

Het Culturele Inter- view

Deel 1 – Praktijkervaringen

In gesprek met de hulpvrager over cultuur en context



PHAROS

Rob van Dijk, Huub Beijers, Simon Groen

Het Culturele Interview
In gesprek met de hulpvrager over cultuur en context
Deel 1 – Praktijkervaringen

Colofon

Van Dijk, R., H. Beijers & S. Groen, (red.) (2012).

Het Culturele Interview - In gesprek met de hulpvrager over cultuur en context
Deel 1: Praktijkervaringen 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 978-90-75955-77-4

Bestelnummer 9P2012.04

Vormgeving Studio Casper Klaasse, Amsterdam

Druk A-D Druk, Zeist

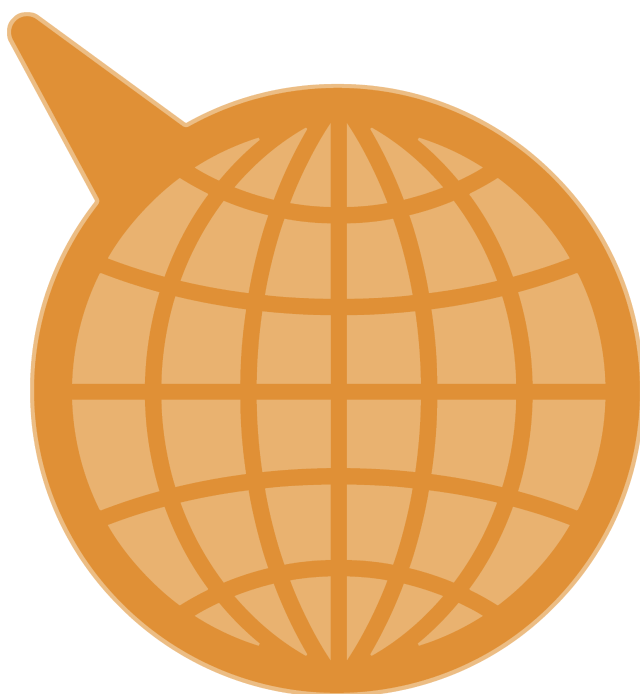
© 2012, Stichting Pharos, Utrecht

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 1 – Praktijkervaringen

In gesprek met de hulpvrager over cultuur en context



PHAROS

Rob van Dijk, Huub Beijers, Simon Groen

Inhoud

	Voorwoord	8
	Hans Rohlof	
	Inleiding	12
	Rob van Dijk, Huub Beijers, Simon Groen	
1	Het Culturele Interview: uitnodiging voor een dialoog met de patiënt	20
	Rob van Dijk	
2	Het gebruik van het Culturele Interview in Nederland: een eerste indruk	38
	Blanchefleur Piksen	
3	Het Culturele Interview: voorwaarde voor interpersoonlijke psychotherapie voor allochtonen	52
	Patricia Gumbs	
Casus 1	Het Culturele Interview en de dynamiek van cultuur	62
	Femke Boers-Grünefeld	
4	Het belang van contextualiseren: het Culturele Interview bij De Evenaar	70
	Simon Groen	
Casus 2	De omstreden, cultuurgebonden keuzes van een Afghaanse jonge vrouw	84
	Simon Groen	

5	Ontwikkeling van het Culturele Interview in de kinder- en jeugdpsychiatrie	92
	Huub Beijers, Gerdien Tempelman	
Casus 3	Twee broers, één probleem, twee diagnoses. Een dubbel-intake van een 'conduct disorder migrants'	110
	Sita Somers	
6	De implementatie van het Culturele Interview in een forensisch psychiatrisch centrum	124
	Nienke Verstegen, Okke Wisse	
Casus 4	De lotgevallen van de Zweedse familie Van der Boom in Nederland	138
	Jolanda Degen	
7	Cultureel Interviewen en huisartsopleiding: scènes uit een huwelijk	149
	Lies Bruggeman, Guus Busser	
Casus 5	Gebruik van het Culturele Interview in de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg	162
	Gerdien Tempelman	
8	Het Culturele Interview in de maatschappelijke opvang	172
	Mirjam den Hertog	
Casus 6	Het Culturele Interview in de jeugdzorg	184
	Monica Jorna	
9	De implementatie van het Culturele Interview	196
	Huub Beijers, Rob van Dijk	
10	Het Culturele Interview: handreiking naar hulpvragers	210
	Rob van Dijk, Huub Beijers, Simon Groen	
	Bijlagen	218
1	Literatuur	219
2	Personalia	229
3	Het Culturele Interview	232
4	Het Culturele Interview – Beknopte versie van Groen (CI-G)	238
5	Het Culturele Interview in de kinder- en jeugdpsychiatrie	241
6	Het Culturele Interview in de maatschappelijke opvang	247
7	Pocket card Parnassia Bavo Groep	255
8	Pocket card Culturele Interview in de kinder- en jeugdpsychiatrie	257
9	Literatuursuggesties voor verdere verdieping	260

The background of the entire page is a light blue map of the Netherlands, showing its coastline and internal waterways. The map is oriented with North at the top.

Voorwoord

Hans Rohlof

In de tijd dat Ria Borra, Rob van Dijk en ik bij elkaar kwamen voor het samenstellen van het boek *Cultuur, classificatie en diagnose* (Borra et al. 2002), was ik werkzaam op De Vonk in Noordwijkerhout, een afdeling van Centrum '45 waar wij getraumatiseerde vluchtelingen werden gediagnosticeerd en behandeld. Daar kwamen vluchtelingen uit zo'n 45 verschillende landen voor behandeling in de polikliniek, dagkliniek en kliniek. De vluchtelingen kwamen met klachten en verhalen die wij als behandelaars niet goed begrepen. Ze klaagden over beïnvloeding door familieleden, maar op afstand, over zeer levendige nachtmerries met personen die hen in de nacht bezochten, over schuldgevoelens vanwege het niet met alle rituelen begraven hebben van familieleden. Ze vertelden verhalen over vreemde rituelen waar ze het slachtoffer van waren geworden, van verkrachtingen waar ze zich zelf als vrouw of als man schuldig over voelden, van geheimen die ze met zich meedroegen omdat ze niet verteld konden worden uit schaamte. Veel van deze klachten begrepen we amper. Wij hadden dus grote behoefte aan meer kennis van andere landen, andere culturen, andere levensgeschiedenissen.

Omdat de herkomst van onze patiënten zeer divers was, waren we niet echt geholpen met wat meer kennis over de islam, over Marokko of Turkije, of over Suriname en de Antillen. Daar was in Nederland inmiddels veel over bekend: winti, djinns en islamitische genezers hoorden inmiddels in die jaren tot het algemene taalgebruik. Wij hadden patiënten uit Cambodja en Sierra Leone, uit Sri Lanka en Armenië. Hoe was het daar gesteld met de religie, met gebruiken, met de staat van de gezondheidszorg en alternatieve geneeswijzen, met het geloof in bovennatuurlijke krachten? En in hoeverre hadden onze patiënten daar iets van meegekregen?

Cultural Formulation of Diagnosis

We kwamen uiteindelijk bij toeval terecht bij de Cultural Formulation of Diagnosis (CFD), die door toedoen van Roberto Lewis-Fernandez en andere transcultureel psychiaters en (medisch) antropologen als addendum in de volledige Engelstalige uitgave van de DSM-IV (APA 1994) was opgenomen. De CFD was voor ons een manier om van de patiënt zelf iets over zijn achtergronden te weten te komen – zijn land van oorsprong, de gezondheidszorg daar, cultuur – en te vernemen of zijn opvattingen ook in Nederland nog van belang waren. Inmiddels waren meer behandelaren in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg (ggz) in aanraking gekomen met de CFD, getuige het boek van Borra en anderen (2002), waarin casussen van twintig hulpverleners te vinden zijn.

Bij de klinische toepassing van de CFD stuiten we echter op een probleem. We wilden bij de intake al direct meer culturele informatie krijgen die in het behandelproces van belang zou kunnen zijn. Uiteraard is cultuursensitief werken gedurende de gehele behandeling van belang, maar waarom zouden we in de diagnostische fase niet een beknopte cultuursensitieve analyse kunnen ma-

ken? Er bestond geen handzame, relatief korte en makkelijke manier om de thema's van de CFD met de patiënt in de intake te bespreken. Weliswaar was er een aantal casusbeschrijvingen in het tijdschrift *Culture, Medicine and Psychiatry* verschenen, maar ze waren geschreven door ter zake kundige artsen die niet representatief waren voor de gemiddelde hulpverlener in de ggz, en ook niet voor veel van ons dus.

Culturele Interview

Met enkele medewerkers van De Vonk begonnen we met het omzetten van de thema's van de CFD in een interview dat we bij patiënten zouden kunnen afnemen. Een kleine generatie stagiaires psychologie van De Vonk speelde daarin de hoofdrol: Noa Loevy, Lineke Sassen en Stephanie Helmich. Het ontstaan van het interview is in een aantal fasen gegaan en het is een aantal malen bewerkt en aangepast, uitmondend in een vierde versie die nu in breder verband wordt gebruikt. Later volgde er nog een bewerking van de vertaling in het Engels, en een vertaling in het Duits door de Nederlands-Zwitserse antropologe Martine Verwey.

Daarmee hadden we een interview in handen waarmee we patiënten konden gaan bevragen naar hun achtergronden. Het interview volgde de lijn van de CFD, maar stelde vragen die daar soms een verre afgeleide van waren, zoals 'Welke taal spreekt u in uw dromen?', of 'In hoeverre kunt u in Nederland leven volgens uw eigen cultuur?' De bedoeling was om via deze vragen een beeld te krijgen van de patiënt, dat het primaire beeld zou kunnen bijstellen. Om de implementatie van het interview te begeleiden verrichtten we in De Vonk een kwalitatief onderzoek naar de uitvoerbaarheid en acceptatie van het interview (Rohlof & Ghane 2003). Het afnemen van het Culturele Interview bleek nogal veel tijd te vergen, ongeveer anderhalf uur. Dat is de reden dat het interview in ons centrum meestal door stagiaires werd afgenomen, in het kader van een psychodiagnostische verrichting. Onze patiënten ervoeren het Culturele Interview als zeer prettig. Ze konden nu als deskundigen vertellen over hun eigen belevingswereld en over hoe zaken er bij hen en in hun omgeving aan toegen. De behandelaren waren ook tevreden: de informatie die zij zo verzamelden was belangrijk bij het opstellen van een genuanceerd behandelplan.

Verspreiding en ontwikkeling

Het interview werd ook in de Nederlandse ggz als belangrijk ervaren: het bood toegang tot individuspecifieke culturele informatie die op andere manieren niet gemakkelijk te krijgen is. Sinds het ontstaan van het interview, nu tien jaar geleden, krijg ik gemiddeld eenmaal per week een verzoek om het interview te mogen gebruiken en om toezending van de laatste versie.

Simon Groen (Groen 2006, 2008; Groen & Laban 2011) heeft in De Evenaar (GGZ Drenthe) op basis van de oorspronkelijke tekst een nieuw interview gemaakt: compacter en minder tijdsintensief zonder dat de informatie die wordt verzameld aan kwaliteit verliest. Er zijn inmiddels diverse afgeleide versies gemaakt, onder andere voor de forensische psychiatrie, voor de kind- en jeugdpsychiatrie, en voor de huisartsenpraktijk.

Uiteindelijk hebben al deze exercities geleid tot het boek dat nu in uw handen ligt. Bij het bestuderen van dit boek is het van belang te blijven bedenken dat interesse voor het Culturele Interview voortgekomen is uit interesse in de achtergronden van al die verschillende patiënten die in onze praktijk kwamen en komen. Goed luisteren naar hun ervaringen en belevingen is immers een van de belangrijkste uitgangspunten van een goede psychiatrische en psychotherapeutische behandeling.

Oegstgeest, 9 september 2011



Inleiding

Rob van Dijk, Huub Beijers, Simon Groen

Vergeleken 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 cliënten 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: 519). 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 mijlpaal

Hulpverlenend Nederland maakte in 2002 kennis met de *Cultural Formulation of Diagnosis* ofwel de culturele formulering, die verborgen in een van de bijlagen van de vierde editie onderdeel is 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 liggende

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 (Rohloff 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. 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. In dit boek blijven we met beide voeten op de grond en bieden we een overzicht van praktijkervaringen.

Terugkijkend kenschetst Frank Kortmann, hoogleraar transculturele psychiatrie, het Culturele Interview als ‘een belangrijke mijlpaal in de geschiedenis van de transculturele psychiatrie’ (Groen & Laban 2011: 4). In dit boek maken we de tussenbalans op en brengen de verdiensten van het Culturele Interview in kaart. Stukje bij beetje proberen we aan de hand van ‘ooggetuigenverslagen’ inzicht te geven in waarom het Culturele Interview een mijlpaal is. We brengen de ontstaansgeschiedenis in beeld. We doen uit de doeken hoe specifieke versies van het Culturele Interview ontwikkeld zijn, hoe het ingebed kan worden in het onderwijs en welke effecten het kan hebben. Daarbij beperken we ons niet tot de geestelijke gezondheidszorg, waar het Culturele Interview vorm gekregen heeft. Ook daarbuiten is het interview op vruchtbare grond terechtgekomen, zoals in de huisartsenzorg, de maatschappelijke

opvang en de jeugdzorg. Het maakt de potentie van het Culturele Interview duidelijk.

Praktijkervaringen en beschouwingen

We hebben ons ten doel gesteld een laagdrempelig, praktijkondersteunend boek samen te stellen bedoeld voor een brede groep hulpverleners die in de gezondheidszorg en daarbuiten met het Culturele Interview aan de slag wil.

De toepassing van het Culturele 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 het werk uit te brengen in twee delen die afzonderlijk te lezen en te bestellen zijn.

In dit meer praktische deel (*Deel 1: Praktijkervaringen*) wisselen ervaringen, analyse, achtergrondinformatie en praktijkcasussen elkaar af. Het tweede boek (*Deel 2: Beschouwingen*)³ nodigt de lezer uit tot reflectie. Het omvat 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

De eerste negen hoofdstukken schetsen de ontwikkeling en het gebruik van het Culturele Interview in verschillende sectoren van de zorg. Zes casussen – weergaven van interviews – geven een beeld van de toepassing van het Culturele Interview en van de betekenis voor de diagnostiek en behandeling. De lezer krijgt zo een blik in de hulpverleningskeuken.

In het openingshoofdstuk schetst Rob van Dijk de achtergrond en ontstaansgeschiedenis van de culturele formulering en het Culturele Interview. Het succes van het Culturele Interview brengt volgens hem ook risico's met zich mee, namelijk dat de focus te veel komt te liggen op het culturele en het Culturele Interview louter gezien wordt als diagnostisch instrument dat de impact van 'cultuur' meet.

Op basis van haar onderzoek beschrijft Blanchefleur Piksen vervolgens in hoofdstuk 2 de stand van zaken wat betreft de toepassing van het Culturele Interview in Nederland. Haar gesprekken met patiënten geven ook een eerste beeld hoe zij het Culturele Interview ervaren en beoordelen.

De effecten van het inzetten van het Culturele Interview zijn nog nauwelijks onderzocht. In hoofdstuk 3 licht Patricia Gumbs een tipje van de sluier op. Ze rapporteert over een kleinschalig onderzoek in de ambulante behandeling van de

pressie. Het is volgens haar aannemelijk dat de inzet van het interview bijdraagt aan een aanmerkelijke vermindering van de drop-out van allochtone patiënten.

De Evenaar is samen met Centrum '45 de bakermat van het Culturele Interview. Simon Groen maakt in hoofdstuk 4 inzichtelijk hoe het Culturele Interview daar inmiddels is ingebed in de dagelijkse praktijk. Een van zijn taken is het Culturele Interview bij elke patiënt in de intakefase af te nemen. Hij laat verder zijn gedachten gaan over zijn unieke positie als cultureel antropoloog in de geestelijke gezondheidszorg.

In hoofdstuk 5 doen Huub Beijers en Gerdien Tempelman verslag van de ontwikkeling van een versie van het Culturele Interview die aansluit bij het specifieke karakter van de kinder- en jeugdpsychiatrie. Bijzonder is dat deze versie van het Culturele Interview geen afzonderlijk onderdeel is van de intake, zoals bij De Evenaar, maar ingeweven is in de verschillende onderdelen van het diagnostisch proces.

Hoofdstuk 6 gaat over het Culturele Interview in de forensische psychiatrie. Nienke Verstegen en Okke Wisse beschrijven het bijzondere spanningsveld waarin het afnemen van het interview plaatsvindt. Het werken met het interview vraagt een zorgvuldig bewegen tussen enerzijds het inperken van de autonomie van de patiënt dat inherent is aan de forensische psychiatrie, en anderzijds het erkennen van de patiënt als eigenaar van zijn verhaal.

Ook in de huisartsenopleiding heeft het Culturele Interview zijn plek gevonden. Lies Bruggeman en Guus Busser beschrijven in hoofdstuk 7 de verschillende fasen die het inbedden van het interview in de huisartsenopleiding heeft doorgemaakt. Ze laten zien hoe de inzet telkens aangepast is aan de veranderende didactische vormgeving van het onderwijs. Uiteindelijk is het interview in het onderwijs geïntegreerd als een competentiegerichtte opdracht 'cultureel interviewen'.

Mirjam den Hertog laat zien dat ook buiten de gezondheidszorg het Culturele Interview van waarde is. In hoofdstuk 8 beschrijft zij het gebruik van dit instrument binnen de maatschappelijke opvang. Een van de lessen die medewerkers uit het afnemen van het Culturele Interview hebben getrokken, is dat zij soms het gedrag van cliënten in de opvang ten onrechte als cultuuruiting opvatten.

Wat moet een hulpverlener kennen en kunnen om met het Culturele Interview aan de slag te gaan? Hoe is die expertise te ontwikkelen? Wat draagt bij aan de implementatie? In hoofdstuk 9 gaan Huub Beijers en Rob van Dijk uitgaande van hun ervaringen met workshops, cursussen en trainingen over het Culturele Interview in op deze vragen.

De zes casussen in het boek geven het verloop en de uitkomsten van het Culturele Interview aan in verschillende zorgsectoren en met uiteenlopende patiënten. Het betreft een Turkse vrouw van middelbare leeftijd in de volwassenenpsychiatrie (Femke Grunefeld); een jongvolwassen Afghaanse vrouw in een centrum voor geestelijke gezondheidszorg voor vluchtelingen en asielzoekers (Simon Groen); twee adolescente jongens van Turkse herkomst in de kinderen jeugdpsychiatrie (Sita Somers); een hoogbejaarde vrouw van Zweedse herkomst in de ouderenpsychiatrie (Jolanda Degen); een volwassen Marokkaanse vrouw in de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg (Gerdien Tempelman) en een vijfjarige Marokkaanse jongen en zijn ouders die in contact zijn gekomen met de jeugdzorg (Monica Jorna).

In de bijlagen zijn vier verschillende versies van het Culturele Interview integraal opgenomen. Achtereenvolgens kan de lezer kennismaken met de oorspronkelijke versie van het Culturele Interview (2002) ontwikkeld door Hans Rohlof en collega's, de beknopte versie (2006) van Simon Groen en de versies voor de kind- en jeugdpsychiatrie (2010) en voor de maatschappelijke opvang (2011) van de hand van Huub Beijers en Gerdien Tempelman. Verder zijn twee voorbeelden van ondersteunend materiaal, pocket cards, opgenomen. Ten slotte zijn in de bijlagen de personalia van de auteurs te vinden en de literatuur waarnaar zij verwijzen in hun bijdragen. In de negende en laatste bijlage worden literatuursuggesties gegeven voor wie zich verder wil verdiepen in de culturele formulering en het Culturele Interview.

Toekomstwens

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 de 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 ook niet stil. In de aanloop naar de DSM-V die in 2013 zal verschijnen, wordt het Cultural Formulation Interview ontwikkeld, dat naar verwachting onderdeel uit gaat maken 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. De auteurs van de bijdragen in dit boek past dank voor de bereidheid hun ervaringen op papier te zetten en inzichtelijk te maken voor een breed publiek.

Het boek had ten slotte niet tot stand kunnen komen zonder de vele gesprekken die wij gevoerd hebben met Dirck van Bakkum 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 1

Het Culturele Interview:

uitnodiging voor een dialoog

met de patiënt

Rob van Dijk

Cultuur loopt in Nederland als een rode draad door het denken over de zorgverlening aan migranten.¹ Met name in de geestelijke gezondheidszorg zijn al vroeg pogingen ondernomen om de aandacht voor de culturele dimensie in de hulpverlening te structureren. Het anamneseprotocol van psychiater Annechien Limburg-Okken (1989) is daar een uitgesproken voorbeeld van. Het Culturele Interview is de jongste loot aan deze boom. Het is een breed inzetbare handreiking voor hulpverleners in de gezondheidszorg om inzicht te krijgen in het perspectief van de patiënt², in zijn cultuur en sociale wereld, en het draagt bij aan de ontwikkeling van de hulpverleningsrelatie. In dit hoofdstuk ga ik, na een korte schets van het denken over cultuur in de gezondheidszorg, in op de achtergrond en ontstaansgeschiedenis van het Culturele Interview. Vervolgens beschrijf ik de thema's die daarin aan de orde komen, en eindig ik met een reflectie op het gebruik van het Culturele Interview in de gezondheidszorg.

Cultuur in de Nederlandse gezondheidszorg

De landelijke conferentie 'Gastarbeider en gezondheidszorg' op 25 maart 1977 markeert een omslag in het denken over de gezondheid van migranten. Vooral cultureel antropologen voeren er het woord.³ Philip van der Meer, Lotty van den Berg-Eldering, Douwe Jongmans en Marie-Louise Creyghton onderstrepen het belang van kennis van de cultuur van Marokkaanse 'gastarbeiders' om hun ziektegedrag te begrijpen. Daarbij verwijzen ze vooral naar het leven op het platteland van Noord-Afrika. Het vreemde wordt begrijpelijker als hulpverleners dat in ogenschouw nemen. 'Wat daar normaal en gangbaar is, willen we voor de medische zorg hier duidelijk maken', zo omschrijft Jongmans (1977) de taak van de antropologen. Cultuur wordt zo de toverformule voor alle problemen in de zorg aan migranten. Hoewel dan ook al kritische geluiden te horen zijn, is de toon wel gezet.

Het is een keerpunt in de beeldvorming, omdat voorheen de verklaring van gezondheidsproblemen en hulpzoekgedrag niet in het cultureel anders zijn wordt gezocht, maar in de lage sociaaleconomische status van de patiënt. Gastarbeiders veranderen in etnische minderheden; cultuurverschillen verklaren de verschillen in gezondheid, zorgconsumptie en behandelingsmogelijkheden. Sindsdien overheerst in de Nederlandse gezondheidszorg het cultuurdenken. Cultuur is daarin doorgaans een gemeenplaats (Prins & De Hart 2005). Het wordt zelden toegelicht en als vanzelfsprekend gezien. Interculturalisatie verschijnt vervolgens als probaat middel om de gezondheidszorg voor migranten te verbeteren.

Interculturalisatie krijgt vele invullingen en heeft veel verschijningsvormen. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg omschrijft het uiteindelijk als: 'een beleid gericht op het cultuurgevoeliger maken van voorzieningen in de ge-

zondheidszorg met het doel allochtonen en autochtone (potentiële) zorgvragers gelijkwaardige kwaliteit van en gelijke toegang tot de zorg te verschaffen' (2000: 12). In de praktijk gaat het vooral om doelgroepenbeleid gericht op de grootste etnische minderheidsgroepen, de Turkse en Marokkaanse migranten voorop. In het contact met deze patiënten is volgens hulpverleners de cultuurspleet het grootst.

Omstreeks de eeuwwisseling doet zich een nieuwe omslag voor, een tweede 'culturele revolutie', nu in de omgekeerde richting. Uit epidemiologische studies (zie bijvoorbeeld Kamperman 2005) komt steeds vaker naar voren dat ook andere factoren, met name de sociaaleconomische status, betrokken moeten worden bij de verklaring van etnische verschillen in gezondheid. Andere onderzoekers (zie bijvoorbeeld Fassaert 2011; Dieperink et al. 2007) wijzen erop dat er grote verschillen zijn niet alleen tussen etnische groepen, maar ook daarin. Ook onder hulpverleners zijn tegendraadse geluiden te horen. Ze benadrukken dat iedere patiënt uniek is. De beschikbare cultuurinformatie is te algemeen en doet onvoldoende recht aan het individu. Het cultuurdenken leidt tot hokjesdenken en versimpelt de werkelijkheid. Interculturalisatie is een gepasseerd station, concludeert uiteindelijk Marleen Barth, voorzitter van koepelorganisatie GGZ Nederland, bij de uitreiking van de wisseltrofee Interculturalisatie van de geestelijke gezondheidszorg⁴ in 2009. Niet de etnische achtergrond moet de insteek zijn, maar klantgericht werken voor een in vele opzichten diverse groep patiënten. Dat vraagt diversiteit te verbinden met individualisering.

Deze tweede omslag in het denken is een reactie op de beeldvorming over cultuur die binnen en buiten de gezondheidszorg is ontstaan: territoriaal, monolithisch en beladen. Etnische groepen als cultuurdragers worden gedefinieerd op basis van geboorteplaats. 'Etnostatistiek' (De Zwart 2011) houden deze constructies in stand. Cultuur, etniciteit en herkomst liggen als het ware in elkaars verlengde. Waar iemand geboren is, is doorslaggevend voor zijn of haar groepsidentiteit, opvattingen en gedrag. In deze gedachtegang is cultuur homogeen, onveranderlijk en gelokaliseerd, en zijn migranten 'cultureel gemummificeerd'. De werkelijkheid die hulpverleners in hun spreekkamer ontmoeten, kent echter vele schakeringen, waarin de hierop gebaseerde cultuurinformatie niet voorziet. Zo merkt Harmsen (2003) op dat een slecht wederzijds begrip tussen huisartsen en Marokkaanse en Turkse patiënten vaker voorkomt bij patiënten met een deels traditionele, deels moderne culturele oriëntatie dan bij patiënten met een traditionele óf moderne culturele oriëntatie.

Tegelijkertijd is een verandering in het denken over integratie te zien. In het publieke debat dat vooral aangezwengeld wordt door Paul Scheffers essay over het 'multiculturele drama' (NRC 19-1-2000) en Pim Fortuyns typering van de islam als 'achterlijke' cultuur (*de Volkskrant* 9-2-2002), verschijnt cultuur als

obstakel voor integratie. Niet de maatschappelijke achterstand of achterstelling van niet-westerse migranten bemoeilijkt hun integratie in de Nederlandse samenleving, maar hun traditionele cultuur.

Deze interpretatie van cultuur als statisch verschijnsel is in de antropologie al lang geleden verlaten. De vraag rijst dan hoe deze interpretatie post heeft kunnen vatten. Hebben de antropologen in 1977 een verkeerde boodschap afgegeven? Of zijn ze misschien verkeerd begrepen door de hulpverleners die dringend verklaringen wilden voor nijpende kwesties in het contact met migranten? Dat vraagt nader onderzoek. We mogen in ieder geval niet vergeten dat in de jaren zeventig antropologisch onderzoek onder migranten in Nederland nog in de kinderschoenen staat. In die tijd is het land van herkomst nog het belangrijkste referentiekader. Migratie leidt onvermijdelijk tot veranderingen in culturele oriëntaties. Dat kan weliswaar overname van de dominante opvattingen inhouden, maar ook een amalgaam van oude en nieuwe opvattingen of een nostalgisch teruggrijpen op een geïdealiseerd verleden. Van Gemert (1998) spreekt in dit verband van ‘culturele traagheid’.

Moeten we nu cultuur als een gedateerd en onbruikbaar concept aan de kant zetten? Van Asperen (2003) ziet het cultuurdenken als ideologie en stelt dat het achterhaald is. Andere Nederlandse antropologen delen deze mening echter niet (Prins & De Hart 2005). Kleinman (2005) wijst erop dat het concept cultuur op vele manieren in de gezondheidszorg oneigenlijk gebruikt is, zelfs misbruikt. Als we cultuur opvatten als een voortdurend veranderend wereldbeeld van een sociale groep, dan blijft cultuur relevant voor de gezondheidszorg. ‘Dus als je verdisconteert dat cultuur dynamisch en veranderlijk is, (...) dan maakt cultuur verschil’, stelt antropoloog Flip Lindo (Prins & De Hart 2005). Wat gezondheidsklachten zijn, hoe ze te verklaren zijn en of hulp gezocht moet worden, stellen mensen vast in dialoog met anderen. Ze maken daarbij gebruik van de opvattingen en interpretatiekaders ofwel de culturele repertoires van de sociale groepen waar ze deel van uitmaken, en geven daaraan op hun beurt weer vorm in hun handelen. Acculturatie, contact met anderen, beschikbaarheid van laagdrempelige voorzieningen en persoonlijke ervaringen met de gezondheidszorg beïnvloeden verder het denken van migranten over gezondheid en ziekte (zie bijvoorbeeld Akbiyik et al. 2009).

Het is zaak niet in de valkuil van het oude cultuurdenken te verzeilen door blind te varen op de beschikbare cultuurinformatie. Dat vraagt hulpverleners oog te hebben voor *the individualized experience of culture* (Lakes et al. 2006). Dat wil zeggen inzicht in het culturele van het individuele handelen en in de individuele omgang met het culturele in het alledaagse leven van patiënten. Dit sluit aan bij het pleidooi voor oppervlakkigheid van de filosoof Coen Simon (2011). Volgens hem moeten we niet zozeer koersen op cijfers en wetenschappelijke gegevens om de werkelijkheid te begrijpen, maar moeten we vooral op het niveau blijven waar het leven zich afspeelt. Inzicht krijgen in de alledaagse

leefwereld van de hulpvrager is dan ook volgens Kortmann (2010a, b) de eerste stap om tot een goede, effectieve behandelrelatie te komen.

Cultuur en diagnostiek in de geestelijke gezondheidszorg

Eind jaren zeventig ontwikkelt de American Psychiatric Association (APA) een classificatiesysteem voor psychiatrische stoornissen dat universeel toepasbaar moet zijn. Tot dan is er weinig eenheid in classificatie. Hulpverleners omschrijven ziektebeelden op basis van de theorie die zij aanhangen. Het zijn vooral verklarende diagnoses. Dat bemoeilijkt de communicatie tussen onderzoekers en psychiaters. Hebben zij het wel over hetzelfde ziektebeeld als ze dezelfde term gebruiken? Om het beoogde classificatiesysteem te realiseren kiest men voor beschrijvende diagnoses. Dat betekent op zoek gaan naar objectieve, op feiten gebaseerde en meetbare symptomen die verwijzen naar intrapsychische processen. Iedere psychiater, psycholoog of onderzoeker kan aan de hand daarvan ziektebeelden op dezelfde manier identificeren en typeren. De betrouwbaarheid van de diagnostiek neemt daardoor toe. De derde editie van de *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (DSM-III, APA 1980) wordt op deze leest geschoeid. Van een specifiek ziektebeeld is sprake als een aantal van een reeks symptomen (bepaald gedrag, gemoedstoestand, (neuro)fysiologisch proces) gedurende een bepaalde tijd aanwezig is én het functioneren in belangrijke mate beperkt. Op de DSM-III en de opvolger ervan DSM-III-revised (APA 1987) komt de nodige kritiek vanwege de cultuurblindheid ervan.

Medisch antropologen en transcultureel psychiaters wijzen erop dat de ziektebeelden en symptomen vooral berusten op onderzoek onder patiënten uit de Amerikaanse blanke middenklasse. Ze stellen vast dat er mondiaal variaties zijn in ziektebeelden en dat wat als gezond of ziek gezien wordt, contextafhankelijk is. Kleinman (1987) geeft als voorbeeld een depressie die ervaren wordt als lage rugpijn. Deze verschilt wezenlijk in symptomen, verloop, hulpzoekgedrag en reactie op behandeling van een depressie die zich manifesteert als schuldbeladen, existentiële wanhoop. Rijkers en anderen (2011) komen tot een vergelijkbare conclusie voor dementie bij Marokkaanse ouderen. Ook wijzen critici erop dat veel symptomen van psychiatrische stoornissen naar emoties, opvattingen of gedrag verwijzen die alleen te interpreteren zijn in het licht van symbolische conventies (Fabrega 2008). Een toenemend aantal ziektebeelden in niet-westerse landen blijkt verder niet eenduidig in het 'universele' classificatiesysteem te passen.

De DSM-werkgroep *Culture and diagnosis* buigt zich over de kwestie. De werkgroep wijst op het toenemend belang van classificatie en diagnose. Ze krijgen ook buiten de gezondheidszorg steeds meer gewicht, zoals in de toewijzing van sociale voorzieningen, in de strafbepaling en in het toekennen van

een verblijfsstatus. De werkgroep doet daarom aanbevelingen om de diagnostiek meer cultuursensitief te maken. Dit leidt tot de opname in de bijlagen van DSM-IV (APA 1994: 843-844) van een overzicht van stoornissen die specifiek zouden zijn voor een cultuur (*culture bound syndromes*) en van de *Cultural Formulation of Diagnosis*. Deze bijlagen zijn echter niet opgenomen in de beknopte Nederlandse handleiding bij de DSM-IV die hulpverleners doorgaans gebruiken.

De Cultural Formulation of Diagnosis (CFD), ofwel cultureel-psychiatrische diagnose (verder culturele formulering), betreft cultuur en context van de patiënt (en van de hulpverlener!) bij de beeldvorming van het individu en zijn gezondheidsproblemen. Daarin worden de persoonlijke ervaringen van de patiënt en zijn verbondenheid met culturele referentiegroepen beschreven. Het is als het ware *personal-centred ethnography* (Hollan 1997), een mini-etnografie.

Mezzich en Caracci (2008) beschouwen de culturele formulering als de eerste serieuze poging culturele en contextuele factoren te integreren in het diagnostisch proces. De culturele formulering hecht veel waarde aan het eigen perspectief van de patiënt (*patient's personal perspective*) en zijn klinische werkelijkheid. Hoe ziet zijn dagelijkse leefwereld eruit en wat staat daarin voor hem het meest op het spel? Hoe kijkt hij naar zijn gezondheidsproblemen? Wat zijn zijn opvattingen over goede zorg? Uitgangspunt is dat wat mensen als ziek en gezond zien en hoe zij daarmee omgaan in wezen sociale processen zijn. De culturele formulering wil dicht bij de belevingswereld en ervaringen van de patiënt (*experience near*) blijven.

Volgens psychiater en antropoloog Mario Braakman (Baba Ali 2011) stelt de culturele formulering de hulpverlener in staat 'om via de beeldvorming van de patiënt als individu naar zijn of haar cultuur te kijken en niet andersom'. De culturele formulering is verder gebaseerd op het idee dat patiënten door middel van verhalen of narratieven hun ervaringen inkaderen, betekenis geven en zo richting vinden in hun handelen. Door gelegenheid te bieden deze verhalen te vertellen en aandacht te hebben voor zijn leefwijze en cultuur, krijgt de patiënt niet alleen erkenning, maar ook ten dele de regie over zijn leven terug. Luisteren, intens en met empathie, heeft daarbij een helende uitwerking (Jackson 1992). Patiënten waarderen doorgaans deze benadering. Dat draagt bij aan de behandelrelatie en bevordert zo therapietrouw. Dat blijkt ook uit reacties van hulpverleners. Zo merkt een GZ-psychologe op na een cursus die haar introduceerde in de culturele formulering.

'Deze patiënte vond het heel fijn dat ik dat deed. Zij fleurde helemaal op door de gesprekken over haar cultuur. Het heeft de relatie goed gedaan. Bovendien heb ik nu een idee van hoe belangrijk het geloof voor haar is.'

De aandachtsvelden van de culturele formulering

De culturele formulering is een aanvulling op de ziektegeschiedenis (*clinical history*) van de patiënt, zoals ggz-hulpverleners deze gewoonlijk in patiëntendossiers optekenen. In de ziektegeschiedenis beschrijft de hulpverlener volgens een standaardordering de patiënt, de geschiedenis van zijn huidige klachten, de psychiatrische voorgeschiedenis, biografie en familieanamnese, het beloop van de behandeling en de diagnose. De culturele formulering voegt daar vier aandachtsvelden aan toe en biedt een stramien om deze informatie te ordenen (zie kader). De term *cultural formulation of diagnosis* verwijst zowel naar het geheel als naar het deel dat specifiek ingaat op culturele factoren.

Cultural formulation of diagnosis

A Ziektegeschiedenis (*clinical history*)

- 1 Korte beschrijving van de patiënt
- 2 Geschiedenis van de huidige klachten
- 3 Psychiatrische voorgeschiedenis en eerdere behandelingen
- 4 Biografie
- 5 Familieanamnese
- 6 Beloop van de behandeling
- 7 Diagnose

B Culturele formulering (*cultural formulation of diagnosis*)

- 1 Culturele identiteit
 - a Culturele referentiegroepen
 - b Taal
 - c Culturele factoren in de ontwikkeling van de patiënt
 - d Betrokkenheid bij de eigen cultuur
 - e Betrokkenheid bij de cultuur van het gastland
 - 2 Culturele verklaringen voor de klachten
 - a Belangrijkste idioms of distress en lokale ziektecategorieën
 - b Betekenis en ernst van de symptomen in relatie met culturele normen
 - c Veronderstelde oorzaken en verklaringsmodellen
 - d Hulpzoekgedrag: ervaring en plannen
 - 3 Culturele factoren in de psychosociale omgeving en het functioneren
 - a Sociale stressoren
 - b Sociale steun
 - c Niveaus van functioneren en beperkingen
 - 4 Culturele elementen in de relatie tussen patiënt en hulpverlener
 - 5 Algehele culturele vaststelling ten behoeve van diagnostiek en behandeling (APA 1994; Borra et al. 2002)
-

1 Culturele identiteit

Dit onderdeel gaat in op vragen die van doen hebben met de culturele identiteit van de hulpvrager. Welke referentiegroepen zijn voor hem van belang? In welke talen communiceert hij? Hoe hebben culturele factoren zijn ontwikkeling beïnvloed? Hoe staat hij tegenover de dominante cultuur? Zeker als hulpvragers zelf of hun ouders gemigreerd zijn of behoren tot een sociaal-culturele minderheidsgroep kan er sprake zijn van identiteitsconflicten en van meerdere culturele repertoires als gevolg van acculturatie.

Culturele identiteit verwijst naar maatschappelijke positie en heeft in hoge mate te maken met de sociale groep(en) waar iemand deel van uitmaakt, en de bijbehorende culturele repertoires. De voorkeurstaal – en dat hoeft niet de moedertaal te zijn – is een belangrijke indicator. Culturele identiteit betreft zowel hoe iemand zichzelf ziet, als hoe anderen hem zien. Er is vaak sprake van meerdere deelidentiteiten. Iemand is jong, woont in de grote stad, is laagopgeleid, heeft Berbersprekende ouders, maakt deel uit van een groep ‘hangjongeren’ en is voor de buitenwereld vooral een ‘k*-Marokkaantje’. Welke deelidentiteit op de voorgrond staat, is afhankelijk van de omstandigheden en de reacties van de omgeving. En dan hebben we het nog niet over kinderen met ‘dubbel bloed’. In toenemende mate zoeken migranten partners buiten de eigen etnische gemeenschap. Caracci (2008: 185) illustreert dit treffend aan de hand van de vraag van een patiënt. ‘I am one quarter Indian, one quarter Spanish, and the rest is German, and I came here when I was five; therefore I am an American. What does that make me?’ Een inzichtgevende vraag is dan in welke situatie iemand zich met een bepaalde sociale groep identificeert.

2 Culturele verklaringen voor de klachten

Inzicht in en begrip voor de verklaring die hulpvragers en hun omgeving hebben van gezondheidsklachten draagt bij aan effectieve zorg op maat. Hoe zijn de klachten of problemen ontstaan? Wat maakt ze erger of vermindert ze juist? Hulpvragers en hulpverleners kunnen klachten en symptomen alsook de ernst ervan heel verschillend duiden. Waar een hulpverlener een somatische aandoening of psychiatrische stoornis ziet, kan een hulpvrager van mening zijn dat energiebanen in zijn lichaam geblokkeerd zijn en vooral heil zien in acupunctuur of zijn klachten wijten aan magie of bovennatuurlijk ingrijpen. Waar de een lichamelijke klachten, piekeren en prikkelbaarheid als gevolg ziet van spanningen in het systeem, gaat de ander mogelijk uit van een omgekeerd verband: het zijn de klachten die de relatieproblemen veroorzaken.

Hoe hulpvragers hun klachten benoemen kan verder een indicatie zijn voor onderliggende problematiek of ziektebeelden. Zo verwijst bij Turkse migrantenvrouwen *sıkıntı* mogelijk naar problemen die samenhangen met migratie en overgangsfasen in hun leven (Mirdal 1985) en verlies van *moral* naar een depressieve stoornis (Borra 2005). Door het gebruik van de terminologie van de

hulpvrager blijft de hulpverlener dicht bij zijn belevingswereld. Inzicht in de duiding van de klachten door anderen in de omgeving van de hulpvrager kan behulpzaam zijn om vast te stellen of er sprake is van 'normaal' of 'abnormaal' gedrag, bijvoorbeeld in het geval van het horen van stemmen en het zien van gedaanten of verschijningen. Ten slotte biedt kennis van het hulpzoekgedrag binnen en buiten de reguliere gezondheidszorg, in Nederland en elders, de hulpverlener relevante informatie voor de behandeling. Deze kennis vergroot het inzicht in factoren die de therapietrouw positief of negatief kunnen beïnvloeden. In het laatste geval gaat het bijvoorbeeld om tegenstrijdige adviezen over het gebruik van medicijnen.

3 Culturele factoren in de psychosociale omgeving en het functioneren

Bij factoren in de psychosociale omgeving en het functioneren gaat het vooral om de gevolgen van migratie en cultuurverandering voor migranten en hun kinderen. In een reguliere intake komt dit niet uitgebreid aan de orde. De migratie betekent naast verandering van de fysieke leefomgeving voor de eerste generatie zowel verlies als verrijking. De tweede generatie krijgt meer te maken met identiteitsvragen. Belangrijke stressoren zijn: verlies van status, sociale steun en handelingsbekwaamheid, het niet waar kunnen maken van (soms) hooggespannen verwachtingen, het leven in verschillende werelden, spanningen tussen generaties en (groeps)loyaliteiten en soms – zoals in het geval van asielzoekers en ongedocumenteerden – voortdurende bestaansonzekerheid. Veel stressoren vallen samen in het begrip *social defeat*: het langdurig ervaren buitenstaander te zijn en uitgesloten te worden, wat als een belangrijke oorzaak van psychische problemen van migranten gezien wordt (Selten & Cantor Graae 2006).

Stress en steun zijn daarbij soms keerzijden van dezelfde medaille. Steun binnen een etnische gemeenschap is een belangrijke buffer voor stress, maar gaat ook gepaard met sociale controle. Religie ten slotte verdient bijzondere aandacht door de grotere verwevenheid met andere levensgebieden in het leven van migranten dan bij de meeste autochtone hulpvragers.

4 Culturele elementen in de relatie tussen patiënt en hulpverlener

Verschillende factoren en processen beïnvloeden of compliceren de interactie tussen hulpvrager en hulpverlener. Verschillen in etniciteit, status, geloof, sekse of leeftijd, maar ook vooroordelen of stereotypering over en weer, hebben hun uitwerking op de relatie. Soms is het nodig het contact met de patiënt in een historisch en maatschappelijk verband te zien, bijvoorbeeld een gedeelde koloniale voorgeschiedenis. Of, in het geval van Bosnische vluchtelingen: 'Srebrenica'. Verwachtingen van de hulpverlening kunnen eveneens verschillen. Zo is in Nederland een egalitaire relatie en een actieve opstelling van de hulpvrager gebruikelijk. Autonomie en zelfredzaamheid zijn kernwaarden in de Nederlandse gezondheidszorg. De hulpvrager kan de hulpverlener echter als

handelende autoriteit zien en een afwachtende en passieve opstelling gepast achten. Worden deze en andere verschillen niet onderkend, dan kunnen irritaties ontstaan.

Taalvaardigheid van de hulpvrager en de inzet van tolken ten slotte beïnvloeden de hulpverleningsrelatie. Bekend is de vrees van hulpvragers dat via de tolk vertrouwelijke informatie uitlekt. Behalve angst voor roddel kunnen verschillen in etnische achtergrond, geloof of sekse tussen tolk en hulpvrager leiden tot terughoudendheid. Bij vluchtelingen speelt bovendien de vraag of en met welke partij in het land van herkomst de tolk banden heeft.

Voor de culturele formulering zijn ook de observaties van de hulpverlener en de reflectie op zijn handelen van belang. Verschillende vragen komen hierin aan de orde. Allereerst, hoe reageert de hulpvrager verbaal én non-verbaal? Is er sprake van contactgroei en grotere vertrouwelijkheid? Het kan zijn dat de aanwezigheid van derden onvermijdelijk is, bijvoorbeeld bij een huisbezoek. Hoe beïnvloedt dit het gesprek? Zo bemoeilijkt de aanwezigheid van partner of kinderen het bespreken van relationele of seksuele problemen. Hoe reageert de hulpvrager op de aandacht voor zijn cultuur en achtergrond? Dat hoeft niet altijd positief te zijn. Hij kan zich door die aandacht als ‘anders’, ‘migrant’ of ‘allochtoon’ behandeld voelen, terwijl hij zich zo niet ziet.

Op welke wijze ten slotte reageert de hulpverlener op het verhaal van de hulpvrager? Riep zijn relaas bijvoorbeeld gevoelens van verontwaardiging, onrechtvaardigheid, afkeer of huiver op? Overbetrokkenheid is een van de mogelijke reacties van de hulpverlener. Het gaat hierbij om processen van (culturele) overdracht en tegenoverdracht (Van Bakkum & Sevinj 2005).

5 Algehele culturele vaststelling ten behoeve van diagnostiek en behandeling

De afrondende samenvatting geeft antwoord op drie relevante vragen over cultuur en context van de hulpvrager voor diagnostiek en behandeling:

- Wat heeft de beeldvorming bemoeilijkt en mogelijk beïnvloed?
- Welke factoren moeten meegewogen worden in de diagnostiek en behandeling en op welke wijze?
- Welke onderwerpen dienen in de verdere behandeling terug te komen?

Hoe geprezen de culturele formulering ook wordt, er zijn ook kritische geluiden te horen (Lewis-Fernández 2002). Ik noem de belangrijkste punten van kritiek. Mensen hebben vaak niet één, maar meerdere verhalen over ziek zijn. Daar is weinig aandacht voor. De culturele formulering gaat uit van één consistent verhaal. De aandacht voor cultuur vergroot het risico van culturaliseren. Van verschillende kanten wordt verder meer aandacht bepleit voor sociale klasse en sociaaleconomische status, voor gender en voor intraculturele heterogeniteit (Mezzich & Caracci 2008). Verder ligt de focus op het individu en is er weinig aandacht voor het systeem waar deze deel van uitmaakt. De migratie-

geschiedenis is een onderwerp dat slechts impliciet aandacht krijgt. De toepasbaarheid van de culturele formulering in de acute en eerstelijns zorg is beperkt. Contacten zijn daar korter en soms eenmalig. Volgens Annemiek Richters (2003) is uiteindelijk de wijze waarop hulpverleners de culturele formulering hanteren doorslaggevend. De methode leidt niet automatisch tot meer cultuursensitieve diagnostiek en behandeling.

Sinds de introductie in 1994 zijn in de vakliteratuur vele casusbeschrijvingen volgens de culturele formulering te vinden, onder meer in de vaktijdschriften *Culture Medicine & Psychiatry* en *Transcultural Psychiatry*. In Nederland verschijnt in 2002 een boek over de culturele formulering waarin zeventien uitgewerkte casussen zijn opgenomen (Borra et al. 2002). Hoe je aan de benodigde informatie komt en een culturele formulering opstelt, zijn terugkerende vragen. De werkgroep *Culture and diagnosis* heeft echter niet in een handleiding voorzien.

Het Culturele Interview

In de Verenigde Staten en Canada zijn verschillende pogingen gedaan om een handleiding voor de culturele formulering te maken. Zo is er *A resident's guide to the cultural formulation* (Lim 2006) en hebben Mezzich et al. (2009) de *Cultural formulation guidelines* opgesteld. Het zijn uitgebreide toelichtingen die vooral ingaan op de voorwaarden voor het opstellen van een culturele formulering. Ze benoemen veel aandachtspunten en geven talrijke voorbeeldvragen.

Er zijn verder vragenlijsten die behulpzaam kunnen zijn bij het opstellen van een culturele formulering. De *Explanatory Model Interview Catalogue* (EMIC, Weiss et al. 1992) en *McGill Illness Narrative Interview* (MINI, Grolleau et al. 2006) zijn de belangrijkste voorbeelden. Ze focussen op één aspect van de culturele formulering: ziekteverklaring en hulpzoekgedrag. Medewerkers van de McGill University (Division of Social and Transcultural Psychiatry 2008) hebben de *Extended version Outline Cultural Formulation of Diagnosis* opgesteld, een erg lange vragenlijst waarin wel alle thema's van de CFD aan de orde komen.

Versies

In Nederland heeft psychiater Annechien Limburg-Okken (1989) een anamneseprotocol voor migranten ontwikkeld. Verschillende herziene versies volgen (Limburg-Okken 1996; Limburg-Okken & Sidali 2010). Voor de huisartspraktijk is er een versie voor migranten met verholen psychosociale klachten (Limburg-Okken & Lutjenhuis 1989). Dit uitgebreide en gedetailleerde protocol is zoals de vragenlijst van de McGill University een voorbeeld van een expertsysteem, een systematisering van de werkwijze en praktijkervaring van een of

meerdere deskundige hulpverleners. Daarnaast is er het Diagnostisch Interview Turkse Vrouwen (Borra 2005) dat zich richt op Anatolisch-Turkse vrouwen met depressieve klachten.

De genoemde handreikingen en vragenlijsten zijn ofwel te specifiek en gericht op slechts één aspect van de culturele formulering of één ziektebeeld, ofwel erg uitgebreid en daardoor moeilijk inpasbaar in de hulpverlening. In Nederland hebben psychiater Hans Rohlof en collega's in Centrum '45 daarom het Culturele Interview (CI) ontwikkeld (Rohlof et al. 2002, zie bijlage 3). Het interview is een reeks van vijftig vragen verdeeld over de vier thema's van de culturele formulering en aangevuld met observaties. De vragenlijst is primair bedoeld om informatie over de cultuur en achtergrond van patiënten in de geestelijke gezondheidszorg te verzamelen. Dat het Culturele Interview ontworpen is voor de zorg aan vluchtelingen en asielzoekers, is terug te zien in de vragen. Simon Groen, cultureel antropoloog en werkzaam bij De Evenaar, eveneens een centrum gespecialiseerd in de geestelijke gezondheidszorg voor vluchtelingen, ontwikkelt op basis van het oorspronkelijke Culturele Interview vervolgens een beknopte versie (Groen 2006; zie bijlage 4). De afname kost minder tijd, maar levert voldoende informatie op voor een eerste aanzet voor een culturele formulering (Groen 2008; Groen & Laban 2011).

Ook in andere sectoren van de geestelijke gezondheidszorg en daarbuiten is belangstelling voor het Culturele Interview. Marja van Minnen in de Mesdagkliniek en Nienke Verstegen in de Van der Hoevenkliniek (zie hoofdstuk 6) en hun collega's hebben specifieke vragen toegevoegd om het Culturele Interview beter aan te laten sluiten bij de forensische psychiatrie. Binnen de Symforagroep (nu GGZ Centraal) hebben Huub Beijers en Gerdien Tempelman een versie opgesteld voor de kind- en jeugdpsychiatrie (zie hoofdstuk 5 en bijlage 5). Deze is meer systeemgericht en betreft ook de heteroanamnese in het proces. Later ontwikkelden zij ook een versie voor de maatschappelijke opvang (zie hoofdstuk 8 en bijlage 6). Richard Starmans in Den Haag, Koos Bartels in Almere en Lies Bruggeman in Nijmegen (zie hoofdstuk 7) zoeken naar manieren om het Culturele Interview een plaats te geven in de huisartsenopleiding en -praktijk. De lijst is niet uitputtend. Het Culturele Interview blijkt veel sectoren van de gezondheidszorg te inspireren.

Inmiddels is ook ondersteunend materiaal beschikbaar gekomen, zoals een geheugensteun in de vorm van een pocket card (zie bijlage 7 en 8), en worden workshops, cursussen en trainingen in het 'cultureel interviewen' aangeboden. Onderzoek naar de effecten van het Culturele Interview voor de diagnostiek en de behandeling is in voorbereiding.⁵

Wat de verschillende varianten van het Culturele Interview gemeen hebben is dat steeds alle aandachtsgebieden van de culturele formulering aan de orde komen, dat ze patiëntgericht zijn (*patient-centred*) en niet stoornisgericht (*disorder-specific*), dat reflectie op eigen handelen door de hulpverlener er onderdeel van is, en dat ze in tijd en aantal vragen begrensd zijn.

Vuistregels

Voor elke variant van het Culturele Interview gelden dezelfde vuistregels (Team Diversiteitsmanagement PGB 2011, zie bijlage 7):

- Geef de patiënt de gelegenheid om zijn verhaal te doen.
- Maak gebruik van een professionele tolk.
- Luister zonder oordelen.
- Realiseer je: de context kleurt het verhaal van de patiënt.
- Toets of jouw beeld van de cultuur voor deze patiënt opgaat.
- Ga na hoe anderen in de omgeving van de patiënt over zijn opvattingen denken.
- Informeer hoe anderen in de omgeving van de patiënt in vergelijkbare situaties handelen.
- Nodig uit toelichting en voorbeelden te geven.

Elk interview begint ten slotte met een heldere introductie. De hulpverlener legt daarin uit wat in het gesprek aan de orde komt en waarom. Dat voorkomt misverstanden. Zo kan het woord interview voor vluchtelingen en asielzoekers associaties oproepen met de interviews met de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND) in het kader van de asielprocedure.

Voorbeeld introductie van het Culturele Interview

In onze instelling komen mensen met verschillende achtergronden, gewoonten en leefwijzen. Velen hebben hun wortels buiten Nederland. Soms zijn er grote verschillen. Dat valt mensen vooral op in het contact met anderen. Ook in de hulpverlening is dat het geval. Mensen krijgen dan soms het gevoel niet begrepen te worden. Om u zo goed mogelijk te kunnen helpen, wil ik meer weten over uw leven en achtergrond. Wat uw leefgewoontes zijn, hoe volgens u mensen met elkaar om moeten gaan, wat ziek zijn voor u betekent. Ik ga u daarom een aantal vragen stellen over uw leven en uw klachten. (Team Diversiteitsmanagement PGB 2011, zie bijlage 7)

Samengevat: de verdienste van het Culturele Interview ligt vooral in het creëren van ruimte voor het verhaal van de hulpvrager en voor de unieke combinatie van persoonlijke geschiedenis, wereldbeeld en binding met sociale groepen die daarachter schuilgaat. Dat biedt een basis voor gemeenschappelijkheid, voor een gedeelde definitie van de situatie. Het interview daagt daarbij de hulpverlener uit zonder oordelen open te staan voor de ander. Dit biedt essentiële informatie voor een culturele formulering.

Succes en risico

Sinds de introductie in 2002 wordt het Culturele Interview in toenemende mate toegepast, zij het nog op kleine schaal en vooral in de geestelijke gezond-

heidszorg. Hulpverleners reageren doorgaans positief op het Culturele Interview en zijn enthousiast over de resultaten (Piksen 2010, zie verder hoofdstuk 2). Het Culturele Interview is een succes, ondanks toenemende werk- en tijdsdruk in de gezondheidszorg en het tot nu toe ontbreken van wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van de methode. Dat zegt iets over de waarde die professionals aan het Culturele Interview hechten.

Waarin schuilt het succes van het Culturele Interview? Waarom spreekt het hulpverleners aan? Enkele zaken hebben bijgedragen aan dit succes. Zonder meer is een feit dat het afnemen van het interview en het opstellen van een culturele formulering hulpverleners waardevolle informatie oplevert en bijdraagt aan een goede verhouding met de patiënt. Een GZ-psychologe vat het na een cursus over culturele formulering en Cultureel Interview als volgt samen:

‘Nu de CFD is opgesteld is voor mijzelf het plaatje ook helder in mijn hoofd en weet ik precies welke richting ik in de behandeling op wil, en belangrijker nog: waarom.’

Het Culturele Interview sluit aan bij een breed gevoeld probleem in de gezondheidszorg: het moeilijk in kunnen schatten van problematiek, gedrag en opvattingen van cultureel andere patiënten. Ook de vorm draagt bij aan de aanvaarding van het Culturele Interview. Als vragenlijst is het herkenbaar in de gezondheidszorg voor zowel hulpverleners als managers. Het verschijnt als een duidelijk afgebakende interventie in de context van protocollaire zorgverlening, die de culturele beoordeling hanteerbaar en planbaar maakt in termen van geld en tijd. Een uur, vijftientig vragen, om iemand cultureel in te schatten en meer zicht te krijgen op de gezondheidsproblemen door de sluier van cultuurverschillen heen. Het legitimeert zo dat hulpverleners tijd investeren in het luisteren naar de hulpvrager en zijn verhaal.

De kans op succesvolle innovatie ten slotte neemt volgens Rogers (1995) toe naarmate aan vijf kenmerken wordt voldaan: verbetering ten opzichte van de huidige situatie (*relative advantage*), inpasbaarheid in bestaande praktijken (*compatibility*), eenvoudig in gebruik (*simplicity*), testbaar op kleine schaal (*trialability*) en zichtbare resultaten (*observable results*). In dit licht bezien scoort het Culturele Interview goed. Het levert (nieuwe) inzichten in cultuur en context van de hulpvrager op en draagt bij aan een goede werkrelatie. Als vragenlijst is het interview inpasbaar in de routines. Het Culturele Interview is bovendien niet ingewikkeld en te testen op kleine schaal.

Gevaren

Als keerzijde van dit succes zie ik vier risico's of gevaren. Het eerste gevaar is een bekend fenomeen en een gevolg van succes: wie een hamer heeft, ziet elk

probleem voor een spijker aan. Het Culturele Interview wordt de haarlemmerolie voor elk probleem dat hulpverleners tegenkomen in de interculturele hulpverlening. Dat roept hoge verwachtingen op die niet altijd waar te maken zijn.

Het tweede gevaar is dat hulpverleners het Culturele Interview vooral zien als vorm van eerste-hulp-bij-interculturele ongelukken. Het wordt ingezet als de hulpverlening vastloopt en alle andere middelen uitgeput zijn. De vraag is of het Culturele Interview zich onder dergelijke omstandigheden kan bewijzen en het gewenste effect heeft.

Het derde gevaar is van andere aard en zit feitelijk al in de naam besloten: het *Culturele* Interview. Op het gevaar van culturaliseren is vaak gewezen. Hulpverleners kunnen in de verleiding komen de opvattingen en het gedrag van hun patiënten louter in termen van cultuur te duiden, of scherper geformuleerd: in het licht te zien van de vooronderstellingen die zij van de cultuur van de ander hebben. Dan verdwijnen de persoonlijke levensgeschiedenis, leefwereld en omgang met verschillende culturele repertoires uit beeld, alsook het bijzondere van iemands klinische realiteit.

Het laatste en mogelijk grootste gevaar is dat het Culturele *Interview* wordt wat het imiteert: een interview of vragenlijst zoals er zo veel zijn in de gezondheidszorg, en als zodanig door managers en hulpverleners ook gezien en ingezet wordt. Het wordt dan een instrument om cultuur vast te stellen of het culturele te meten in de diagnostische fase en komt los te staan van de behandeling. Deze instrumentele duiding van het Culturele Interview kan de uitnodiging om in dialoog te gaan met de patiënt overschaduwen. Dan wordt het in de woorden van Kleinman en Benson (2006) gebruikt 'to end a conversation rather than to start a conversation.' Aandacht voor het culturele wordt zo gereduceerd tot het afnemen van een interview en het verzamelen van culturele 'feiten'. Daarbij gaat het meer om het op de juiste manier en met de juiste woorden de vragen te stellen (vraaggetrouwheid) dan om de juiste houding (open, respectvol, zonder te oordelen). Relationele onzekerheid van hulpverleners (Kortmann 2010a, b) versterkt de neiging om het Culturele Interview als houvast en vluchtheuvel te zien. Als het interview vooral als meetinstrument gezien wordt, komen al snel vragen op als welke items de meeste informatie opleveren en of het interview te beperken is tot die items. Op zich is dit niet zo'n vreemde gedachtegang in een klinische atmosfeer waar de werkdruk hoog is, *evidence-based medicine* hoog gewaardeerd wordt en meer vertrouwd wordt op meten en minder op deskundigheid (Eisma 2011).

Tot slot

De culturele formulering is het boegbeeld van de transculturele psychiatrie geworden. Het is niet meer alleen een constructie van en voor experts, de transcultureel psychiaters en medisch antropologen, maar ook een handreiking

voor doorsnee hulpverleners in uiteenlopende praktijksituaties. In Nederland boekt in haar kielzog het Culturele Interview in zijn vele verschijningsvormen succes. De kracht schuilt in de uitnodiging voor een dialoog met de patiënt. Het succes heeft echter ook zijn keerzijde. Ontdaan van zijn ambitie – het ontwikkelen van antropologische antennes bij hulpverleners – en toegepast als een standaardinstrument kan het Culturele Interview ook een omgekeerd effect hebben. In dat perspectief is cultuur een van de vele variabelen die gemeenten, geregistreerd en beoordeeld moeten worden.

Het Culturele Interview is te vergelijken met Janus, de tweehoofdige Romeinse god van begin en einde, van het openen en sluiten, wiens beeld vaak bij de drempel van huizen te vinden was. Het Culturele Interview kan hulpvragers culturaliseren, maar ook hun persoonlijke beleving van en omgang met cultuur en identiteit onthullen. Het kan gevoelens van anders zijn en van uitsluiting versterken, maar het aanhoren van het verhaal van de hulpvrager kan ook gevoelens van erbij horen (*belonging*) versterken. In het laatste geval heeft het afnemen een helende uitwerking.

De ontwikkelingen staan natuurlijk niet stil. In de Verenigde Staten werkt een team onder leiding van Roberto Lewis-Fernández (de *Sub-Group on Cultural Issues* van de DSM-v taskforce) aan het Cultural Formulation Interview (CFI) dat onderdeel uit moet gaan maken van DSM-v. Het interview is bedoeld voor gebruik in de geestelijke gezondheidszorg als onderdeel van de diagnostiek en beoogt de culturele validiteit ervan te vergroten. In 2012 vindt een wereldwijde *field trial* plaats, waar ook Nederlandse ggz-instellingen bij betrokken zijn. Het CFI bestaat uit een aantal basisvragen dat naar behoefte aan te vullen is met verdiepende deelvragenlijsten voor verschillende onderwerpen. Als geheel biedt het inzicht in de interpretatie van klachten en problemen van de cliënt en in zijn verwachtingen van de hulpverlening. Het CFI is nadrukkelijk bedoeld voor gebruik bij alle hulpvragers ongeacht hun cultuur, religie of sociale klasse.

De basisvragenlijst van het CFI, die onderdeel uit moet gaan maken van de standaard-intake, is aanmerkelijk korter (vijftien minuten) dan het Culturele Interview. De proefversie heeft veertien open vragen. Ze behelzen de culturele definitie van het gepresenteerde probleem, de culturele perceptie van oorzaak, context en steun en de culturele factoren die van invloed zijn op hulpzoekgedrag, de omgang met het probleem en de behandeling. De vragen zijn algemeen geformuleerd. Ter illustratie een van de vragen uit het onderdeel *Cultural definition of the problem*.

‘People often understand their problems in their own way, which may be similar or different from how doctors explain the problem. How would you describe your problem to someone else?’

De culturele identiteit komt maar zijdelings aan de orde, de migratiegeschiedenis in het geheel niet. Aandachtspunten voor de reflectie op het eigen handelen ontbreken. Door de beperkte tijdspanne is er weinig ruimte voor het verhaal van de patiënt. Door de inbedding in een standaard-intake gericht op identificatie en classificatie van symptomen is er mogelijk ook minder oor voor. De status die het CFI krijgt als onderdeel van DSM-V verleidt mogelijk hulpverleners wel tot toepassing. De toekomst zal leren of we de geboorte meemaken van het Culturele Interview 2.0.

Noten

- ¹ In deze tekst verwijst de term migranten naar degenen die naar Nederland gemigreerd zijn en hun kinderen, inclusief vluchtelingen en asielzoekers.
- ² In dit boek worden de termen patiënt en hulpvrager naast elkaar gebruikt. Waar hij of zijn staat, kan evenzeer zij of haar gelezen worden.
- ³ In *Medisch Contact* (jrg. 32/16, 22 april 1977) is een conferentieverslag met alle lezingen gepubliceerd.
- ⁴ De Wisseltrofee Interculturalisatie van de geestelijke gezondheidszorg wordt sinds 2004 jaarlijks uitgereikt aan een ggz-instelling die zich verdienstelijk heeft gemaakt voor de interculturalisatie van de ggz.
- ⁵ Pharos en NIVEL hebben eind 2011 een voorstel ingediend bij ZonMw om de effecten van het Culturele Interview in de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg te evalueren.

A stylized world map in a light orange color, serving as the background for the entire page. The map shows the outlines of continents and major islands.

Hoofdstuk 2

Het gebruik van het Culturele

Interview in Nederland: een

eerste indruk

Blanchefleur Piksen

Eis weinig bekend over het gebruik en effect van het Culturele Interview. Hoe beoordelen hulpverleners het Culturele Interview? En belangrijker nog, hoe denken patiënten erover?

Tussen november 2010 en juli 2011 verrichtte ik in het kader van mijn studie klinische en ontwikkelingspsychologie in opdracht van Pharos een exploratief onderzoek naar het gebruik van het Culturele Interview in de geestelijke gezondheidszorg (Piksen 2010). Het onderzoek fungeerde als pilotstudie voor grootschaliger effectonderzoek.¹ Dit hoofdstuk is gebaseerd op deze pilotstudie. De volgende vraagstellingen stonden in deze studie centraal:

- 1 Op welke wijze wordt er in het veld gebruikgemaakt van het Culturele Interview (versies, plaats in de diagnostiek en/of behandeling, wijze van afname)?
- 2 Wat zijn de ervaringen met het Culturele Interview van hulpverleners en patiënten binnen de geestelijke gezondheidszorg (afname en opbrengst op korte en lange termijn)?

Ik schets hierna beknopt de opzet en uitvoering van het onderzoek en presenteer de belangrijkste resultaten. Een overzicht van de sterke en minder sterke punten van het Culturele Interview sluit het hoofdstuk af.

Opzet en uitvoering van het onderzoek

In het onderzoek heb ik mij geconcentreerd op de hanteerbaarheid en het nut van het Culturele Interview. Bij hanteerbaarheid gaat het onder meer om de vragen hoe dit instrument in de organisatie is ingebed, op welke wijze het wordt afgenomen en wat daarbij aan de orde is gesteld. Wat betreft het nut van het Culturele Interview heb ik gevraagd naar het effect ervan op de hulpverleningsrelatie, de indicatiestelling en de behandeling. Bij de bespreking van het nut en de hanteerbaarheid van het instrument is apart gekeken naar de mening en ervaring van de patiënt en van de hulpverleners.

Op verschillende wijzen is informatie verzameld: observatie, interviews en analyse van patiëntendossiers. Sleutelinformanten van het onderzoek zijn werkzaam bij zestien Nederlandse ggz-instellingen. Daarnaast is de toepassing van het Culturele Interview onderzocht bij De Evenaar – Centrum voor Transculturele Psychiatrie Noord-Nederland, onderdeel van ggz Drenthe. De Evenaar is gespecialiseerd in de behandeling van vluchtelingen en asielzoekers met psychiatrische stoornissen. De afname van het Culturele Interview door een antropoloog maakt standaard deel uit van de intakeprocedure. Daarbij wordt gebruikgemaakt van een beknopte versie van het Culturele Interview ontwikkeld door Simon Groen (CI-G, zie bijlage 4).

Elf keer is de afname van het Culturele Interview in De Evenaar geobserveerd, waarbij de patiënten ook een aantal vragen over het interview hebben beantwoord. Daarnaast zijn tien andere patiënten en acht hulpverleners van De

Evenaar geïnterviewd met open en gesloten vragen en met behulp van stellingen. Sommige vragen zijn zowel aan de geobserveerde als aan de geïnterviewde patiënten gesteld. Andere vragen zijn alleen tijdens de tweede ronde interviews aan bod gekomen. Soms is daardoor sprake van een respons van 21 patiënten en soms van 10. Tot slot zijn tien patiëntendossiers doorgenomen en is tien maal het team geobserveerd tijdens een behandelplanbespreking. De verzamelde informatie is zowel kwantitatief als op inhoud geanalyseerd.

Het onderzoek is een kleinschalige, exploratieve pilotstudie. Dit brengt beperkingen met zich mee. Zo is het lastig om bij een gespecialiseerd en cultuursensitief team zoals van De Evenaar goed te onderscheiden wat de toegevoegde waarde van het Culturele Interview is. Ook zijn genoemde en waargenomen effecten minder eenduidig aan het Culturele Interview toe te schrijven naarmate de behandeling vordert. Gezien de kwalitatieve en kleinschalige opzet van het onderzoek zijn de uitkomsten ervan niet zonder meer generaliseerbaar. Ondanks deze beperkingen geeft het onderzoek stof tot nadenken bij de verdere ontwikkeling van het Culturele Interview en de toetsing van de effecten ervan.

De hanteerbaarheid van het Culturele Interview

Uit mijn onderzoek blijkt dat 23 ggz-instellingen gebruikmaken van het Culturele Interview. Het merendeel daarvan was al voor 2009 bekend met het Interview. Ik ga achtereenvolgens in op de vragen naar de hanteerbaarheid van het Culturele Interview en naar het nut daarvan. Daarbij betrek ik zowel de respons van de zestien instellingen waar sleutelinformanten werkzaam zijn als de uitkomsten van het deelonderzoek bij De Evenaar.

Hoe is het Culturele Interview in de organisatie ingebed? Over het algemeen gebruiken de instellingen in de ggz de oorspronkelijke versie van het Culturele Interview (CI-R, Rohlof et al. 2002, zie bijlage 3) of de beknopte versie (CI-G, Groen 2006, zie bijlage 4). Daarnaast zijn er ook aangepaste versies in omloop. De inbedding in de organisatie varieert. In de helft van de gevallen wordt het interview in één keer afgenomen, in de andere helft wordt de afname verspreid over meerdere afspraken. Het Culturele Interview wordt vaker in de diagnostische dan in de behandelfase ingezet. Deze inzet is niet altijd standaard. De helft van de instellingen gebruikt de input van het Culturele Interview bij de diagnostische overwegingen en het opstellen van het behandelplan, ook al gebeurt dit niet altijd standaard. Daarnaast is er een gevarieerd beeld als het gaat om welke discipline het afneemt. Soms is dit een hulpverlener die zich daarin gespecialiseerd heeft, en soms de vaste hulpverlener van de patiënt. Volgens de geïnterviewde hulpverleners dient degene die het interview afneemt te beschikken over interculturele vaardigheden, enige kennis van culturele antropologie en van psychiatrie.

Zij verstaan onder enige kennis van antropologie onder andere kennis van de antropologische begrippen waar het Culturele Interview naar verwijst. Maar ook begrip van wat het betekent om te leven in een niet-westerse samenleving, die soms bestaat uit verschillende rivaliserende (etnische) groepen. Daarnaast is kennis nodig van acculturatieproblemen en van andere dan biomedische ziekteverklaringen. Als het interview wordt afgenomen door iemand die niet als hulpverlener geschoold is, zoals een antropoloog in het geval van De Eveenaar, dan is kennis van de psychiatrie van belang. Zodat er enig begrip is van de problematiek van de patiënt en van vaktermen die tijdens overlegmomenten worden gebruikt.

Dekt de naam ‘Culturele Interview’ de lading van het instrument? Volgens de patiënten refereert deze naam aan een gesprek over verschillen in culturele afkomst. De naam draagt dus bij aan verduidelijking van het doel van het gesprek. Een kanttekening die hulpverleners maken is dat het woord ‘interview’ negatieve associaties kan oproepen met de interviews van de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND) in het kader van de asielprocedure.

Spanning

Het Culturele Interview begint in de regel met een introductie. Die beoogt patiënten op hun gemak te stellen en het doel van het interview uit te leggen. Tijdens de elf observaties van het afnemen van het Culturele Interview in De Eveenaar is onderzocht of de introductie daarin slaagt. Uit de respons (zie tabel 2.1) is af te leiden dat de patiënten over het algemeen gespannen zijn over deelname.

Tabel 2.1 Overzicht van de antwoorden van patiënten op vragen over de introductie van het ci-g

Uitgevraagde componenten	Nee	Ja	Neutraal	Geen antwoord	Totaal
Spanning over deelname aan het gesprek, voorafgaand aan de introductie	1	7	2	1	11
Spanning is afgenomen door de introductie	3	1	6	1	11
Het doel van het interview wordt begrepen door de introductie	2	8	1	0	11

Begrip

Wat voor effect de introductie heeft op de gevoelde spanning wordt niet duidelijk vanwege het grote aantal neutrale antwoorden. Wel blijkt dat de patiënten het doel van het interview beter begrijpen door de introductie. Aan 21 patiënten is gevraagd of zij de vragen begrijpen. Vier op de vijf begrijpen de vragen redelijk. Wel komt uit de observaties van interviews naar voren dat patiënten som-

mige vragen dikwijls niet begrijpen. Zo begrijpt de helft van de geïnterviewde patiënten de vraag ‘Hoe zouden mensen in uw land van herkomst uw klachten verklaren?’ niet. Dit kan komen doordat Nederlands niet de moedertaal is van de patiënten, er regelmatig gebruikgemaakt wordt van tolken, of doordat de patiënt misschien niet gewend is aan het soort vragen. Uit observaties blijkt dat het geven van voorbeelden en doorvragen het begrip verbetert. Hulpverleners zouden daarom alert moeten zijn op het eventueel beperkte begrip van de patiënt en daar flexibel op moeten inspelen. Dit betekent dat de vragen van het Culturele Interview niet letterlijk toegepast kunnen worden. Het onderzoek toont bovendien aan dat hulpverleners, vanuit de behoefte om maatwerk te leveren, er inderdaad de voorkeur aan geven het Culturele Interview als een richtlijn te zien.

Wat wordt er in het Culturele Interview aan de orde gesteld? Uitgangspunt is dat alle onderdelen nodig zijn om de patiënt en zijn problematiek in de context van zijn (culturele) achtergrond te kunnen plaatsen. In het merendeel van de bevraagde instellingen wordt het interview in zijn geheel afgenomen. De sleutelinformanten geven desondanks aan bepaalde onderwerpen te missen, zoals discriminatie van de bevolkingsgroep waartoe de patiënt behoort en diens vroegere loopbaan. Deze onderwerpen hebben hun toegevoegde waarde bewezen in de behandelplanbesprekingen.

Nut van het ci

Welk effect heeft het Culturele Interview op de hulpverleningsrelatie? Volgens de geïnterviewde hulpverleners heeft het afnemen een positief effect. De effecten die genoemd worden zijn:

- de patiënt voelt zich gehoord;
- de patiënt voelt zich begrepen;
- de patiënt heeft meer vertrouwen in de hulpverlening.

Bij De Evenaar neemt een cultureel antropoloog het Culturele Interview af. De hulpverleners geven aan dat zij kunnen meeliften op het vertrouwen dat hij met de patiënten opbouwt. Dit vertrouwen breidt zich uit naar vertrouwen in het hele team en in de totale behandeling die De Evenaar biedt. Het merendeel geeft aan dat het resultaat van het Culturele Interview nieuwe aanknopingspunten oplevert voor de omgang met de patiënt.

In welke omstandigheden draagt het Culturele Interview het meeste bij aan de behandelrelatie? Op basis van de onderzoeksresultaten kan een omgekeerde relatie worden verondersteld tussen de intensiteit van het contact van hulpverlener en patiënt en de mate waarin het Culturele Interview nieuwe aanknopingspunten biedt. Een hulpverlener van de dagbehandeling heeft waarschijnlijk door zijn intensieve omgang met de patiënt voldoende input

voor de hulpverleningsrelatie en is minder afhankelijk van de informatie uit het interview. Daarnaast kan op grond van het onderzoek ook een omgekeerde relatie worden verondersteld tussen de culturele competentie van de hulpverlener en de mate waarin het Culturele Interview nieuwe aanknopingspunten biedt.

Hebben de patiënten van De Evenaar eenzelfde positief oordeel over het Culturele Interview? Op de vraag of zij zich inderdaad gehoord en begrepen voelen naar aanleiding van het interview, antwoorden de meeste patiënten dat dit het geval is (zie tabel 2.2). Zij menen hun verhaal beter kwijt te kunnen.

Tabel 2.2 Voelen patiënten zich begrepen en kunnen zij hun verhaal kwijt in het CI-G?

Vraag	Ja	Nee	Neutraal	Geen antwoord	Totaal
Denkt u dat de hulpverleners u beter begrijpen door de informatie die u hebt gegeven tijdens het gesprek?	17	0	4	0	21
Kon u uw verhaal doen tijdens het gesprek?	8	1	0	1	10

Welk effect heeft de informatie uit het Culturele Interview op de indicatiestelling? Volgens zeven van de acht hulpverleners komt er door het interview vergeleken met een standaardintake nieuwe informatie beschikbaar. Eén hulpverlener is van mening dat het Culturele Interview alleen soms nieuwe informatie oplevert.

Een voorbeeld uit de praktijk van De Evenaar waarbij het interview relevante informatie opleverde ten behoeve van de intake:

Een West-Afrikaanse patiënt heeft visuele hallucinaties. Hij ziet ‘wezens’. De informatie uit het Culturele Interview geeft aan dat deze patiënt lid was van een ‘secret society’. Secret societies komen in bepaalde delen van West-Afrika veel voor. Ze houden zich onder andere bezig met het controleren van krachten uit de spirituele wereld. Door deze informatie uit het Culturele Interview wordt de diagnose psychose ter discussie gesteld. Overwogen wordt of de andere beleving van de werkelijkheid te verklaren is op grond van de culturele achtergrond van de patiënt.

De indicatiestelling wordt bij De Evenaar vastgesteld tijdens de diagnostiekbespreking in een multidisciplinair overleg. Uit de observatie van die besprekingen komt naar voren dat de cultureel antropoloog meestal een consultatieve functie heeft. Over het algemeen betreft de consultatie de culturele verklaring voor symptomen van de patiënt en zijn culturele context in het land van her-

komst. Het gaat om vragen als: ‘Is er een culturele verklaring voor de hallucinaties van de patiënt?’ en ‘Wat is de context/positie van homoseksuelen in Soedan?’

Deelplannen van de cultureel antropoloog voor de diagnostiekbespreking zijn vergeleken met deelplannen van de andere intakekokers. Hieruit blijkt dat de deelplannen naar aanleiding van het Culturele Interview toegevoegde waarde hebben, omdat deze nieuwe informatie bevatten. Maar de aanbevelingen voor de indicatiestelling in het CI-verslag zijn vaak te algemeen geformuleerd volgens de hulpverleners. Daarom is het niet verrassend dat de doelen en aanpak in het behandelplan over het algemeen niet direct tot specifieke uitkomsten van het Culturele Interview te herleiden zijn. De integratie van de uitkomsten van het interview in het behandelplan is mogelijk te verbeteren door een meer specifieke formulering van de aanbevelingen in het verslag van het interview.

Ook het perspectief van de patiënten is betrokken bij vaststelling van de mogelijke toegevoegde waarde van het Culturele Interview op de indicatiestelling. Waarin verschilt een intake met het Culturele Interview van andere intakes die patiënten gehad hebben? Hebben zij de intaker andere of meer informatie gegeven?

De meeste patiënten ervaren het afnemen van het Culturele Interview als anders in vergelijking met de intakegesprekken van de psychiater en de psychiatisch verpleegkundige (zie ook tabel 2.3). Op de vraag naar wat er anders is, antwoorden vier patiënten dat het Culturele Interview een bredere context behandelt. ‘Het gaat over het leven en de samenleving’, aldus een van de patiënten. Drie patiënten antwoorden dat het interview zich onderscheidt door vragen over de culturele achtergrond. Gesprekken met de andere disciplines uit het behandelteam zijn volgens hen meer gericht op hun klachten.

Tabel 2.3 Toegevoegde waarde van het CI-G in de intakeprocedure volgens de patiënten

Vraag	Ja	Nee	Neutraal	Geen antwoord	Totaal
Is het gesprek anders dan andere gesprekken bij De Evenaar?	7	3	0	0	10
Worden er andere vragen gesteld in vergelijking met andere gesprekken?	7	3	0	0	10

Wat, ten slotte, is het effect op de behandeling? De hulpverleners van De Evenaar zijn van mening dat het Culturele Interview nieuwe aanknopingspunten biedt voor behandeling. Volgens hen komt dit doordat het niet alleen op klachten gericht is, maar op de brede context van die klachten. Ze geven aan dat bepaalde zaken die soms tijdens behandelgesprekken niet naar voren komen, wel tijdens het afnemen van het interview besproken worden. De hulpverleners, zowel van binnen als van buiten De Evenaar, noemen de volgende effec-

ten van het Culturele Interview op de afstemming of bijsturing van de hulpverlening:

- Het gedrag van de patiënt wordt beter begrepen.
- Het vertrouwen van de patiënt en de bereidheid advies aan te nemen neemt toe.
- Het levert unieke informatie op voor de behandeling.
- Rituelen en gebruiken worden geïnventariseerd en kunnen in de behandeling gebruikt worden.
- Het geeft richting aan interventies.
- Het geeft inzicht in waarom de behandeling wel of niet loopt.
- De cultuursensitieve behandeling verlaagt de drop-out.

Een voorbeeld uit de praktijk van De Evenaar waarbij het Culturele Interview een nieuw aanknopingspunt heeft geboden in de behandel fase:

Een patiënt heeft klachten die te maken hebben met de dood van zijn zoon door geweld in het land van herkomst. Over het verlies spreekt hij niet. Tijdens afname van het Culturele Interview wordt besproken welke betekenis rouw in zijn cultuur heeft en op welke wijze ermee omgegaan wordt. Hierdoor kan de hulpverlener ingang krijgen tot de betekenis van het verlies van zijn zoon voor de patiënt en de relatie die dit heeft tot zijn klachten.

Uit de observatie van behandelplanbesprekingen bij De Evenaar blijkt dat de cultureel antropoloog anders dan bij de diagnostiekbesprekingen niet veel geconsulteerd wordt. Hij wordt soms betrokken bij de behandeling. Het gaat dan bijvoorbeeld om een gesprek met een patiënt over de betekenis van het geloof voor hem of verdere uitdieping van de ziekteverklaring van de patiënt. De deelplannen van de cultureel antropoloog hebben weinig effect op de behandelplanbesprekingen. De doelen en aanpak van de behandelplannen zijn over het algemeen niet specifiek tot het Culturele Interview te herleiden. Evenals bij de indicatiestelling kunnen specifieke aanbevelingen in het interviewverslag leiden tot verdere integratie van het Culturele Interview in de behandeling.

Heeft het afnemen van het Culturele Interview de kijk van de patiënt op zijn behandeling veranderd? Op de vraag 'Hebt u door het gesprek meer geleerd over uzelf?' antwoordt een meerderheid van de patiënten ontkennend. Toch is er ook een behoorlijke minderheid die bevestigend antwoordt. De meerderheid van de patiënten geeft aan dat door het interview de hulpverleners hun problemen beter begrijpen. Zodat zij beter behandeld kunnen worden en meer vertrouwen hebben in de therapie (tabel 2.4).

Tabel 2.4 Het effect van het CI-G op verschillende aspecten van de behandeling volgens de patiënten

Vragen	ja	Nee	Neutraal	Geen antwoord	Totaal
Hebt u door het gesprek meer geleerd over uzelf?	7	11	3	0	21
Begrijpen de hulpverleners uw problemen beter door de informatie die u hebt gegeven tijdens het gesprek?	14	2	4	1	21
Denkt u dat u beter behandeld kan worden door de informatie die u hebt gegeven tijdens het gesprek?	12	1	7	1	21
Hebt u meer vertrouwen in de therapie door het gesprek?	6	2	1	1	10
Wordt er in de therapie rekening gehouden met de informatie die u hebt gegeven tijdens het gesprek?	4	2	3	1	10

Opvallend is dat de meningen van de patiënten verdeeld zijn over de vraag of in de therapie rekening gehouden wordt met de informatie uit het Culturele Interview. Uit de dossieranalyse is in ieder geval gebleken dat de doelen en aanpak in het behandelplan niet specifiek te herleiden zijn tot deze informatie.

Evaluatie van het ci

Hulpverleners waarderen het Culturele Interview het meest als de casus lastig is. Kenmerken van een dergelijke casus zijn: weinig aansluiting met de patiënt, complexe problematiek en vastlopende behandeling. Als er goed contact is en er sprake is van eenduidige problematiek, denken hulpverleners het minder hard nodig te hebben. Bovendien geven zij aan dat het soms veel vraagt van patiënten om te reflecteren op hun leven. Het is daarom belangrijk de vragen uit het Culturele Interview duidelijk uit te leggen en te werken met voorbeelden. Verder merken enkele hulpverleners op dat het afnemen van het interview in de intakefase moeilijk is in het geval de patiënt door ernstige psychopathologie niet in staat is de vragen adequaat te beantwoorden.

Vier op de vijf patiënten van De Evenaar ervaren het Culturele Interview als positief. Eén op de drie geeft aan niet nog een keer aan het interview te willen deelnemen (zie tabel 2.5). Ik veronderstel dat spanning tijdens de afname te maken heeft met de weerstand om nogmaals aan een interview mee te doen. Eerder in dit hoofdstuk (tabel 2.1) bleek al dat de meeste patiënten voorafgaand aan het gesprek gespannen zijn en dat de introductie van het Culturele Interview deze spanning meestal niet wegneemt.

Tabel 2.5 De waardering van de patiënt van de afname van het CI-G

Vragen	Ja	Nee	Neutraal	Geen antwoord	Totaal
Hebt u het gesprek als positief ervaren?	16	0	5	0	21
Nu u weet wat dit gesprek is, zou u weer opnieuw meedoen?	13	6	2	0	21

Hulpverleners en patiënten spreken in het algemeen hun waardering uit voor het Culturele Interview. Ze noemen daarbij sterke en zwakke punten. Op grond daarvan formuleer ik enkele verbeterpunten.

Sterke punten

Patiënten waarderen het dat zij in het Culturele Interview hun verhaal kwijt kunnen en zij voelen zich op hun gemak door het begrip voor de diversiteit aan achtergronden. Een patiënte geeft bijvoorbeeld aan dat ze het prettig vindt dat ze tijdens het interview over haar islamitische geloof kon spreken en dat dat geleid heeft tot een vervolgesprek met een imam. Hierdoor begrijpt zij dat haar geloof geaccepteerd wordt. Tot slot vinden de patiënten dat het Culturele Interview bijdraagt aan de kennismaking en opbouw van de hulpverleningsrelatie.

Ook de hulpverleners in het onderzoek geven aan dat het Culturele Interview bijdraagt aan de opbouw van de behandelrelatie. De behandeling krijgt volgens hen meer kans van slagen. Het interview heeft niet alleen een positief effect op de relatie, maar ook op de inhoud van de behandeling. Ze stellen dat het bijdraagt aan een holistische visie, omdat er 'buiten de klachten wordt gekeken'. De diagnostiek verbetert doordat de culturele context een grotere plaats heeft gekregen in de diagnostische overwegingen. De toegevoegde informatie leidt volgens hen tot een indicatiestelling en behandeling die beter aansluiten op de patiënt. Ze geven aan dat zij zich beter kunnen invoegen in de leef- en denksituatie van hun patiënten.

Zwakke punten

Volgens hulpverleners zijn de vragen van het Culturele Interview (CI-R en CI-G) soms wat 'rigide' of 'star' en vereisen ze enige aanpassing in het gesprek.

Ze vinden ook dat de mogelijkheden van het Culturele Interview onderbenut blijven vanwege het gebrek aan inbedding. Zo merken medewerkers van de poliklinische afdeling van De Evenaar op dat het onvoldoende 'doorwerkt' in de behandeling en dat het effect ervan op de bijsturing van de behandeling gering is. Hulpverleners buiten De Evenaar geven aan dat het Culturele Interview soms gebruikt wordt om 'rekening te willen houden' met het culturele aspect, terwijl een 'gedegen vertaling' naar de behandeling uitblijft.

Terwijl hulpverleners ervan overtuigd zijn dat het Culturele Interview kan leiden tot een betere indicatiestelling en behandeling, blijkt uit het onderzoek dat ze feitelijk te weinig van het interview gebruikmaken. Oorzaak is dat ze de handvatten missen om de uitkomsten te integreren in de behandeling. Hulpverleners geven bijvoorbeeld aan dat de uitkomsten eigenlijk standaard ingebracht zouden moeten worden tijdens diagnostiek-, indicatie- en behandelplanbesprekingen, maar dat dit vaak niet gebeurt.

De patiënten vinden twee aspecten van het Culturele Interview negatief. Ten eerste geeft ongeveer de helft van de patiënten aan dat de onderwerpen emotioneel zwaar zijn. Een aanzienlijke minderheid geeft aan dat het Culturele Interview meer spanning oplevert dan verwacht (zie tabel 2.6).

Tabel 2.6 De waardering van patiënten van de afname van het CI-G

Vragen	Ja	Nee	Neutraal	Geen antwoord	Totaal
Leverde het CI-G meer spanning op dan u verwacht had?	5	10	6	0	21
Zijn de onderwerpen uit het CI-G emotioneel te zwaar?	4	5	1	0	10

Het tweede negatieve aspect is dat patiënten het doel van het interview niet altijd helder vinden, waardoor de gestelde vragen hen verbazen. De introductie biedt dus niet altijd voldoende helderheid.

Verbeterpunten

De uitkomsten van het Culturele Interview dienen volgens de hulpverleners ‘een volwassen plek’ te krijgen in de behandeling. Bij De Evenaar heeft dit vooral betrekking op de poliklinische behandeling, omdat ze er daar nog niet zo lang mee werken. Hulpverleners geven aan dat het interview niet alleen een volwassen plek moet krijgen in de behandelfase, maar ook in de diagnostiekfase. Tot slot wordt aangegeven dat het interview een vertaalslag naar het onderwijs nodig heeft.

Ter bevordering van de integratie van het Culturele Interview in de behandeling worden twee punten genoemd:

- Het verslag en het deelplan naar aanleiding van het Culturele Interview bevatten volgens de hulpverleners binnen De Evenaar te veel informatie. Er is behoefte aan kernpunten. Deze kunnen dan meegenomen worden in het behandelplan, waardoor de ‘meerwaarde’ van het Culturele Interview groter wordt.
- De hulpverleners buiten De Evenaar geven aan dat het Culturele Interview ook in het Elektronisch Patiëntendossier moet worden opgenomen.

Tot slot

De toepassing van het Culturele Interview blijkt zeer heterogeen te zijn. Er worden verschillende versies gebruikt, het wordt zowel geheel als gedeeltelijk afgenomen en dit zowel tijdens één als meerdere contacten met de patiënt. Ook de setting waarbinnen het gebruikt wordt en de discipline die de vragenlijst afneemt, variëren. In het algemeen zijn hulpverleners van mening dat het aan te bevelen is om het Culturele Interview niet letterlijk als vragenlijst te gebruiken, maar als een richtlijn. De verschillende componenten worden alle gewaardeerd. Discriminatie van de bevolkingsgroep waartoe de patiënt behoort in het land van herkomst en de loopbaan (opleiding/werk) van de patiënt aldaar, blijken waardevolle onderwerpen om aan het interview toe te voegen.

De vragen en het doel van het Culturele Interview worden meestal begrepen door de patiënten, maar het geven van een duidelijke uitleg blijft een aandachtspunt. De onderwerpen die aan de orde komen, zijn vaak emotioneel beladen en het is van belang rekening te houden met de spanning die dit oproept.

Het nut van het Culturele Interview is volgens hulpverleners dat de contactgroei erdoor bevorderd wordt. De patiënt voelt zich erkend door de aandacht voor zijn culturele achtergrond. Zijn vertrouwen in de behandeling neemt toe. Daarnaast levert het hulpverleners bruikbare informatie bij de diagnostische overwegingen. Het geeft inzicht in welke behandeling en welke manier van omgaan aansluiten bij de patiënt. Bovendien bevordert het een juiste indicatiestelling en geeft het input voor bijsturing van de behandeling.

Het Culturele Interview krijgt niet altijd een vaste plek in de patiëntbespreking, de indicatiestelling en de behandelplanbespreking. Hierdoor is het soms onduidelijk welke consequenties aan de uitkomsten verbonden worden. Verdere integratie van het Culturele Interview in de behandeling kan het nut van het instrument ten goede komen. De vertaling van de uitkomsten naar een beperkt aantal kernpunten voor het behandelplan en het opnemen van het Culturele Interview in het Elektronisch Patiëntendossier kunnen daaraan bijdragen.

Onderzoeksaanbevelingen

Op grond van de pilotstudie doe ik de volgende aanbevelingen voor toekomstig onderzoek. Allereerst is naast kwalitatief onderzoek ook kwantitatief onderzoek wenselijk, bij voorkeur in de vorm van een gerandomiseerde gecontroleerde trial (RCT). Omdat het Culturele Interview vele verschijningsvormen heeft en de toepassing ervan variaties kent, is het van belang het instrument en de omstandigheden waarin het afgenomen wordt, scherp te definiëren. Vooralsnog zou gekozen kunnen worden voor de meest gebruikte versies, de versies van Rohlof en anderen (2002) en Groen (2006).

Wat betreft de setting is het aan te bevelen om in eerste instantie te kiezen voor onderzoek binnen de ggz, aangezien het instrument daarvoor is ontworpen. Om effecten zo goed mogelijk in kaart te brengen, ligt het voor de hand een setting te kiezen waar het Culturele Interview wordt afgenomen in de diagnostische fase van de behandeling. Standardisering is wenselijk van de discipline die het Culturele Interview afneemt, de wijze waarop, en het gebruik van de informatie in diagnostiek, indicatiestelling en bijsturing van de behandeling. Dit met oog op vergelijkbaarheid.

Naast de klinische uitkomsten is het ook van belang het effect te onderzoeken op de patiëntwaardering, vermindering van drop-out, kosten, lange-termijn-effecten en functionele uitkomsten zoals de kwaliteit van leven.

Noot

¹ NIVEL en Pharos hebben eind 2011 bij ZonMw een voorstel ingediend voor een studie naar het effect van het Culturele Interview in de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg, met name in het werk van de Praktijk Ondersteuners Huisarts voor de Geestelijke Gezondheidszorg (POH-GGZ) in Den Haag en Almere.

A stylized world map in a light orange color, serving as the background for the entire page. The map shows the continents and major landmasses.

Hoofdstuk 3

Het Culturele Interview:

voorwaarde voor interpersoonlijke

psychotherapie voor allochtonen

Patricia Gumbs

Depressie is een ernstige en invaliderende psychiatrische stoornis. Naar schatting ontwikkelt 5 tot 10% van alle mensen in hun leven een depressie. De World Health Organization voorziet dat depressie binnen vijftien jaar volksziekte nummer één is. Gelukkig laat een depressie zich, mits tijdig herkend, goed behandelen. Er zijn veel studies naar de effectiviteit van behandeling van depressie. Uit eerder onderzoek bleken cognitieve gedragstherapie (CGT) en interpersoonlijke psychotherapie (IPT) in combinatie met medicatie zeer effectieve vormen van psychotherapie (Willemse & Trijsburg 2005). Onbekend is echter nog of ook patiënten met een niet-westerse achtergrond in voldoende mate van IPT (kunnen) profiteren. In dit hoofdstuk maak ik aan de hand van onderzoeksresultaten duidelijk hoe het Culturele Interview bijdraagt aan een (meer) crossculturele behandeling van depressie bij ambulante patiënten.

Patiëntenpopulatie en probleemschets

Nederland telt ruim zestien miljoen inwoners van wie dertien miljoen autochtone Nederlanders en drie miljoen allochtone Nederlanders zijn. Met andere woorden, 19% van de Nederlanders is allochtoon. Beleidsmakers en hulpverleners maken daarin een onderscheid tussen westerse en niet-westerse allochtonen. De laatste groep vormt met 54% van de allochtonen een kleine meerderheid (CBS 2008). De grootste concentraties niet-westerse allochtonen zijn te vinden in de grote steden: Rotterdam - 35,7%, Amsterdam - 34,5%, Den Haag - 32,6% en Utrecht - 32%. De groep niet-westerse allochtonen wordt voornamelijk vertegenwoordigd door Marokkanen (28%), Antillianen en Arubanen (23%), Turken (21%) en Surinamers (11%) (CBS 2008). In Den Haag is bijna 10% van de bevolking van Surinaamse, vooral Hindostaanse, afkomst. Daarnaast zijn veel inwoners van Turkse (7%) of Marokkaanse herkomst (5%). In 2010 is van de Haagse bevolking in totaal 47,3% van niet-Nederlandse afkomst (CBS 2010).

Uit onderzoek (May 1997) blijkt dat depressieve patiënten met een niet-Nederlandse achtergrond wel de weg naar de toenmalige Haagse Riagg's vinden, maar relatief weinig terechtkomen bij de afdelingen psychotherapie. Eenmaal daar in behandeling haken allochtone patiënten vaak in de beginfase af. Uit interviews met allochtone patiënten en uit ervaringen van allochtone hulpverleners komt naar voren dat er onvoldoende aandacht is voor culturele en familiale aspecten.

Recent onderzoek (Fassaert et al. 2010) laat zien dat de behandeling van een depressie bij Marokkaanse en Turkse patiënten qua duur en intensiteit minder gunstig is dan dezelfde behandeling bij autochtone Nederlanders. Echter, de data van dit onderzoek kunnen onvoldoende de stelling onderbouwen dat de behandeling van depressie bij allochtone Nederlanders minder effectief

is dan bij autochtone Nederlanders. Het algemene beeld is dat depressie vaker voorkomt onder allochtone Nederlanders, terwijl de geestelijke gezondheidszorg onvoldoende toereikend lijkt te zijn voor deze groep patiënten.

Interpersoonlijke psychotherapie

Interpersoonlijke psychotherapie is een kortdurende, focale, steunende gesprekstherapie, specifiek ontworpen voor de behandeling van ambulante depressieve patiënten. De duur van de behandeling is afhankelijk van een aantal factoren zoals de duur en de ernst van de depressie. Het aantal gesprekken varieert van acht tot maximaal twaalf. De eerste fasen worden besteed aan diagnostiek en de inventarisatie van de interpersoonlijke verhoudingen. Daarna wordt een behandelfocus geformuleerd. IPT kent vier focussen:

- 1 interpersoonlijk conflict, bijvoorbeeld ruzie met zoon of echtgenoot;
- 2 interpersoonlijke rolverandering, bijvoorbeeld de verandering van baan of het krijgen van een kind;
- 3 interpersoonlijk tekort, wat zich uit in een concreet tekort aan persoonlijke contacten;
- 4 rouw, na het overlijden van een naaste, bijvoorbeeld de partner.

Bij het kiezen van de behandelfocus neemt de therapeut initiatief door uit te leggen dat er een verband is tussen de (veranderingen in) interpersoonlijke relaties en de depressie. Om een voorbeeld te geven: rouw na overlijden van een dierbare naaste of verdriet na een scheiding kunnen leiden tot een depressie. Het is van groot belang om de volgende punten in acht te nemen bij het kiezen van een focus. De verandering of gebeurtenis heeft plaatsgehad vóór het ontstaan van de depressie. De focus moet affectief beladen zijn, met andere woorden: het is zichtbaar en voelbaar dat de patiënt emotioneel op de focus reageert.

Na het kiezen van een focus begint de feitelijke behandeling van de depressie. Een uitgangspunt bij IPT is dat de patiënt tijdelijk over minder copingvaardigheden beschikt. Een van de doelstellingen is dan ook om de patiënt te helpen weer in contact te komen met zijn gevoelens, waardoor een intrinsieke motivatie ontstaat om de zaken op te pakken en een positieve draai te geven aan de veranderingen. Tot slot wordt na ongeveer twaalf weken de therapie beëindigd. De laatste twee afspraken worden aan het afsluiten van de therapie besteed. De therapeut kijkt samen met de patiënt terug en de gemaakte vooruitgang wordt besproken. Als de depressie in remissie is en de patiënt voldoende is hersteld, dan wordt er ongeveer vier tot zes weken na de laatste afspraak nog een sessie gepland, een zogenaamde follow-upsessie. In de follow-upsessie wordt bekeken of een onderhoudsbehandeling noodzakelijk is. Indien nodig wordt deze onderhoudsbehandeling voor een jaar afgesproken en zo nodig wordt dit jaarlijks herhaald.

Effectiviteit van IPT

Het is nog onvoldoende bekend of patiënten van niet-westerse herkomst ook profiteren van IPT. Het biopsychosociale model lijkt goed te passen en er is aandacht voor eventuele lichamelijke klachten. De rationale van IPT, namelijk dat veranderingen in het aantal of de aard van belangrijke relaties een depressie kunnen uitlokken bij mensen die daar gevoelig voor zijn, is eenvoudig te begrijpen en de behandeling richt zich dan ook op het steunsysteem van de patiënt. Er is onderzoek dat deze veronderstelling onderbouwt: Bij onderzoek onder depressieve hiv-positieve patiënten (Markowitz et al. 2000) bleek CGT niet effectief onder allochtonen, maar IPT wel en ook effectiever dan ondersteunende therapie. Groeps-IPT was goed toepasbaar en effectief in Oeganda (Bolton et al. 2003). Daar was depressie door rouw massaal aanwezig. Zoals bekend is Oeganda langdurig door oorlog en aids getroffen. In het onderzoek werden Engelssprekende, niet-professionele hulpverleners getraind in groeps-IPT. De behandeling werd gegeven aan groepen mannen en vrouwen apart. De resultaten waren opmerkelijk positief. In eigen land bleek IPT redelijk effectief bij Surinaamse, Turkse en Marokkaanse depressieve patiënten (Blom et al. 2010). De ernst van de depressie bij allochtonen was bij nulmeting én eindmeting hoger, maar de mate van herstel was hetzelfde als bij autochtonen. Opvallend was een hoge drop-out bij de niet-westerse allochtonen (45,9%) ten opzichte van de autochtonen (24,4%). De drop-out was vooral in de eerste fase van de behandeling.

Interculturele psychotherapie en het PsyQ-zorgprogramma Depressie Ambulant

Het zorgprogramma Depressie Ambulant van PsyQ Haaglanden richt zich op patiënten met een (bipolaire) depressie. Therapeuten zijn van mening dat het behandel aanbod onvoldoende effectief is voor de allochtone patiënten. Dit is ernstig, want inmiddels heeft ruim 40% van de nieuw aangemelde patiënten van het zorgprogramma Depressie een andere herkomst dan de autochtoon Nederlandse. Daarnaast is uit eerdergenoemd onderzoek van Blom en anderen (2010) bekend dat drop-out een groot probleem is. Er is daarom een sterke behoefte aan een effectievere therapie voor deze doelgroep.

Omdat IPT een effectieve behandeling van depressie is (Feijo de Mello et al. 2004) en omdat de eerste ervaringen met IPT bij allochtone patiënten positief zijn, is ervoor gekozen om de IPT aan te passen en crosscultureel in gebruik te maken. De wijze waarop dit is gedaan, licht ik later in dit hoofdstuk toe. Ook de grondleggers van IPT menen dat het behandelprotocol soms aangepast moet worden aan een specifieke cultuur (Weissman et al. 2000). Hoewel CGT ook aantoonbaar een effectieve behandeling van depressie is, is daar bewust niet voor gekozen. Voor het crosscultureel maken van CGT is nauwelijks draagvlak

bij de therapeuten van het zorgprogramma. Zij zijn van mening dat CGT minder geschikt is voor de behandeling van allochtone patiënten met een depressie. Besloten is deze aanpassing met onderzoek te ondersteunen.

Het onderzoek naar het effect van IPT bij niet-westerse allochtone patiënten bestaat uit twee delen, namelijk het aanpassen en waar nodig herschrijven van het protocol en het daadwerkelijk toetsen van het effect van het aangepaste protocol. Hierna worden beide delen beschreven. De toetsing dient antwoord te geven op twee vragen: is een aangepast protocol effectief in de behandeling van een depressieve stoornis, en leidt het gebruik van een aangepast protocol tot een lagere drop-out?

Het creëren van de voorwaarden: aanpassing van het IPT-protocol

Voor dit deel van het onderzoek is gebruikgemaakt van een aantal kwalitatieve onderzoeksmethoden: het semigestructureerde focusgroepinterview en de Delphi-methode. Bij een focusgroep wordt een representatieve groep met minimaal zes en maximaal twaalf deelnemers aan de hand van een aantal gespreksonderwerpen over een bepaald thema/probleem bevraagd. De focusgroep in dit onderzoek bestond uitsluitend uit therapeuten, verschillend in geslacht, leeftijd, etnische achtergrond en behandelervaring. Allen zijn geselecteerd op basis van hun kennis en kunde met betrekking tot IPT en/of het werken met cultureel diverse patiënten. Uiteindelijk is er een groep samengesteld die qua etniciteit gelijk is aan de patiëntenpopulatie waarvoor het nieuwe protocol bestemd is. Een onafhankelijke gespreksleider heeft de bijeenkomsten geleid.

Naast de focusgroepbijeenkomsten is er gebruikgemaakt van de Delphi-methode (Gordon & Helmer 1964). Deze methode is erop gericht de mening van een aantal experts over een specifiek probleem te genereren om uiteindelijk tot een consensus te komen en/of helderheid te verschaffen over de overgebleven verschilpunten. De uitkomsten van beide methodes zijn verwerkt in een behandelprotocol en de effectiviteit hiervan wordt in een pilot-onderzoek onderzocht. Na afronding van de pilot zal deze methode weer worden toegepast om een meer definitief behandelprotocol te ontwikkelen.

De focusgroepbijeenkomsten en de Delphi-methode hebben nuttige informatie opgeleverd. Dit heeft onder meer geleid tot de volgende bruikbare aanpassingen van het IPT-protocol: de verlenging van de eerste fase van één naar drie zittingen, standaard uitgaan van zestien weken IPT in plaats van twaalf, standaard met de patiënt een sociogram maken en expliciet aandacht besteden aan de migratiegeschiedenis van de patiënt. De deelnemers hadden verder sterke behoefte aan een instrument om de mate van culturele sensitiviteit te bereiken die zij noodzakelijk achten voor het slagen van de therapie. Dit protocol duid ik verder aan met IPT Cross-Cultureel (IPT-CC). Er is door mij als onderzoeker ge-

kozen om het Culturele Interview in de beginfase van de therapie op te nemen. Dit is aan de focusgroep voorgelegd en deze ging akkoord. Het afnemen van het interview wordt als belangrijke voorwaarde gezien voor het creëren van een effectieve crossculturele behandelsetting. Omdat er per sessie slechts 45 minuten beschikbaar is, ging de voorkeur uit naar het gebruik van de verkorte versie van het Culturele Interview (Groen 2006, 2008). Om het Culturele Interview adequaat te kunnen afnemen is er een gerichte training georganiseerd voor het behandelteam van het zorgprogramma. Deze training is gegeven door Hans Rohlof, die het Culturele Interview ontwikkeld heeft (Rohlof et al. 2002) en als psychiater bij De Vonk veel ervaring heeft in het werken met getraumatiseerde vluchtelingen en asielzoekers.

IPT-CC en het Culturele Interview

Bij IPT-CC is een aantal houdingsaspecten van belang die de therapeut zich eigen dient te maken. Zo begint de therapeut elke zitting met het expliciet verwelkomen van de patiënt: ‘Wat ben ik blij dat u gekomen bent.’ Patiënten van niet-Nederlandse afkomst vinden het vaak moeilijk in therapie te komen en worden makkelijk afgeschrikt door de als afstandelijk en koel ervaren houding van Nederlandse therapeuten. Vanaf de eerste zitting informeert de therapeut ook naar kinderen, echtgenoot en eventueel andere belangrijke steunfiguren. Dit doet hij vóór het begin van de eigenlijke zitting: ‘Hoe gaat het met u? Hoe gaat het met [naam van het kind]?’ Zeker vijf tot tien minuten worden aan dit welkom besteed.

Als de patiënt verstek laat gaan bij een zitting, leidt dit niet tot beëindiging van de therapie. Geprobeerd wordt om de patiënt telefonisch uit te nodigen voor een volgende zitting. Eventueel wordt (een deel van) de zitting telefonisch gedaan. Vooral vrouwelijke patiënten zullen met praktische problemen zitten (zoals kinderopvang). Zeker voor deze groep moet soepel met het wel/niet opdagen omgegaan worden en kunnen sommige zittingen ook telefonisch gedaan worden. Ook te laat komen leidt niet tot stoppen van de behandeling. Integendeel, geprobeerd wordt om wel te bespreken dat gemiste tijd ertoe leidt dat de patiënt zichzelf tekort doet, omdat er immers minder tijd overblijft. Het zoeken naar manieren waarop dit voorkomen kan worden is een gezamenlijke inspanning, de therapeut is zeker niet veroordelend.

Fasen

Er zijn in elke fase van de behandeling verschillen tussen IPT en IPT-CC. Het Culturele Interview speelt alleen in de beginfase een prominente rol. Ik beschrijf verder dan ook alleen deze fase en de plaats van het Culturele Interview daarin.

De beginfase van de therapie beslaat bij IPT-CC vier tot vijf zittingen, twee meer dan in de reguliere IPT. De therapeut maakt uitgebreid kennis met de patiënt en vraagt naar zijn culturele achtergrond. Hiervoor maakt de therapeut gebruik van de verkorte versie van het Culturele Interview (Groen 2008, zie bijlage 4). Hij stelt vragen over de eventuele migratiegeschiedenis en de religieuze beleving van de patiënt. Zoals ook bij reguliere IPT, vraagt de therapeut uitgebreid naar de klachten en legt hij deze uit aan de patiënt. Daarbij maakt hij duidelijk dat een depressie een ziekte is waar iemand weer van kan herstellen. De therapeut besteedt ook aandacht aan lichamelijke klachten als uitingsvorm van de depressie. Uitleg hierover is belangrijk. Ook hier presenteert de therapeut zich nadrukkelijk als ‘dokter’, als degene die verstand heeft van de problemen waarmee de patiënt komt.

Verder wordt standaard ook het sociale netwerk van de patiënt in kaart gebracht. In de IPT-CC maakt de therapeut hiervoor gebruik van een sociogram. Daarin worden de lijnen van communicatie en de verhouding van de patiënt met diens belangrijke naasten uiteengezet. De therapeut let er daarbij op ook belangrijke anderen die niet in Nederland wonen, te bespreken. Hij besteedt hieraan twee sessies en laat vooral de patiënt vertellen. De ervaring leert dat de sociale netwerken van niet-westers allochtone patiënten vaak complex zijn. Daarnaast spelen er veel verschillende problemen tegelijkertijd.

Ook de psycho-educatie verdient in deze fase van IPT-CC speciale aandacht. Standaard wordt de patiënt gevraagd om een belangrijke ander mee te nemen voor psycho-educatie. Deze belangrijke ander hoeft niet per se de levenspartner van de patiënt te zijn, maar kan ook een vriendin of een familielid te zijn. Het meenemen van een minderjarig kind wordt echter afgeraden.

Wat betreft de verdere behandeling is de keuze van de focus niet anders. Wel valt op dat de focus interpersoonlijk tekort nog nooit gekozen is. Bij de keuze voor de focus interpersoonlijk conflict let de therapeut goed op de gekozen woorden. Zo is voor vrouwelijke patiënten met een Surinaams-Hindostaanse culturele achtergrond het openlijk bespreken van conflicten taboe.

De uitkomsten van het onderzoek naar effect

Om na te gaan wat het effect is van IPT-CC, is in het zorgprogramma Depressie Ambulant van PsyQ Haaglanden een kleinschalig onderzoek uitgevoerd onder allochtone patiënten met een Turkse, Marokkaanse en/of Surinaamse achtergrond. De onderzoekspopulatie gaat uit van een onderzoekspopulatie van twintig patiënten. Inclusiecriteria zijn: een depressieve stoornis volgens de criteria van de DSM-IV-TR; eerste of tweede generatie niet-westerse allochtoon en voldoende beheersing van de Nederlandse taal om psychotherapie te kunnen volgen zonder hulp van een tolk. Daarnaast moet de patiënt in staat zijn de vragenlijsten zelfstandig in te vullen. Er zijn vijf meetmomenten; drie voor en tijdens de be-

handeling en twee follow-upmetingen (na één en zes maanden). Bij alle meetmomenten werden de Quick Inventory of Depressive Symptomatology – Self Report (QIDS-SR), Inventory of Depressive Symptomatology (IDS-C) en Symptom Checklist-90 (SCL-90) afgenomen, alsook het Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), behalve bij de tweede meting halverwege behandeling.

In de periode september 2009 tot juli 2010 zijn in totaal 43 patiënten gescreend en 29 geïncludeerd. De uitsluiting van veertien patiënten voor deelname aan het onderzoek heeft verschillende redenen. De meest voorkomende is dat de patiënt in kwestie niet wilde deelnemen aan het onderzoek en dat het invullen van de vragenlijsten als belastend beschouwd werd. Van de geïncludeerde patiënten stopten vijf patiënten voortijdig (dat wil zeggen binnen zestien weken) met de behandeling. Hun klachten waren bij aanvang al verminderd of er was sprake van ernstig somatisch lijden. Twee maal bleek er geen indicatie voor IPT te zijn, en één patiënt zag zelf van behandeling af. Bij vier van de 29 patiënten was er sprake van drop-out, omdat deze na een aantal sessies niet meer op de afspraken kwamen opdagen. Dit brengt het drop-outpercentage op 27,5%. De drop-outgroep bestond uit vrouwen; drie van de vier hadden een Surinaams-Hindostaanse achtergrond en één een Turkse achtergrond.

Uiteindelijk volgen 11 mannen en 18 vrouwen de behandeling tijdens de pilot-study, 22 van de eerste generatie allochtonen en 7 van de tweede. Wat betreft culturele identiteit is de verdeling: 17 Surinaams-Hindostaanse, 6 Marokkaanse en 6 Turkse patiënten. Bij het schrijven van dit hoofdstuk bevindt de studie zich nog in een afrondende fase. De laatste groep patiënten stroomt uit en de analyse van de onderzoeksdata is gestart. De hier genoemde resultaten zijn voorlopig en onder voorbehoud. IPT-CC lijkt effectief: Wat betreft de belangrijkste uitkomstmaten lijkt er sprake te zijn van een daling van de score op de QIDS-SR en de IDS-C. Bij de nulmeting is de gemiddelde score op de QIDS-SR 16,88 en na acht weken IPT-CC is dit gemiddelde gedaald naar 15,00. Ook bij de IDS-C is er een daling in de gemiddelde score te zien. Bij de nulmeting is de gemiddelde score 38,67 en na acht weken IPT-CC is de score gemiddeld 28,83.

Tot slot

Zover nu is te overzien is IPT-CC een effectieve en doelmatige behandeling voor patiënten met een niet-westerse achtergrond. Zowel hulpverlener als patiënt geven het Culturele Interview een positieve beoordeling. Met behulp van het Culturele Interview worden de kaders van de leef- en beleavingswereld van de patiënt duidelijk voor zowel patiënt als hulpverlener. Het is een bruikbaar middel gebleken om ruimte te geven aan psychotherapeutische interventies. De beschreven aanpassingen hebben meerwaarde. Het drop-outpercentage blijkt

in deze pilotstudy sterk verminderd te zijn ten opzichte van de studie van Blom en anderen (2010): 27,5% versus 49.6%. Ook het effect lijkt voldoende positief, hoewel de definitieve eindresultaten nog moeten worden vastgesteld. Het lijkt erop dat het Culturele Interview hierin een belangrijke bijdrage heeft geleverd. Het heeft in ieder geval positief bijgedragen aan het ontwikkelen van culturele sensitiviteit. Daarnaast realiseert het afnemen van het interview de voorwaarden (kennis, behandelrelatie) voor de crossculturele behandeling van niet-westerse allochtone patiënten met een depressie. Verder onderzoek blijft echter noodzakelijk.

A stylized world map in a light orange color, serving as the background for the entire page. The map shows the outlines of continents and major landmasses.

Casus 1

Het Culturele Interview en de dynamiek van cultuur

Femke Boers-Grünefeld

Als antropoloog wordt mij regelmatig de vraag gesteld of ik kan uitleggen hoe iets werkt in een bepaalde cultuur. Als eerste antwoord ik dan altijd dat die cultuur niet bestaat. De variatie in denken en gedrag binnen een cultuur kan soms groter zijn dan tussen verschillende culturen onderling. Niet iedereen met een bepaalde culturele achtergrond hecht aan dezelfde waarden. En culturele waarden binnen een cultuur zijn ook aan verandering onderhevig. Cultuur is dus niet iets dat vastligt en determineert hoe mensen zich gedragen, maar cultuur is veranderlijk en wordt geconstrueerd door mensen.

Het Culturele Interview is bij uitstek een methode om recht te doen aan dit dynamische karakter van cultuur. Met behulp van het Culturele Interview kijk je immers naar een persoon en welke culturele waarden voor hem of haar belangrijk zijn. Dat hoeven niet dezelfde waarden te zijn als waar een ander met dezelfde culturele achtergrond belang aan hecht. Bovendien kunnen deze waarden ook veranderd zijn gedurende iemands leven. Het Culturele Interview voorkomt op deze manier dat je in stereotypen van ‘een bepaalde cultuur’ vervalt, terwijl het er tegelijkertijd voor zorgt dat je niet voorbijgaat aan het belang van de culturele achtergrond voor een individu. De vraag zou derhalve niet moeten zijn hoe iets in een bepaalde cultuur werkt, maar hoe een cultuur werkt voor de persoon waar je mee te maken hebt.

Wanneer je meerdere culturele interviews hebt gehouden met personen met dezelfde culturele achtergrond, zal je opvallen dat iedereen die cultuur op eigen wijze inkleurt en vormgeeft en dat cultuur dus zeker niet statisch is. Maar ook een enkel interview kan je al de dynamiek van cultuur laten zien, omdat elke persoon tijdens zijn leven met meerdere culturele normen in aanraking zal zijn gekomen en daar zijn eigen draai aan heeft gegeven. Met onderstaande casus wil ik illustreren hoe het dynamische karakter van cultuur met behulp van het Culturele Interview zichtbaar kan worden.

Introductie van de casus

Meryem Y. is een Turkse vrouw van 46 jaar die vanwege angstklachten onder behandeling is bij een ambulante psychiatrische instelling in het westen van het land. De behandelend psychiater zit in een impasse, omdat er weinig verbeterd is in de situatie van zijn cliënte. Hij vraagt zich af of er mogelijk nog culturele blinde vlekken zijn waar niet goed naar gekeken is en schakelt mijn hulp in. Ik werk op dat moment als antropoloog bij Phoenix, een psychiatrische kliniek voor asielzoekers en vluchtelingen in Wolfheze, en wordt zo nu en dan ingezet om bij cliënten uit andere instellingen een Cultureel Interview af te nemen. Zo ook bij Meryem.

Ik heb twee keer met behulp van een (telefonische) tolk een uitgebreid gesprek met Meryem in de instelling waar zij onder behandeling is. De gesprekken volgen wat betreft onderwerpen het Culturele Interview, maar ik wijk hier

en daar ook af van de exacte vragen. Als ik weinig respons krijg op een vraag, probeer ik hem op een andere manier te stellen en als ik vermoed dat een onderwerp van specifiek belang is voor Meryem, vraag ik uitgebreid door, om zo echt háár verhaal naar voren te krijgen.

In eerste instantie is mijn blik tijdens het interview met name gericht op mogelijke culturele aspecten in de ziektebeleving van Meryem, omdat ze zegt bang te zijn voor geesten en dit mij niet onbekend voorkomt bij cliënten met een islamitische achtergrond. Maar tijdens de gesprekken verandert deze focus, omdat uit haar verhaal blijkt dat er juist op het psychosociale vlak belangrijke culturele aspecten een rol lijken te spelen, die haar angstklachten wel eens mede in stand kunnen houden.

Culturele achtergrond

Meryem Y. is afkomstig uit een boerenfamilie uit een klein dorp in de provincie Isparta ten zuidwesten van Ankara. Ze vertelt dat de dorpelingen een nauwe band met elkaar hadden en dat familieleden zeer nauw bij elkaar betrokken waren. Zoals ze het zelf uitdrukt was haar familie 'haar alles'.

Meryem was de jongste van vijf kinderen. Haar oudere broers en zussen waren al grotendeels het huis uit en naar Nederland vertrokken, in de tijd dat zij opgroeide. Haar grootvader van vaderskant woonde lange tijd bij hen in huis. Ook de kinderen van haar broer groeiden bij hen op. Over haar jeugd vertelt ze dat er op meisjes veel druk werd uitgeoefend. Ze mocht niet alleen naar buiten, niemand in de ogen kijken en geen contact zoeken met andere meisjes wanneer ze water ging halen. Ze vertelt dat ook andere meisjes in het dorp veel verplichtingen hadden, maar dat het in haar familie wel extreem was. Na de tweede klas van de basisschool mocht ze niet meer naar school en kreeg ze taken in huis. Ze hielp haar moeder in het huishouden en kwam weinig buiten. Wel ging ze met haar moeder samen bij mensen op bezoek.

Religie speelde naar haar eigen zeggen geen grote rol in haar opvoeding. Ze groeide wel als soennitisch moslim op, maar zij en haar ouders kwamen niet vaak in de moskee. Religieuze feestdagen werden doorgebracht met bezoek aan oudere familieleden.

Op zestienjarige leeftijd haalde haar vader Meryem en haar moeder naar Nederland, waar hij zelf al eerder heen was vertrokken om werk te zoeken. Op papier werd doorgegeven dat ze achttien was, zodat ze niet meer aan de leerplicht hoefde te voldoen. Op de vraag wat haar eerste indruk was van Nederland, geeft ze aan dat er voor haar niet zo veel veranderde, omdat ze nog steeds veel thuis zat en nauwelijks buitenkwam.

Toen Meryem vijf jaar in Nederland woonde, werd zij door haar ouders uitgehuwelijkt aan een man afkomstig uit hetzelfde dorp in Turkije. Ze kende hem nog niet goed. Haar huwelijk omschrijft ze als zeer slecht. Haar echtge-

noot is psychiatrisch patiënt, legt ze uit. Maar omdat het de wens is van haar familie, heeft ze besloten wel bij hem te blijven.

In de gesprekken met Meryem komt duidelijk naar voren dat zij zich sterk verbonden voelt met haar culturele achtergrond. Ze heeft, naar eigen zeggen vanwege de taalbarrière, maar weinig contacten met Nederlanders en de kennissen die ze in Nederland heeft zijn met name van Turkse afkomst. Ze keert nog regelmatig terug naar haar geboortedorp in Turkije (toen haar moeder nog leefde eens per jaar, nu ongeveer eens per twee jaar) en hecht veel aan de familieleden die ze vroeger heeft meegekregen. Wel noemt ze ook dat ze het prettig vindt dat ze in Nederland veel meer op zichzelf kan leven en niet zo veel bemoeienis van haar familie heeft. Ze geeft aan hier meer mogelijkheden te hebben dan in Turkije. Op de vraag waar ze het liefst wil wonen, antwoordt ze het liefst in de buurt van haar kinderen te wonen, of dat nu in Nederland of Turkije is.

(Culturele) ziektebeleving

Meryem Y. is al van jongs af aan angstig. Haar angsten zijn verergerd sinds haar moeder een paar jaar geleden overleden is. Ze is bang voor geesten, zo vertelt ze. Ze kan ze niet letterlijk zien, maar voelt hun aanwezigheid wel en ze bezoeken haar in haar dromen. Ze is bang dat de geesten haar achtervolgen en haar aanraken en durft daardoor vrijwel niets meer alleen. Ze zorgt vaak dat ze met haar rug tegen een muur staat, zodat de geesten haar niet van achter kunnen aanvallen. Als ik verder doorvraag over deze geesten, vertelt Meryem dat de geesten er uitzien als overleden personen die ze heeft gekend. En dan niet zoals deze personen er tijdens hun leven uitzagen, maar zoals hun lichamen er uitzagen op het moment dat ze al overleden waren, de lijken als het ware.

Het geloof in boze geesten (in het Turks *cinler* [spreek uit: dzjinler], in het Arabisch *žnun* [spreek uit: zjnoon] ofwel *djinns*) is in sommige islamitische kringen geen vreemd verschijnsel. Deze geesten kunnen bij de mens allerlei ziekten en problemen veroorzaken en kunnen bij tijd en wijle ook de vorm van een mens aannemen. Maar als ik met Meryem over *cinler* kom te spreken, geeft ze aan dat boze geesten niet hetzelfde zijn als de geesten van overleden personen waar zij bang voor is. Hoewel ze *cinler* ook eng vindt, is dit niet haar grootste angst.

Op de vraag waar ze allemaal hulp gezocht heeft voor haar angsten vertelt ze via de huisarts terecht gekomen te zijn bij de ambulante instelling waar ik met haar spreek. Ook is ze op vakantie in Turkije door haar broers en zussen naar een *hoca* (spreek uit *hodja*; een Turkse islamitische genezer) gestuurd, maar dit was naar eigen zeggen tegen haar zin in. Ze geeft aan na lange ervaring met deze genezers vanwege haar zieke man, niet meer te geloven in hun hulp. Het

bezoek aan een hoca in Turkije heeft haar alleen maar meer in de war gebracht, zegt ze. Ze draagt ook geen amuletten (*muska*) meer om haar tegen cinler en ander kwaad te beschermen. Zo nu en dan reciteert ze wel Koranteksten, maar daar heeft ze volgens haar tot nu toe nog geen baat bij gehad.

In de ziektebeleving van Meryem lijken minder culturele aspecten een rol te spelen dan ik in eerste instantie verwachtte. De manier waarop ze haar angsten beschrijft, lijkt niet te wijzen op een specifiek cultuurgebonden syndroom en er zijn weinig aanknopingspunten voor een cultuurspecifiek verklaringsmodel. Maar dat culturele factoren via een andere route wel invloed zouden kunnen hebben op de angsten van Meryem, begon ik te vermoeden toen ik in gesprek raakte over haar psychosociale situatie.

Culturele aspecten in het psychosociale milieu

Meryem Y. heeft weinig contact met mensen. Ze vertelt dat ze thuis vaak haar gordijnen sluit en het liefst op de bank wil liggen. Ze vindt het moeilijk en vermoeiend om met mensen in gesprek te raken. Voor haar gevoel krijgt ze nauwelijks steun van haar familie (broers en zussen). Dat was anders toen haar moeder nog leefde. Haar moeder verplichtte haar broers en zussen als het ware om goed voor Meryem te zorgen, zo legt ze uit. Meryem had immers ook voor haar familie gekozen om bij haar zieke man te blijven en had daarom ook recht op hun hulp (die haar man haar niet kon bieden). Maar na het overlijden van haar moeder veranderden de verhoudingen. Het bezoek aan de hoca in Turkije ziet Meryem als een typische schijnheilige vertoning waarmee haar broers en zussen zogenaamd wilden laten zien dat ze nog interesse in haar toonden, terwijl ze zich in Nederland vervolgens niet meer met haar bemoeiden.

Vlak voor het overlijden van haar moeder is Meryems dochter via uithuweliking getrouwd met een bekende van de familie. Meryems moeder heeft een grote hand gehad in dit gearrangeerde huwelijk. Omdat Meryems man ziek was, gaf haar moeder aan haar broer de opdracht een goede partner voor de dochter te vinden. Meryem heeft dat niet tegengehouden en is boos op zichzelf dat ze niet tegen haar moeder in is gegaan, net zoals ze dat niet durfde toen ze zelf werd uitgetrouwd. Haar dochter is nu ook ongelukkig getrouwd, zegt ze. Ze voelt zich daarom ook boos op haar moeder, terwijl ze haar tegelijkertijd erg mist.

Meryem worstelt sterk met de veranderde familieverhoudingen sinds haar moeders overlijden. Ze is boos dat haar broers en zussen haar niet de steun geven waar ze vindt dat ze recht op heeft. Ze is verdrietig dat ze haar moeder, die een belangrijke rol speelde in het bij elkaar houden van de familie, nu moet missen. Tegelijkertijd voelt ze zich schuldig dat zij haar dochter niet heeft kunnen beschermen tegen de druk van de familie om met een bekende

te trouwen en zou ze haar dochter het liefst beschermen tegen deze familie-bemoeienis.

Afronding van de casus

In de gesprekken die ik voerde met Meryem Y. werd het duidelijk dat niet zozeer haar specifieke angstklachten cultureel gekleurd zijn, maar dat er een onderliggend sociaal probleem een rol lijkt te spelen dat wel degelijk cultureel gekleurd is. Meryem is opgegroeid met belangrijke waarden omtrent familie-trouw en hoewel ze het enerzijds prettig vindt in Nederland minder bemoeienis te hebben van haar familie, heeft ze tegelijkertijd veel verdriet van het feit dat haar broers en zussen weinig aandacht hebben voor haar problemen. Terwijl ze nog wel de sociale verplichtingen voelt ten aanzien van haar familie (zoals met haar eigen gearrangeerde huwelijk en dat van haar dochter), krijgt ze er niet meer de automatische sociale steun voor terug zoals die in het land van herkomst gebruikelijk was. Het missen van die sociale steun kan een rol spelen bij het instandhouden van haar angstklachten. Het feit dat haar angstklachten zijn toegenomen op het moment dat haar moeder overleed, versterkt dit vermoeden. Haar moeder was immers degene die haar zowel aan de sociale verplichtingen hield, als ervoor zorgde dat zij steun van haar familie bleef ontvangen.

Tot slot

Het Culturele Interview is een goede methode om een individu in zijn of haar culturele context te plaatsen, zonder daarbij voorbij te gaan aan het dynamische karakter van cultuur. Bovenstaande casus illustreert dit. Cultuur is geen statisch gegeven dat determineert hoe iemand zich gedraagt. Wat door de ene persoon met een bepaalde culturele achtergrond belangrijk wordt gevonden hoeft dat voor een ander met diezelfde culturele achtergrond niet te zijn. Daarbij worden culturele waarden voortdurend opnieuw gevormd en aangepast. Elk individu geeft op eigen wijze kleur en invulling aan verschillende culturele elementen waarmee hij in de loop van zijn leven in aanraking is gekomen. Dat maakt cultuur dynamisch. Het Culturele Interview is juist doordat het vanuit het individu naar cultuur kijkt, zeer geschikt om het dynamische karakter van cultuur zichtbaar te maken.

In de beschreven casus zien we terug dat wat voor de ene persoon met een bepaalde culturele achtergrond geldt, voor de ander minder of niet van belang hoeft te zijn. Het feit dat ik mij in eerste instantie focuste op het ziektebeeld van Meryem, kwam doordat haar angst voor geesten mij in eerste instantie deed denken aan de angst voor cinler (of djinns), zoals ik dat vaker was tegen-

gekomen bij cliënten met een islamitische achtergrond. Maar in het gesprek bleek dat dit vooral een vooroordeel van mij was over haar culturele achtergrond. Voor Meryem speelden andere culturele elementen een belangrijkere rol.

Ook het feit dat culturele waarden aan verandering onderhevig zijn komt terug in deze casus. De worsteling van Meryem met de veranderde familieverhoudingen laat in feite tevens een worsteling zien met veranderende culturele waarden. Het grote belang dat de moeder van Meryem nog hechtte aan familiebanden, lijkt door Meryem en haar broers en zussen al minder belangrijk te worden gevonden. Ondanks dat Meryem de steun van haar broers en zussen mist, geeft ze ook aan het prettig te vinden minder bemoeienis vanuit de familie te hebben. De waarde die gehecht wordt aan familiebanden, is niet rigide en onveranderlijk, maar juist fluïde en variabel.

Deze casus laat zien dat het belangrijk is de culturele achtergrond van een persoon te kennen, maar laat tegelijkertijd zien dat je daarvoor niet op zoek moet gaan naar een antwoord op de vraag hoe die cultuur werkt. Je zult eerder moeten zoeken naar een antwoord op de vraag aan welke culturele elementen die persoon betekenis ontleent. Het Culturele Interview is een goed hulpmiddel om dat antwoord te vinden. Op die manier helpt het interview om cultuur niet als statisch, maar als dynamisch verschijnsel te benaderen.



Hoofdstuk 4

Het belang van contextualiseren: het Culturele Interview bij De Evenaar

Simon Groen

Sinds 2005 neem ik als cultureel antropoloog bij De Evenaar het Culturele Interview af bij vrijwel alle patiënten. Het verslag is onderdeel van het patiëntendossier en komt aan de orde in behandelplanbesprekingen. Dit hoofdstuk richt zich op de plaats van het Culturele Interview in de intake, de diagnostische en de behandelfase. Ik schets eerst de werkwijze en organisatie van De Evenaar. Dat is nodig, omdat het Culturele Interview niet los te zien is van de behandelvormen, het multidisciplinaire behandelteam en de klachten van de patiënten in deze instelling. Daarna beschrijf ik de toepassing van het Culturele Interview, waarbij ik ook zal ingaan op de rol van mij als antropoloog hierin. Elders in dit boek is een beschrijving van een casus uit mijn praktijk te vinden (zie casus 2).

De Evenaar

Vanwege de toestroom van asielzoekers en vluchtelingen bij GGZ Drenthe besloot de Raad van Bestuur in 2002 een afdeling op te zetten voor deze patiënten. Reden was dat behandelingen vaak vastliepen en behandelaars niet goed wisten wat ze met deze patiënten aan moesten. ‘Zorg ervoor dat wij ze beter kunnen begrijpen, zodat wij minder onmachtig worden’, was de opdracht van de Raad van Bestuur. Met die opdracht werd De Evenaar, officieel geopend in 2003, een centrum voor dagbehandeling van asielzoekers en vluchtelingen gericht op het hanteerbaar maken van de klachten. De dagbehandeling werd in 2008 uitgebreid met een polikliniek.

De dagbehandeling bestaat uit drie typen groepen: een oriëntatiegroep, een behandelgroep voor mannen en een voor vrouwen, en een nazorggroep. Elke groep staat voor een fase in de behandeling. De nazorggroep komt één dag per week bij elkaar; de overige groepen twee dagen per week. De oriëntatiegroep dient ter observatie en verfijning van de diagnostiek en duurt gemiddeld acht tot tien weken. Na die tijd besluit het team of de patiënt door kan stromen naar een behandelgroep. In de behandelfase zijn er gescheiden groepen voor mannen en vrouwen omwille van het gevoel van veiligheid. Als de psychische toestand van een patiënt stabiel is en de klachten onder controle zijn, gaat hij door naar de nazorggroep. Daar richt de zorg zich op het consolideren van het behandelresultaat en ondersteuning bij eventuele terugval. In 2004 is daarnaast een laagfrequente nazorggroep opgezet van één dag per drie weken.

Patiënten die niet in een groep kunnen functioneren, verslaafd zijn of door een psychotische stoornis een dagprogramma niet kunnen volgen, worden niet tot de dagbehandeling toegelaten. Verder is enige kennis van het Nederlands een voorwaarde voor dagbehandeling. Nederlands is de voertaal in de groepen.

In de behandeling gaat het team uit van het sskk-model (Stress, Steun, Kracht

en Kwetsbaarheid) (Laban et al. 2009). Er wordt gewerkt aan het versterken van de kracht van de patiënt en diens steunbronnen en aan een balans tussen de draaglast en de draagkracht van de patiënt. Aan het einde van de oriëntatiefase stelt een sociotherapeut vast welke de stress- en kwetsbaarheidsfactoren zijn en welke kracht- en steunbronnen daartegenover staan.

Een voorbeeld

Stress Geen contact met familie in land van herkomst, acculturatieproblemen, verwijten van landgenoten, kinderen

Steun Partner, De Evenaar, kerkleden, VluchtelingenWerk

Kracht Intelligentie, Nederlandse taalvaardigheid, doorzettingsvermogen, geloof

Kwetsbaarheid Schuldgevoel, wisselende stemmingen, nachtmerries

In de polikliniek komen patiënten op afspraak voor individuele gesprekken bij een behandelaar. Daarnaast kunnen ze individuele en/of groepsmodules volgen, waarin het meer gaat om ‘doen’ dan om ‘praten’. Een patiënt kan eens in de drie weken een afspraak hebben bij een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige (spv’er), periodieke afspraken met de psychiater over medicatie en daarnaast individuele psychomotore therapie en een groepsmodule voor biofeedback (hartritme-coherentie) volgen.

De keuze voor dagbehandeling of poliklinische behandeling is aan de behandelaar. Deze kan kiezen voor dagbehandeling als een patiënt bijvoorbeeld chronisch getraumatiseerd is, maar wel gemotiveerd is om te leren omgaan met de klachten. Als de klachten minder hevig zijn, maar iemand wel ondersteuning nodig heeft, dan kan een behandelaar kiezen voor een poliklinische behandeling. Dat kan ook afhangen van een inburgeringstraject of werk, waardoor dagbehandeling van twee dagen per week te intensief is.

Organisatie van De Evenaar

De Evenaar heeft een multidisciplinair team dat bestaat uit ongeveer twintig personen: twee psychiaters, een psycholoog, een psychodiagnostisch medewerker, een cultureel antropoloog, een systeemtherapeut, drie SPV’ers, twee sociotherapeuten, vier vaktherapeuten, drie secretariaatsmedewerkers en een teammanager. Iedere therapeut en behandelaar, en ook ik als cultureel antropoloog, levert een eigen bijdrage in de oriëntatie-, behandel- en nazorgfase. De psychiater is eindverantwoordelijk en stelt het behandelplan op. In dit team worden alle bevindingen besproken en het behandelplan vastgesteld. De therapeuten van de dagbehandeling werken vanuit een vierwekelijks thema dat voor alle patiëntengroepen geldt (onder andere emoties, spanning en ontspanning, slapen).

Na verwijzing naar De Evenaar worden er voor de patiënt afspraken gemaakt voor twee intakegesprekken: het psychiatrisch onderzoek met een spv'er of psycholoog én een psychiater, en het Culturele Interview met mij. In het psychiatrisch onderzoek staan de klachten centraal. De patiënt krijgt twee vragenlijsten (de Harvard Trauma Questionnaire en de Hopkins Symptoms Checklist) mee met het verzoek deze in te vullen en bij de volgende afspraak mee te nemen. Na bespreking van deze gesprekken in het intake-team besluit de eindverantwoordelijke psychiater welk behandeltraject wordt uitgezet voor de patiënt.

Waarom een antropoloog bij De Evenaar?

Het behandelhoofd van De Evenaar wilde van meet af aan een cultureel antropoloog in het behandelteam om de andere leden te voeden met kennis en hen te leren zich continu bewust te zijn van wat patiënten bedoelen met wat het is 'om anders te zijn', dus bewust te zijn van de culturele achtergronden van patiënten. Zijn taak is de culturele achtergronden van patiënten in beeld te brengen en inzicht te bieden in de verwoording van hun klachten. Doel daarvan is om antwoord te krijgen op de vraag of er een andere aanpak nodig is dan in de reguliere zorg gebruikelijk is. Westers geschoolde psychiaters, ook die van De Evenaar, kunnen immers de neiging hebben tot psychologiseren. De toegevoegde informatie uit het Culturele Interview verbetert de werkrelatie en schept vertrouwen. Binnen De Evenaar wekt het nog altijd verbazing dat andere instellingen die met asielzoekers en vluchtelingen te maken hebben, geen antropoloog in dienst nemen (zie ook Laban 2010).

Ik heb als antropoloog de taak hulpverleners te ondersteunen met kennis over de culturele achtergronden van asielzoekers en aanbevelingen te doen om vertrouwensgroei tussen patiënten en hulpverleners te bewerkstelligen. Het is mijn toegevoegde waarde mensen in hun context te plaatsen. Hulpverleners hebben de neiging om uit het oog te verliezen hoe mensen zijn ingebed in hun familie en in hun context. Ik moet in mijn rol als antropoloog een ondersteunende, kritische en marginale houding van een buitenstaander innemen (Laban 2010). Iemand die kijkt, adviseert, die soms deel uitmaakt van de behandeling maar soms ook niet. Dat is om fris, toevoegend en kritisch te kunnen blijven en een spiegel te kunnen voorhouden aan een patiënt of behandelaar. Soms ben ik als antropoloog wel betrokken bij de behandeling, als een soort *cultural broker* (Jezewski & Sotnik 2001), continu heen en weer pendelend tussen patiënt en behandeling. In de module Mensen & Cultuur voor patiënten (zie verderop) schets ik bijvoorbeeld hoe in Nederland gedacht wordt over ziekte en zorg en vraag ik hoe dat in verhouding staat tot hoe daar in landen waar patiënten vandaan komen over wordt gedacht. Op die manier kan een antropoloog een brugfunctie vervullen. Door middel van het Culturele In-

terview is die brugfunctie veel concreter te maken. Ik kan mijn rol als antropoloog veel tastbaarder maken, omdat ik bij vrijwel alle patiënten navraag hoe hun culturele achtergrond samenhangt met hun klachten. Een gevolg daarvan is dat de culturele achtergrond van patiënten onderdeel is gaan uitmaken van besluitvorming, planning en evaluatie in het diagnostisch en hulpverleningsproces.

Waarom het Culturele Interview bij De Evenaar?

Toen ik als cultureel antropoloog bij De Evenaar werd aangesteld, heb ik het Culturele Interview (Rohlof et al. 2002) geïntroduceerd. Omdat dit is bedoeld om meer te weten te komen over de culturele achtergrond van patiënten en hoe zij denken over hun klachten, leek het de leiding van De Evenaar geschikt voor de doelgroep. Het paste in de opdracht van de Raad van Bestuur: 'Zorg dat wij ze beter begrijpen.' Begrip vraagt kennis van de patiënt en zijn achtergrond. Dat geldt ook in de hulpverleningsrelatie en kan er zo toe leiden dat de behandeling beter aanslaat. Het Culturele Interview past ook in de holistische benadering van het multidisciplinaire team van De Evenaar. Daarbij gaat het niet alleen om de klachten, maar ook om hoe iemand zelf de kracht kan vinden om met die klachten om te gaan. Ook daarvoor is het nodig meer van die persoon te weten dan zijn klachten. Bovendien overbruggt het Culturele Interview cultuurverschillen tussen patiënt en behandelaar (Beijers & Tempelman 2009). En het risico dat die cultuurverschillen een kloof zouden slaan tussen patiënt en behandeling was bij De Evenaar duidelijk aanwezig. Door met het Culturele Interview expliciet aandacht te vragen voor het culturele en dat tot een vast agendapunt te maken in de besprekingen, wil De Evenaar de ontwikkeling van culturele competenties bij medewerkers bevorderen.

Aanvankelijk werd het Culturele Interview van Rohlof en anderen (2002) gebruikt. Na een jaar is dat met een antropologische blik herijkt. Eerst werden de vragen geherformuleerd en vervolgens is er een kortere versie ontwikkeld. De vragen werden concreter, indirecter en informeler:

- Concreter, omdat in de oorspronkelijke formuleringen in het Culturele Interview van Rohlof een mate van abstract denken van patiënten wordt verondersteld die niet altijd kan worden verwacht. Patiënten hadden bijvoorbeeld moeite met de formulering: 'Tot welke etnische groep behoort u officieel?'
- Indirecter, omdat Nederlanders gewend zijn om direct een probleem op tafel te leggen, waar dat in andere culturen niet gebruikelijk is.
- Informeler, omdat sommige formuleringen patiënten te onduidelijk bleven. Kennelijk was de culturele afstand te groot, getuige het grote aantal tegenvragen dat patiënten stelden tijdens de afname van het Culturele Interview van Rohlof en anderen.

Evaluatie

De korte versie (Culturele Interview – versie Groen, CI-G) is geëvalueerd en op inhoudsvaliditeit vergeleken met het Culturele Interview van Rohlof (Groen & Laban 2011). Het team wilde ook weten wat patiënten van het Culturele Interview vonden. De resultaten van dat onderzoek kwamen er kortweg op neer dat de verkorte versie veel minder tijd in beslag nam, zowel in afname als in verslaglegging, dan de oorspronkelijke versie, maar dat de bijdragen uit het interview aan het behandelplan op zijn minst dezelfde elementen bevat dan voorheen. Patiënten stelden aanzienlijk minder vragen ter verduidelijking dan bij het oorspronkelijke Culturele Interview, waardeerden de verkorte versie positiever en gaven zelf vaker aan alle vragen goed te hebben begrepen. Sinds 2006 wordt bij De Evenaar het CI-G gebruikt.

De ontwikkeling van het Culturele Interview bij De Evenaar heeft sinds de introductie in 2004 een grote vlucht genomen. Na het aanvankelijke pionieren krijgt het Culturele Interview en de daaruit voortvloeiende culturele formulering steeds meer een vaste plek in de behandeling en in de organisatie. De invloed van informatie uit het Culturele Interview op het verloop van de behandelplanvergadering neemt toe, behandelaren gaan inzien dat ze veel meer mogelijkheden zien in hun aanpak van de klachten en patiënten geven blijk het te waarderen.

Waarom een antropoloog het Culturele Interview afneemt

In lezingen, workshops en trainingen die ik geef over het Culturele Interview en de toepassing ervan bij De Evenaar, is een veelgestelde vraag of een antropoloog het moet afnemen. Dat is geen makkelijk te beantwoorden vraag, omdat het mijn overtuiging is dat het Culturele Interview zo breed mogelijk gebruikt zou moeten worden, maar dan wel op een adequate manier. Bovendien is er een verschil tussen de toegevoegde waarde van het Culturele Interview en van een antropoloog. Het Culturele Interview is niet bedacht door een antropoloog, maar door een psychiater en vier studenten psychologie. Toch is het doorspekt met antropologisch gedachtegoed: culturele identiteit, etnische groep, vragen over acculturatie en identificatie met de Nederlandse samenleving, de eigen kijk op en beleving van ziekte, steun- en stressfactoren in de eigen cultuur, verwachtingen ten opzichte van de hulpverlener vanuit de eigen cultuur. Dit zijn onderwerpen die in een studie antropologie aan de orde komen. Enige kennis daarvan lijkt onontbeerlijk voor de gebruiker, omdat hij zal moeten bepalen wat bijvoorbeeld de invloed is van de etnische groep waar een patiënt zich toe voelt behoren op de bredere sociaal-culturele context in de omgeving van herkomst, en de invloed die dat heeft op de ziektebeleving. Bij De Evenaar is het Culturele Interview een aanvulling op de intake en de diagnostiek. De resulta-

ten uit het Culturele Interview zullen daarom door een verantwoordelijk behandelaar altijd geïnterpreteerd worden binnen de medisch-psychiatrische context. Waarom is een antropoloog dan nodig?

Argumenten

Kennis van hoe in de antropologie gedacht wordt over begrippen als culturele en etnische identiteit, sociale contacten, acculturatie, ziekte en gezondheid, het belang van familie en hulpverlening vanuit verschillende culturele perspectieven, maakt in mijn ogen het afnemen van het Culturele Interview sterker. Als een patiënt bijvoorbeeld van Koerdische afkomst is, dan probeert een antropoloog een sociaal-culturele constructie te maken vanuit de *native's point of view* en zo veel mogelijk culturele aspecten die van belang kunnen zijn te betrekken bij die culturele identiteit.

Bij De Evenaar vindt vervolgens een vertaalslag plaats naar wat die aspecten betekenen voor de interpretatie van iemands klachten. Daarin onderscheidt in mijn ogen een antropoloog zich van een hulpverlener. Belangrijk vind ik dat antropologen vaak uitgaan van iemands denken en doen als een sociaal-culturele constructie. Wat 'normaal' of 'abnormaal' is, is geen absoluut gegeven, maar contextgerelateerd. Het voert hier te ver om in te gaan op de discussie dat er grenzen zijn aan dit relativisme c.q. constructivisme (vgl. Tempelman 1999).

Uit verwijzingen blijkt vaak dat de verwijzer iemands gedrag als vreemd bestempelt en zijn vraagtekens verbindt met de culturele achtergrond van de patiënt. Tussen de regels door lees ik: 'Dat zal daar wel gewoon zijn.' Ik merk zelden dat een verwijzer zijn impliciete verwijzing naar de cultuur van de patiënt op juistheid nagaat. Die verwijzer lijkt eraan voorbij te gaan dat iemand die opgroeit in een bepaalde omgeving en reageert op situaties vanuit de normen en waarden die hij heeft meegekregen, in zijn reacties niet wezenlijk hoeft te verschillen van iemand die opgroeit in een andere omgeving en die handelt vanuit andere normen en waarden.

Ik zie ook grote winst in het streven van antropologen om iemands gedrag of gedachten in de context van tijd en plaats te zien. Een voorbeeld daarvan is het huwelijk tussen een Armeense man en een Azerbeidjaanse vrouw uit het Nagorno-Karabach van 1995 plaatsen in de context van de spanningen vanaf eind jaren tachtig: de oorlog begin jaren negentig en de druk op Azerbeidjanen om de regio te verlaten en het hoge risico van verstoting in de jaren daarna. Ook een hulpverlener die geen antropoloog is, zou dat kunnen, maar mijn ervaring binnen De Evenaar is dat het niet vanzelfsprekend is. Ik ben dan ook een voorstander van het trainen van hulpverleners in het afnemen van het Culturele Interview. Aan de ene kant zou een hulpverlener die geen antropoloog is, gebaat zijn bij kennis van hoe antropologen aankijken tegen bovengenoemde begrippen die aan de orde komen. Aan de andere kant zou een antropoloog die het Culturele Interview afneemt, enige kennis van de ggz moeten hebben

om de verbinding naar de DSM-IV in de op basis van het Culturele Interview gemaakte culturele formulering te kunnen maken.

Dus is mijn advies: laat bij voorkeur een antropoloog het Culturele Interview afnemen, en als dat niet mogelijk is, een hulpverlener met enige antropologische kennis. Bij De Evenaar lukt het al zeven jaar om antropologische kennis te integreren in de transculturele psychiatrie (Groen 2011), dus waarom ergens anders niet?

Aan de slag met het Culturele Interview bij De Evenaar

Op basis van de verwijsbrief en het intakeformulier maak ik een samenvatting van de ziektegeschiedenis. Daarin staat wie de verwijzer is, waarom deze patiënt is verwezen en indien mogelijk enige informatie over de culturele achtergrond van die persoon. Vaak is dat laatste zeer beperkt: er wordt soms alleen het land van herkomst vermeld. In veel gevallen zoek ik daar relevante informatie bij. Dat kan over een specifieke etnische groep of religie zijn, over de geboorteplaats of -streek, over etnische spanningen of (burger)oorlogen in het land van herkomst. Het kan voor een behandelaar van belang zijn om te weten dat een Armeniër uit de enclave Nagorno-Karabach komt, waar de burgeroorlog veel heviger geweest is dan in de Armeense hoofdstad Jerevan.

De samenvatting van de ziektegeschiedenis bevat verder kort de psychische klachten, somatische klachten, informatie over de familie en de laatste gegevens over de asielprocedure en verblijfsstatus en de huidige woonplaats. In het dossier wordt algemene informatie die ik in de loop der jaren heb verzameld, bijgevoegd: een A4 met informatie over de politieke leiding, ligging van het land, etnische groepen, talen, religies, bijzonderheden uit de geschiedenis, bijzonderheden zoals genderverhoudingen of geletterdheid, specifieke veelvoorkomende klachten, vluchtelingenverenigingen in Nederland en een afbeelding van het land. Tot nu toe is er van zo'n veertig landen informatie samengesteld (zie ook: landeninformatie op www.ggzdrenthe.nl/evenaar).

Dan kan het gesprek plaatsvinden. Meestal staat in de verwijsbrief al aangegeven of een tolk gewenst is, zo nodig wordt alsnog een telefonische tolk ingeschakeld. Er staat één uur voor het afnemen van het Culturele Interview, dat administratief omschreven staat als psychodiagnostisch onderzoek persoonlijkheid. Ik ontvang de patiënt en bied koffie, thee of water aan. Vervolgens vraag ik altijd hoe de reis is geweest en in de meeste gevallen of iemand gespannen is voor het gesprek. Ik vind het belangrijk dat een patiënt zich op zijn gemak voelt. Vaak zijn patiënten gespannen, omdat ze niet weten wat hen te wachten staat. Door iets te drinken aan te bieden en te vragen hoe de reis is geweest, probeer ik zo snel mogelijk mijn respectvolle, nieuwsgierige houding te laten blijken.

Daarna heet ik de patiënt welkom en vertel ik wat de bedoeling is van het gesprek. Een patiënt hoeft niet overal antwoord op te geven, wel wordt genoteerd met welke vraag een patiënt moeite heeft. Dan volgt de introductie van het Culturele Interview met daarin de vraag of iemand zich wel eens niet begrepen heeft gevoeld (zie bijlage 4). Als daar aanleiding toe is, grijp ik later in het gesprek terug op dat gevoel niet begrepen te worden. Daarna volgen de vragen uit het Culturele Interview.

Ik hanteer bij de gesprekken een aantal uitgangspunten:

- het krijgen van informatie en het krijgen van goed contact is belangrijker dan het exact stellen van alle vragen uit het Culturele Interview; slechts zelden houd ik mij woordelijk aan de vragen of aan de exacte volgorde;
- ingaan op wat een patiënt zegt is belangrijker dan alleen de vragen uit het Culturele Interview te stellen;
- de eigen woorden van de patiënt gebruiken en de logische lijn van het gesprek volgen;
- doorvragen als de patiënt informatie geeft waar elders in het Culturele Interview ook naar wordt gevraagd;
- waar nodig een patiënt de rol van expert geven als het gaat om zijn cultuur.

Delen van de informatie uit het Culturele Interview

Als bij aanvang van de behandeling het Culturele Interview nog niet is afgenomen, dan wordt dit binnen acht weken alsnog gedaan. Het behandelteam bespreekt de culturele formulering (zie hoofdstuk 1) en stelt de doelen en middelen in het behandelplan op. Als er leemtes in de culturele formulering zijn of er in de loop van de behandeling onduidelijkheden zijn ontstaan, kan de behandelaar besluiten tot een of meerdere gerichte vervolggesprekken op het Culturele Interview door de antropoloog. Steeds gaan behandelaar en behandelteam na of de informatie uit het Culturele Interview of de vervolggesprekken aanleiding geven om het behandelplan aan te passen.

In de behandelbespreking na de oriëntatiefase kan het Culturele Interview leiden tot:

- het besluit van een behandelaar tot vervolggesprekken met de cultureel antropoloog;
- keuzes om de behandeling daarop aan te passen.

Verder komen uitkomsten van het Culturele Interview regelmatig ter sprake in het ochtendoverleg, waarin het behandelteam van de dagbehandeling bijzonderheden over de patiënten van de vorige dag en de aankomende dag bespreekt. Dat kan bijvoorbeeld gaan over iemands jeugd. Welke rol speelde discriminatie in de jeugd van deze Tamil uit Sri Lanka? Hoe werd deze patiënte

in haar jeugd door haar omgeving geconfronteerd met het feit dat ze een Armeense vader en een Azerbeidjaanse moeder had? Hoe onveilig was de omgeving in Afghanistan in de jeugd van een Hazara vrouw? Deze en andere vragen die voortkomen uit of aan de orde gekomen zijn in het Culturele Interview, komen in ieder geval aan bod in de diagnostiek- en de behandelplanbespreking.

Verschillend daarin is dat in de diagnostiekbespreking het Culturele Interview altijd aan bod komt en de gevolgen van de resultaten voor de diagnostiek in de discussie worden weergegeven. In de daaropvolgende behandelplanbespreking komt het Culturele Interview alleen ter sprake als elementen daaruit zijn geformuleerd in de doelen en middelen. Een laatste moment waarop elementen uit het Culturele Interview aan bod komen is tijdens de lunch die sociotherapeuten en ik met patiënten gebruiken. Meestal gaat het dan op een luchtige manier over taal of acculturatie.

Hulpverleners van De Evenaar komen regelmatig in de loop van de dag bij mij binnen om vragen te stellen die voortkomen of verband houden met wat er in het Culturele Interview aan bod is gekomen. Een voorbeeld daarvan is dat een patiënt worstelt met zijn homoseksualiteit en daarvoor op zijn hoede lijkt in de behandelgroep voor mannen. Een sociotherapeut vraagt mij dan of dat in zijn land gebruikelijk is. Het kan ook voorkomen dat een patiënt als gevolg van het Culturele Interview veel verwachtingen heeft van de kennis die daarin besproken is. Een voorbeeld daarvan is dat een Somalische man niet zozeer zijn behandelaar wil spreken, maar de antropoloog die hem van zijn djinn af zou moeten helpen.

Delen van het Culturele Interview komen ook ter sprake in de module Mensen & Cultuur, een vast onderdeel in het programma van de behandelgroepen. Deze module is gebaseerd op theorie over interculturele communicatie (Groen & Laban 2011). In die cursus bespreek ik samen met een sociotherapeut maandelijks thema's (onder andere emoties, spanning en ontspanning, menselijk lichaam), waarbij alle deelnemers van de behandelgroep voor mannen en de behandelgroep voor vrouwen worden uitgenodigd om daar vanuit hun culturele perspectief over te vertellen. Dat kan bijvoorbeeld gaan over verschillen tussen het belang van familie in Nederland en het land van herkomst of tussen hoe mannen en vrouwen met elkaar omgaan in verschillende culturen. Hierover rapporteer ik in het elektronisch patiëntendossier en dat komt weer ter sprake in de bespreking van het verloop van de behandeling. In die zin maak ik als antropoloog wel deel uit van de behandeling, zij het in de groep en niet individueel. Ik blijf echter de brugfunctie vervullen, die van de *cultural broker* die ook kritisch is over normen en waarden in Nederland. Dat lijkt ingewikkeld, maar patiënten blijken het te snappen, omdat ze mij bepaalde cultuurgevoelige zaken toevertrouwen en anderen niet. De module Mensen & Cultuur heeft een voorlichtend en signalerend karakter. Tijdens de behandelplanbespreking kan

een behandelaar putten uit de rapportage van de deelname van een individuele patiënt aan de module.

Het Culturele Interview is bij De Evenaar door de intake, diagnostiek en behandeling verweven. Hulpverleners doen regelmatig een appèl op resultaten uit het Culturele Interview. Dat is niet alleen voorbehouden aan mij als cultureel antropoloog. De intakekers hebben elementen uit het Culturele Interview bijvoorbeeld in de biografische anamnese toegevoegd. Er zijn plannen om hen te trainen in het Culturele Interview, waarbij antropologische kernbegrippen onderdeel van de training zullen gaan uitmaken. Ik blijf dan als antropoloog de coach die ze kunnen raadplegen.

Tot slot: de meerwaarde van het Culturele Interview voor de behandeling

De Evenaar biedt psychische hulp aan asielzoekers, vluchtelingen en migranten in de drie noordelijke provincies en de kop van Overijssel. Verwijzers sturen hun patiënten naar De Evenaar in de verwachting dat zij specialistische hulp gaan krijgen. Daarin is naast de knowhow van de transculturele psychiaters het Culturele Interview in de loop der jaren een voorname rol gaan spelen. De psychische klachten worden altijd gezien in de culturele context van een patiënt. Dat begint bij de intake en eindigt bij het ontslag. Soms gaat een verwijzing om een *second opinion* en ook daar is het Culturele Interview onderdeel van uit gaan maken. Een patiënt krijgt dan een volledige intake inclusief het Culturele Interview en de bevindingen worden teruggestuurd naar de verwijzer.

Bij De Evenaar maak ik als antropoloog ook de culturele formulering (APA 1994) naar aanleiding van het Culturele Interview. Op basis van wat een patiënt heeft geantwoord op de vragen van het Culturele Interview vat ik de vier categorieën van de culturele formulering samen. Hoe hij zijn culturele identiteit omschrijft, welke problemen daaruit voortkomen, welke verklaringen hij heeft voor zijn ziekte, welke steun- en stressfactoren er in zijn psychosociale omgeving zijn en welke culturele elementen een rol (kunnen) spelen in de relatie tussen die patiënt en de hulpverleners van De Evenaar. Ik voer deze informatie in het elektronisch patiëntendossier in (zie afbeelding p. 81).

Op basis daarvan maak ik een 'globale inschatting voor diagnostiek en behandeling'. Dat doe ik vanuit een helicoptervisie met behulp van aanvullende informatie, bijvoorbeeld over de etnische verdeling in een land, in welke periode bepaalde conflicten in dat land hebben gespeeld of welke invloed een bepaalde geloofsstroming heeft op de samenleving (zie ook casus 2). Dit gedeelte komt automatisch terecht in de intakebrief die naar de verwijzer wordt gestuurd. In de intakevergadering kijkt het team hoofdzakelijk naar deze globale inschat-

Intakeformulier

☒ Aangevuld door	
☒ Eerdere hulp	
☒ Psychiatrisch onderzoek....	
☐ Cultural formulation...	
☐ Culturele identiteit	
☐ Culturele verklaringen ziekte	
☐ Psychosociale omgeving en functioneren	
☐ Culturele elementen patiënt- hulpverlener	
☐ Algemene culturele beoordeling (valt door naar intakebrief)	

ting voor diagnostiek en behandeling die in het intakeformulier vlak boven de psychiatrische beoordeling staat. De vier onderdelen van de culturele formulering blijven zichtbaar, en zijn te raadplegen wanneer teamleden dat nodig of wenselijk vinden. Op die manier kan in een overzicht de mogelijke invloed van de culturele formulering op de diagnostiek worden geïnterpreteerd.

Een andere blik op klachten

De bespreking van de culturele formulering leidt niet per se tot een bijstelling van de voorlopige diagnose zoals geformuleerd naar aanleiding van het eerste intakegesprek. Het belicht vooral culturele aspecten die de klachten in een ander licht kunnen plaatsen. Vaak komt in het Culturele Interview aan bod wat in een eerdere behandeling nooit eerder ter sprake is gekomen. Of er komt iets uit de gesprekken met de Immigratie- en Naturalisatiedienst naar voren, waarvoor in het kader van een behandeling nooit aandacht is geweest, omdat andere klachten nu eenmaal centraal stonden. Een voorbeeld daarvan is een Georgische vrouw bij wie alle stressgerelateerde klachten voort leken te komen uit de moord op haar zoon en bedreigingen tegen haar, waardoor ze uiteindelijk naar

Nederland is gevlucht. Maar de dood van haar zieke vader in haar puberteit, die grote impact heeft gehad op haar gevoel van zelfbeschikking en veiligheid, is in eerdere behandelverslagen nooit genoemd.

Er komt ook informatie op tafel die op zich niet cultureel te noemen is, maar wel relevant voor de behandeling. Een voorbeeld daarvan is een Bosnische man die in het leger zat toen zijn zwangere vrouw naar Kroatië moest vluchten. Daar bracht ze na een gecompliceerde bevalling een zoon ter wereld. Ze hield daar zelf diabetes aan over, waar ze zich zo voor schaamde dat het een belemmering vormde voor haar integratie.

Soms is er twijfel over een diagnose waar zowel in het psychiatrische onderzoek als in het Culturele Interview naar bevestiging dan wel ontkenning wordt gezocht. Acculturatieproblemen worden veel genoemd. Uit het interview blijkt soms dat er andere problemen spelen dan acculturatieproblemen, bijvoorbeeld discriminatie op de werkvloer. Vaak wordt de reden van de acculturatieproblemen, de diepere grond onder deze vage term, pas duidelijk als die in de context van iemands culturele achtergrond wordt geplaatst. Collega's beschouwen iemand bijvoorbeeld als een Turk, maar diegene voelt zich onbegrepen omdat hij een Koerd is die moeite heeft met contact met Turken. De context van een depressie kan ook duidelijk worden, omdat iemand de culturele verwachtingen die aan een oudste zoon of dochter worden gesteld, niet waar kan maken. De rol van gezinsgeheimen zoals een verkrachting waar de man niet van mag weten, met het vooruitzicht van suïcide als culturele oplossing voor het schenden van de eer van de familie, is ook een veelvoorkomend thema dat tijdens de afname van het Culturele Interview naar voren komt. De angst voor geesten of rituele organisaties is een ander voorbeeld van een veelvoorkomend thema.

In al deze gevallen geldt dat er iets is om verder over door te praten, waarbij niet altijd man en paard hoeven te worden genoemd, maar waar de natuurlijke interesse van de afnemer van het Culturele Interview kansen biedt voor de ontwikkeling van de behandeling van een patiënt. In die zin biedt het Culturele Interview allerlei openingen voor de behandeling.

Zoals eerder vermeld is de behandeling gestoeld op het sskk-model en spreekt die de veerkracht van patiënten aan. Die veerkracht hebben mensen meestal opgedaan in hun land van herkomst. Het Culturele Interview biedt gelegenheid om elementen van veerkracht te ontdekken in iemands leefwereld, opleiding, werk, interesses en wat dies meer zij. Een van de sterkste kanten van het Culturele Interview vind ik dat het de patiënt uitnodigt om zijn sterke kanten te laten zien. Niet zelden krijgt een patiënt de rol van de culturele expert die mij vertelt hoe het zit. In die zin is die patiënt een informant zoals in antropologisch onderzoek. Vaak komen dan krachtige kanten van een persoon naar voren, zoals vaardigheden die iemand in zijn werk in het land van herkomst had of vaardigheden die iemand heeft binnen de familie. Dat biedt het behandelteam handvatten voor de steun- en krachtfactoren uit het sskk-model.

Tot slot

In de toekomst zal het Culturele Interview bij De Evenaar nog meer geïntegreerd worden in de behandeling, waarbij we nog meer zicht proberen te krijgen op het belang van aandacht voor iemands culturele perspectief in relatie tot verbetering van de klachten. Verbeterpunten bij De Evenaar zijn: een betere vertaalslag van het Culturele Interview naar de culturele formulering, en van de culturele formulering naar diagnostiek en behandeling, en beter kunnen inspelen op actuele gebeurtenissen die ingrijpen op de culturele betekenis van ziekte gedurende de behandeling. Nu blijft de rol van die betekenis nog te vaak beperkt tot kort na de afname van het Culturele Interview. Om meer zicht te krijgen op de waarde van uitkomsten van het Culturele Interview voor gezondheidsverbetering loopt er nu bij De Evenaar onderzoek naar de invloed van culturele identiteit op de betekenis van traumagerelateerde psychopathologie.



Casus 2

**De omstreden, cultuurgebonden
keuzes van een Afghaanse jonge
vrouw**

Simon Groen

In De Evenaar maakt het Culturele Interview onderdeel uit van de intake-procedure, zodat de culturele achtergrond van een patiënt en zijn klachten bekend is als iemand in behandeling wordt genomen (zie hoofdstuk 4). De Evenaar is het Centrum voor Transculturele Psychiatrie in Noord Nederland en onderdeel van GGZ Drenthe. Hieronder beschrijf ik het afnemen van het Culturele Interview met Zaira, een Afghaanse jonge vrouw. Aan het eind ga ik in op de aanbevelingen die daaruit volgen voor diagnostiek en behandeling.

Reden van verwijzing

Zaira is 23 jaar wanneer ze verwezen wordt naar De Evenaar. De behandeling in de ggz in de voorafgaande vijf jaar hebben tot dan geen verandering gebracht in haar depressieve klachten, die passen bij een posttraumatische stressstoornis. Er is ook een vermoeden van een Borderline Persoonlijkheid Stoornis (BPS).

Zaira is al drie kwartier voor aanvang van het Culturele Interview in de wachtruimte. Omdat ze voor het eerst naar De Evenaar komt, is ze extra vroeg vertrokken. Ze wil niet te laat zijn. De verzorgd uitziende Afghaanse gaat modern gekleed en spreekt vloeiend Engels. Ze begroet me vriendelijk.

Voorgeschiedenis

Uit de verwijzing is bekend dat ze op achttienjarige leeftijd met bovengenoemde klachten in behandeling kwam na een gedwongen huwelijk. Haar latere schoonvader verloor zijn functie bij parlementsverkiezingen in Afghanistan en beschuldigde haar vader van die nederlaag. Haar vader had eveneens een politieke functie met bestuurlijke verantwoordelijkheid voor vier provincies. Ter compensatie moest zij op achttienjarige leeftijd met de zoon van haar vaders rivaal trouwen. Volgens de verwijsbrief vernederde en mishandelde haar echtgenoot haar. In Afghanistan heeft zij een opleiding tot verpleegkundige afgerond. Op het Institute for Health leerde ze Engels en hoorde ze over de rechten van vrouwen en kinderen. Een deel van haar opleiding heeft ze thuis moeten doen, omdat meisjes niet meer naar school mochten vanaf het moment dat de taliban aan de macht kwamen. Ze heeft nooit als verpleegkundige gewerkt.

Vanwege de problemen met haar echtgenoot is zij in Afghanistan gevlucht. Door haar vlucht kreeg haar familie problemen en is ze met het hele gezin naar Nederland gevlucht. Haar echtgenoot weet niet dat zij in Nederland verblijft. Dat zij haar echtgenoot heeft verlaten is een schande voor zijn familie. In Nederland verblijft ze met haar ouders, broertjes en zusjes in een asielzoekerscentrum (azc). Haar familieleden steunen haar. Vanwege haar vooruitstrevende ideeën komt ze in de problemen met andere Afghanen in het azc. Overdag werkt ze in de crèche van het azc, wat haar afleiding biedt. 's Avonds begint ze

te piekeren en wordt ze snel emotioneel. Aan de buitenkant lijkt ze een sterke vrouw, maar van binnen voelt ze zich leeg, moe en nutteloos. Ze heeft twee keer een zelfmoordpoging gedaan: één keer door zich met een touw te wurgen en één keer met medicijnen. Die laatste zelfmoordpoging deed ze nadat Afghanen in het azc haar jongere zusje hadden bedreigd. Ze wordt nu in beslag genomen door haar uitzichtloze situatie.

De verwijzer is van mening dat ze een geparentificeerde indruk maakt en iemand is die het gewend is dat er geen aandacht voor haar problemen is. Tussentijds heeft de familie in Noorwegen gewoond en daar functioneerde zij beter dan in Nederland. Ze wil graag terug naar hoe ze daar functioneerde. De diagnose in de verwijsbrief luidt: depressieve klachten passend bij een post-traumatische stressstoornis en een angststoornis.

Vorbereiding en introductie

Ten behoeve van het Culturele Interview (Groen 2006, zie bijlage 4) is een samenvatting gemaakt op basis van de verwijsbrief en het intakegesprek met een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige dat aan het Culturele Interview is voorafgegaan. Na het interview zal nog een psychiatrisch onderzoek volgen. Daarna zal in de intakevergadering besproken worden welke behandeling wordt ingezet. In het intakegesprek zijn anders dan gebruikelijk niet de Harvard Trauma Questionnaire en de Hopkins Symptoms Checklist afgenomen. Deze vragenlijsten zijn niet beschikbaar in haar moedertaal (Pashto). Er is voor het afnemen van het Culturele Interview dus geen indicatie van de ernst van haar klachten, wat overigens niet per se noodzakelijk wordt geacht. Omdat ze vloeiend Engels spreekt, vindt het gesprek in die taal plaats. Ik vertel haar dat ik de informatie van de verwijzer heb gekregen en het verslag van het intakegesprek heb gelezen.

Aan het begin van het gesprek leg ik uit wat de bedoeling van deze afspraak is, namelijk om vragen te stellen over haar culturele achtergrond. Ik leg uit dat we daar graag meer over willen weten, omdat we daarmee denken haar beter te kunnen helpen. Ik vertel kort over De Evenaar en geef aan dat de meesten patiënten nare ervaringen hebben opgedaan in hun land en hebben moeten wennen aan Nederland. Ik vraag of ze zich vanwege de andere taal en mogelijk ander gedrag van mensen in Nederland wel eens niet begrepen heeft gevoeld. Ze antwoordt dat ze zich vaak niet begrepen voelt in haar gevoelens en haar gedachten. Dat is omdat ze zich anders dan anderen voelt, zowel in Afghanistan als in Nederland. Desgevraagd geeft ze het voorbeeld van het feit dat ze met mannen werkt, waar Afgaanse mannen in het azc haar vader op aanspreken. Haar vader zou haar als zijn oudste dochter beter onder controle moeten houden. Zij vindt dat ze zich al genoeg heeft opgeofferd en daarom draagt ze geen boerka of sluier. Door haar ouders voelt ze zich wel begrepen, maar niet altijd.

Ze verliest dan de controle over haar emoties. Ze verwijt haar ouders niets, omdat in haar vader ‘hetzelfde vuur brandt als in mij’.

Culturele formulering

Culturele identiteit

Zaira is geboren in Kabul, de hoofdstad van Afghanistan. Op haar zesde verhuist het gezin naar een dorp bij Jalalabad ten oosten van Kabul vanwege de onveilige situatie in de hoofdstad. Hoewel de afstand (voor Afghaanse begrippen) niet erg groot is, is de culturele afstand dat wel. In haar ogen worden vrouwen in de regio Jalalabad als dieren behandeld. Van de taliban mogen vrouwen in niets een eigen keuze maken. Haar moeder mag bijvoorbeeld niet meer werken en moet een boerka gaan dragen. Ze stelt haar moeder veel waarom-vragen, zoals: waarom worden vrouwen geslagen? Haar moeder antwoordt dan dat ze te klein is om dat te begrijpen. Wanneer ze wat ouder wordt, wordt ze boos op de omgeving waarin vrouwen niets mogen en overal in beperkt worden. Ze heeft het idee dat alle mensen tegen haar zijn.

Ze wil graag Engels leren, omdat ze denkt op die manier meer voor vrouwen te kunnen betekenen. Haar jongere broertje is daar tegen. Samen met hun vader hebben ze erover gesproken en uiteindelijk hebben ze erin toegestemd. Nu is haar broertje blij dat ze Engels spreekt. Engels leren is voor Zaira een vorm van protest en een manier om meer respect voor zichzelf te krijgen. Maar Afghaanse mannen zien andere vrouwen willen helpen als een bedreiging. Ze wil graag journalist worden. Omdat ze erachter is gekomen dat journalisten steeds meer in hun werk belemmerd worden, heeft ze besloten om dokter te worden om vrouwen goede medische zorg te kunnen bieden.

Zaira is Pashtun, evenals haar beide ouders. Haar moedertaal is Pashto en ze begrijpt ook Dari. Ze spreekt vloeiend Engels, wat ze zichzelf deels via internet heeft aangeleerd. Op school was ze altijd de beste. Vanaf haar negende leert ze thuis en helpt ze haar moeder in het huishouden. Haar moeder is diabetespatiënte. Als oudste dochter was zij na haar moeder verantwoordelijk voor het huishouden. Dat deed ze graag en in die periode noemt ze zichzelf ‘te sterk’. Ik interpreteer dat als: ondanks haar problemen zo goed mogelijk meedraaien in het huishouden om niet als een afvallige dochter bekend te komen staan. Het is niet bekend of zij het daarmee eens is.

De sociale contacten met andere Afghanen in het azc zijn problematisch, omdat haar vader wordt aangesproken op haar gedrag. De problemen die ze nu heeft, ervaart ze als groter dan in Afghanistan. Dat zou volgens haar ook kunnen komen omdat ze nu in Europa zijn en zij zich afvraagt waarom Afghaanse

mannen nog steeds zo conservatief reageren. Zelf maakt ze geen verschil tussen iemands etnische of religieuze afkomst. Toen ze in Noorwegen woonde, had ze een vriendin die sjjiitisch en Hazara¹ bleek te zijn. Via e-mail heeft ze nog steeds contact met haar. In de plaats waar ze woont in Nederland heeft ze een Nederlandse vriendin, die ze als haar oudere zus beschouwt. Ze vertelt haar dingen die ze anderen niet toevertrouwt. Deze vriendin is de eerste die haar zegt dat ze gelijk heeft.

Er zijn volgens Zaira veel culturele verschillen tussen Nederland en Afghanistan. Het voornaamste verschil is dat in Nederland iedereen gelijke rechten heeft en eigen keuzes kan maken. Afghanistan heeft ook goede kanten, vindt ze. Een voorbeeld daarvan is dat ouders altijd bij hun kinderen zijn.

Culturele verklaringen van de ziekte

Zaira's vroegste herinnering aan Afghanistan is dat zij getuige is van moorden in Kabul. Het gezin bleef soms vier of vijf dagen in dezelfde kamer, omdat het niet veilig was om naar buiten te gaan. Soms was er één of twee dagen geen eten, omdat er niets te krijgen was.

Zaira voelt zich eenzaam en kan zich niet voorstellen dat er iemand is zoals zij. Als ze een voorbeeld hoort van een vrouw die in Afghanistan strijdt voor vrouwenrechten, dan kan zij dit moeilijk geloven. Ze verwacht zich beter te voelen als ze tussen mensen zoals zij zou zijn. In Afghanistan zou zij de eerste zijn die via internet studeerde, zo stelt ze. Wanneer ze alleen is, vraagt ze zich af of ze slecht is. Dat is een belangrijke vraag voor haar, die ze aan het einde van het gesprek ook aan mij stelt. Ze voelt zich ook eenzaam omdat haar ouders het soms eens zijn met wat andere Afghanen zeggen over Afghaanse meisjes. Ze heeft alles bij haar ouders moeten afdwingen, totdat ze accepteerden wat zij wilde.

Ze doet dingen waarvan ze vindt dat andere vrouwen die niet alleen zouden moeten doen, zoals het huishouden. Zij zegt dit nu te doen omdat het haar hobby is, hoewel ze er eigenlijk tegen is. Ze voelt zich erg schuldig naar haar familie toe en dat heeft tot een suïcidepoging geleid. Er kwam iemand bij haar tijdens de ramadan die vertelde hoe er gesproken wordt over Afghaanse meisjes die naar Europa komen en die door hun gedrag een probleem worden voor hun familie. Ze dacht dat het op haar sloeg en binnen tien minuten nadat de vrouw weg was, deed ze een touw om haar nek om zichzelf te wurgen.

Culturele factoren in de psychosociale omgeving en het functioneren

Zaira's vader is econoom en heeft behalve in Afghanistan ook in Europa en in Australië gestudeerd. Hij komt uit Jalalabad. Hij is het niet altijd met haar eens. Ze probeerde in Afghanistan bij hem af te dwingen dat ze dingen kon doen die de omgeving zou afkeuren, zoals Engels leren of met mannen om-

gaan. Ze wilde dat niet om te rebelleren, maar om zich te ontwikkelen. Door haar gedrag zou haar familie in de problemen kunnen komen, maar ze wil niet iets tegen haar familie doen. Aan de andere kant voelde ze dat ze door niemand werd gerespecteerd en daarom wilde ze vechten. Haar moeder werkte in Kabul bij het ministerie voor Handel.

Zaira denkt dat haar familie niet naar een systeemgesprek zal komen, omdat het dilemma waarin ze verkeert niet met hen bespreekbaar is. Er lijkt wat ruimte in die onbeweeglijkheid te zitten als ik vraag of haar ouders zich voldoende bewust zijn van de vragen waarmee zij zit. Ze zegt een ‘goede Afghaanse vrouw’ te zijn, omdat ze het huishouden doet, geen relatie met mannen zoekt en zich gedraagt als een goede gelovige. Toch is ze niet gelukkig. Ze is soennitisch moslim. Haar vader heeft nooit de verschillen met het sjiïsme uitgelegd en ook niet over de conflicten tussen beide islamitische stromingen gesproken om de kinderen te behoeden voor problemen.

Culturele elementen in de relatie tussen patiënt en hulpverlener

Het maakt Zaira niets uit of haar hulpverlener een man of een vrouw is. Mogelijk heeft dat met haar dadendrang te maken, want haar omgeving zou mogelijk moeite kunnen hebben met een mannelijke hulpverlener. De vrouwelijke psycholoog in Noorwegen ging er vooral met haar op uit, ondernam dingen met haar zoals een goede vriend dat doet. Het waren deze activiteiten die haar hielpen, niet de gesprekken. Zaira wil erg graag weten of ze de juiste dingen doet en ze wil zichzelf goed leren kennen. Het lijkt erop dat ze wil dat de hulpverlener haar een spiegel voorhoudt of haar tegemoet treedt als een oudere broer. Over haar suïcidepoging is ze open.

Culturele vaststelling voor de intakevergadering

Onderstaand verslag komt in de intakebrief en wordt besproken in de intakevergadering. Vandaar dat hier een aantal herhalingen staat.

23-jarige soennitische Pashtun vrouw die uit Kabul komt, maar op haar zesde met het gezin naar Jalalabad vluchtte vanwege de oorlog. Vroegste herinnering is het zien van moorden op straat en 4 à 5 dagen in één ruimte blijven en soms 1 à 2 dagen zonder eten, omdat er niets te krijgen was. De culturele schok door de verhuizing van Kabul naar Jalalabad was groot, omdat de vrouwen daar van de taliban geen eigen keuzes meer mochten maken, haar moeder moest stoppen met werken en vrouwen in haar ogen als dieren werden behandeld. Thuis in Kabul was zij totaal anders gewend. Daarom ontstonden er veel waarom-vragen die onbeantwoord bleven. Op haar negende moest ze stoppen met school. Ze leerde thuis verder en deed daarbij als oudste dochter het huishouden, omdat moeder lijdt aan diabetes.

Ze kwam in conflict met haar omgeving, omdat ze dingen deed die volgens restrictieve normen en waarden niet mochten, zoals Engelse les volgen. Haar vader en broer wilden haar weerhouden, maar zij dwong af dat ze toch ging. Dat was haar normale gedrag thuis. De omgeving keurde haar gedrag af, waardoor ze het gevoel had dat iedereen tegen haar was. Toch bleef ze strijden, omdat ze eerst journalist en later dokter wilde worden met als doel andere vrouwen te helpen. In het azc is de spagaat tussen wat volgens de buitenwereld niet mag en zij wel wil doen en doet nog groter. Dat kan ook komen omdat zij verwacht dat er in Europa andere normen en waarden zijn, bijvoorbeeld dat iedereen eigen keuzes kan maken.

Ze voelt zich erg eenzaam en noemt het schuldgevoel naar haar ouders/familie toe als haar grootste probleem. Daarbij is het een schande dat ze uit een huwelijk is weggelopen, ook al mishandelde en vernederde haar toegewezen echtgenoot haar. Ze vindt dat ze moet doen wat ze doet. Als ze werkloos thuis gaat zitten, wordt ze ziek. Ze kan zich niet voorstellen dat er anderen zijn zoals zij of dat er andere vrouwen in Afghanistan waren en zijn, die voor vrouwenrechten strijden zoals zij. Hoewel ze vindt dat vrouwen niet alleen maar thuis moeten zitten, doet ze zelf wel het huishouden. Zou het ook kunnen dat ze iedereen tevreden wil houden, vraag ik me af. Van een 29-jarige Nederlandse vriendin, die ze als haar oudere zus ziet, hoort ze voor het eerst dat ze gelijk heeft. Met haar bespreekt ze meer dan met haar ouders. Ze heeft nog e-mailcontact met een sjjiitische Hazara-vrouw die ze uit Noorwegen kent.

Aanbevelingen voor verdere behandeling:

- Systeemgesprek om alle neuzen in het gezin één kant op te krijgen (schuldgevoel, ouders weten niet alles).
- Gesprekken over ambivalentie tussen tradities en moderniteit in cultuur en acculturatie; de push- en pull-factoren in kaart brengen.
- Inzicht bevorderen in een gezonde balans tussen aandacht voor haarzelf en haar omgeving.
- Inzicht voor haarzelf bevorderen in een gezonde balans tussen binnen- en buitenwereld.
- Toch onderzoeken of er niet sprake is van een Borderline Persoonlijkheids Stoornis.

Impressie van het behandelverloop

In de intakevergadering heeft het team een aantal aanbevelingen overgenomen en een aantal niet. Het team stelde de volgende doelen voor de behandeling: zelfcontrole krijgen wat betreft haar suïcidaliteit, verminderen van haar somberheid, een actieve daginvulling, copingstrategieën uitbreiden, versterken van haar ik-gevoel en zicht laten krijgen op haar eigen identiteit. De middelen om die doelen te bereiken zijn als volgt omschreven: poliklinische gesprekscontacten met een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige (spv'er), ondersteuning middels medicatie bij een psychiater, steun-, stress-, kracht- en kwetsbaarheidsfactoren uitwerken, psycho-educatie met betrekking tot depressie en angst, en aandacht voor haar levensfase als jongvolwassene en identiteitsontwikkeling in het opgroeien tussen twee culturen.

De ambivalentie tussen traditie en moderniteit en de balans tussen haarzelf en haar omgeving zijn in de psycho-educatie en in de steun-, stress-, kracht- en kwetsbaarheidsfactoren besproken. Een aantal aanbevelingen heeft het team niet overgenomen. Zo is er in eerste instantie niet gekozen voor een systemische benadering en heeft er geen persoonlijkheidsonderzoek plaatsgehad. Zaira is in poliklinische behandeling bij De Evenaar gekomen, kreeg individuele gesprekken met een spv'er en daarnaast kortdurende gesprekken met haar psychiater over de medicatie. Ze heeft een verblijfsstatus gekregen, waar ze aanvankelijk niet blij om kon zijn.

In het poliklinische contact ontwikkelde ze meer toekomstplannen en werd ze weerbaarder en strijdvaardiger. Door psychosomatische educatie werd ze zich meer bewust van haar kwetsbaarheden en valkuilen. Daardoor kon ze meer controle krijgen over haar ambivalente positie ten opzichte van heersende waarden in haar achtergrond en andere waarden in de Nederlandse samenleving. Dat maakte haar bewuster van haar eigen houding en de buitenwereld. Daardoor kon ze zich beter concentreren, wat ze merkte aan de Nederlandse lessen die ze is gaan volgen. Ze is actiever geworden en de slaapproblemen verdwenen naar de achtergrond. De behandeling is afgesloten, omdat ze met haar ouders naar het zuiden van het land is verhuisd.

Noot

¹ De Hazara vormen een minderheid in Afghanistan. Ze zijn vaak te herkennen aan hun Aziatische uiterlijk, waardoor ze in Afghanistan als Mongolen worden bestempeld. Hazara kunnen worden gediscrimineerd of als hulpje in de huishouding worden gebruikt. Voor een Pashtun kan de omgang met een Hazara als niet vanzelfsprekend worden beschouwd.

A stylized, light-colored map of Europe is visible in the background of the entire page. The map is composed of various shades of light blue and green, with darker green areas representing landmasses and lighter blue areas representing water. The map is centered and occupies most of the background space.

Hoofdstuk 5

Ontwikkeling van het Culturele

Interview in de kinder- en

jeugdpsychiatrie

Huub Beijers, Gerdien Tempelman

De beleving, interpretatie, begrenzing en behandeling van gezondheid en ziekte behoren tot de centrale kenmerken van de cultuur van een samenleving en hun ontwikkeling en verandering zijn geworteld in die cultuur. Onze huidige maatschappij wordt gekenmerkt door een steeds grotere culturele en etnische diversiteit en de (openbare) gezondheidszorg leunt in toenemende mate op de gezondheidsvaardigheden en dito verantwoordelijkheden van de patiënt (vgl. *health literacy*, Kickbusch 2004). Dat leidt ertoe dat eenduidige interpretaties en behandelingen van de klacht waarmee een patiënt in de spreekkamer van de dokter komt, niet langer vanzelfsprekend en toereikend zijn.

Introductie van de Cultural Formulation of Diagnosis – verder CFD of de culturele formulering – was een van de antwoorden van de psychiatrie op deze ontwikkeling (APA 1994; Mezzich et al. 1999; Lu et al. 1995; Rohlf et al. 2002). De CFD plaatst patiënt en problematiek tegen de achtergrond van cultuur, herkomst en actuele sociale context. Het Culturele Interview (Rohlf et al. 2002; Groen 2006, 2008; Groen & Laban 2011) is een in Nederland ontwikkeld instrument dat de categorieën van de CFD operationaliseert in een gespreksrichtlijn. Rohlf en anderen (2002) beten daarin het spits af en Groen (2006, 2008) borduurde daarop voort. Elders in dit boek is hierover uitgebreid geschreven (hoofdstuk 1, bijlagen 3 en 4).

Sinds 2008 trainen wij professionals in de geestelijke gezondheidszorg in het gebruik van het Culturele Interview (Beijers & Tempelman 2009). Toen we werden gevraagd om deze training te geven in een instelling voor jeugd-ggz, rezen bij ons ernstige twijfels over de toepasbaarheid van de culturele formulering en het Culturele Interview in die context. Ook Lewis-Fernández (1996) en Novins en anderen (1997) hebben gewezen op de noodzaak de CFD aan te passen voor specifieke doelgroepen, zoals kinderen en jongeren.

Daarop hebben wij besloten om te toetsen of het Culturele Interview past in de context van de kinder- en jeugdpsychiatrie en om het instrument waar nodig aan te passen. We namen daarvoor de versie van Groen (2006) als uitgangspunt. Groen heeft zijn versie van het Culturele Interview uitgebreid getoetst en geëvalueerd in de praktijk van de geestelijke gezondheidszorg. Deze versie sluit volgens ons door zijn compactheid beter aan bij de klinische praktijk.

Migrantenjongeren in de ggz

Dat het van belang is om expliciet aandacht te besteden aan jeugdigen en jongeren wordt duidelijk uit demografische en epidemiologische gegevens. De hierboven benoemde toegenomen diversiteit in samenstelling van de bevolking betreft namelijk in het bijzonder jongeren. De Nederlandse migrantenpopulatie (20% van de totale bevolking) is zeer divers qua herkomst, maar

heeft als grote gemene deler dat zij, vergeleken met de autochtone bevolking, relatief gezien jong is. Als we alleen naar de Nederlandse jongeren tot 25 jaar kijken, dan zien we dat in 2011 23% van die populatie een allochtone achtergrond heeft en 70% van die groep van niet-westerse afkomst is. Dit wordt vooral zichtbaar in de grote steden. In Amsterdam, Rotterdam en Den Haag is de helft van alle jongeren tot 25 jaar van niet-westerse herkomst (Nederlands Jeugd Instituut 2011; Ince & Van der Pijl 2009). Als we over de situatie van migranten spreken, gaat het dus voor een relatief belangrijk deel over kinderen en jeugdigen. De situatie van deze migrantenkinderen en -jongeren kenmerkt zich door lagere opleidingsniveaus, meer werkloosheid, hogere incidentie van gedragsstoornissen en relatief meer contacten met politie en justitie dan de autochtone jeugd.

Over het contact van deze jongeren met de geestelijke gezondheidszorg weten we dat kinderen van Marokkaanse en Antilliaanse herkomst met vergelijkbare problematiek ongeveer half zo vaak worden gezien in de reguliere jeugd-ggz en ongeveer twee keer zo vaak in de forensische geestelijke gezondheidszorg (Boon et al. 2010). De verdeling van kinderen en jeugdigen over de reguliere en de forensische geestelijke gezondheidszorg loopt kennelijk langs etnische lijnen.

Het Culturele Interview in de kinder- en jeugdpsychiatrie

Wij voerden gesprekken met behandelaren en patiënten¹ om onze aarzeling over de toepasbaarheid van het bestaande Culturele Interview te toetsen en kwamen tot twee conclusies.

Ten eerste geven gegevens uit psychologisch, antropologisch én epidemiologisch onderzoek geen aanleiding te veronderstellen dat aspecten van cultuur, migratie en etniciteit in de kinder- en jeugdpsychiatrie een minder belangrijke rol spelen dan in de volwassenen- en ouderenpsychiatrie. Hinman (2003) maakt bijvoorbeeld duidelijk dat de ontwikkelingsstadia van Piaget niet universeel geldig zijn door alle culturen heen en dat een aanpak die gevoelig is voor de verschillen wenselijk is. Onze conclusie is dat ook voor kinderen en jeugdigen met psychiatrische problematiek een CFD relevant is.

Ten tweede is er aanleiding om een specifieke versie van het Culturele Interview voor deze sector te ontwikkelen, omdat de klinische diagnostiek (gesprekken en observaties) er wezenlijk verschilt van die in de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen en ouderen (Verhulst 2000). In de kinder- en jeugdpsychiatrie is diagnostiek minder statisch dan in andere sectoren van de psychiatrie, vanwege de relevantie van het ontwikkelingsstadium van het kind voor de diagnostische beoordeling en vanwege de grotere verwevenheid van (de problematiek van) kind of adolescent met de context waarin deze zich aandient. Diagnostische informatie heeft niet alleen betrekking op het kind, maar ook op de omgeving waarin de kinderen of jongeren worden opgevoed. Boven-

dien is er in de diagnostische fase contact met de ouders/opvoeders. Zij worden gezien voor een ontwikkelingsanamnese, een familieanamnese en ook een persoonlijke ouderanamnese. Tot slot zijn de ouders op grond van wettelijke bepalingen (het ouderlijk gezag) betrokken bij de behandeling van hun kind. Zij geven een oordeel over het effect van de behandeling en beslissen over voortzetten of afsluiten van de behandeling en over de waardering voor het proces en het resultaat.

De beschrijving van de CFD in de DSM-IV richt zich impliciet op de geïdentificeerde (volwassen) patiënt. Gezichtspunten die wezenlijk zijn voor de kinderen jeugdpsychiatrie, zoals hierboven aangestipt, ontbreken niet alleen in de uitwerking van de culturele formulering zelf (Lu et al. 1995), maar ook in de operationalisering in het Culturele Interview, zoals ontwikkeld door Rohlof en anderen (2002) en Groen (2006, 2008). Diagnostiek in deze sector verschilt van die van de volwassenenpsychiatrie, omdat de systemische aanpak veel structureler is ingebed en vanwege het gebruik van een uitgebreider geheel van diagnostische instrumenten. Onze conclusie is dat de uitwerking van de thema's van de culturele formulering, en in het verlengde hiervan de operationalisering ervan in het Culturele Interview, aandacht dient te hebben voor de ontwikkeling van het kind, voor het systeem waarin het kind opgroeit en voor de actieve betrokkenheid van ouders.

Inbedding in bestaande instrumenten

We kozen ervoor om het bestaande instrumentarium niet extra te belasten, maar het Culturele Interview in te weven in de (relevante) bestaande set van diagnostische instrumenten: de ouderanamnese, de ontwikkelingsanamnese en het psychiatrische onderzoek van het kind zelf. Inweven betekende dat we niet een op zich staande, aangepaste versie van het Culturele Interview hebben ontwikkeld en evenmin een volledig nieuw protocol voor een ouder- of ontwikkelingsanamnese. We hebben ons beperkt tot het schrijven van een addendum, dat de professional zelf dient te integreren in de klinische praktijk, op basis van behoeften en mogelijkheden van de patiënt en zijn sociale systeem.

Een zwaarwegend argument daarvoor was ook het feit dat er in de kinder- en jeugdpsychiatrie nauwelijks sprake is van uniformiteit of sterke richtlijnen op diagnostisch gebied. Een voordeel van inweven is dat de professional zich actief moet verhouden tot cultuur en etniciteit gedurende de diagnostiek en dit niet kan beperken tot een onderdeel van het proces. Hij moet zich de vraag stellen waar en hoe hij dit onderdeel inpast. Hij kan dit aspect niet zonder meer als een van de instrumenten laten passeren. Dat zou natuurlijk ook niet passen bij het dialogische karakter van het interview. Een tweede voordeel is dat dit inweven duidelijk maakt dat (ook) de culturele identiteit van kinderen en jongeren niet te bepalen is op grond van een eenmalige 'meting'. Immers, volgens goed gebruik in de kinder- en jeugdpsychiatrie blijven diagnostische momenten ge-

durende het hele behandelproces terugkomen vanwege de ontwikkeling van het kind en de veranderingen die daarbij optreden. De eenmalige afname van het Culturele Interview biedt niet meer dan een *snapshot* of momentopname (De Koning 2003).²

Een punt van aandacht is het psychiatrische onderzoek van het kind. In hoeverre kunnen we het Culturele Interview, dat een zeer ‘verbaal’ instrument is, aanpassen aan het psychiatrische onderzoek, dat (afhankelijk van de leeftijd van het kind) ook gebaseerd is op non-verbale en projectieve diagnostische technieken? De betekenis van het Culturele Interview in dit aspect van de anamnese is nog in ontwikkeling en wij zoeken in ons werk hierover de dialoog met behandelaren en diagnostici. Hierop komen we later in dit hoofdstuk terug.

Op basis van onze raadpleging van deskundigen en het testen van een aantal vragen met professionals en patiënten, ontwikkelden wij het huidige ontwerp van het Culturele Interview kinder- en jeugdpsychiatrie (CI-kjp, zie bijlage 5). Wij besloten om ons strikt aan de structuur van de CFD te houden. Redenen van vergelijkbaarheid met andere vormen van het Culturele Interview gaven daar aanleiding toe. We hebben de CFD-categorieën specifiek voor deze sector uitgewerkt en dit geheel verdeeld over de ouder- en ontwikkelingsanamnese. Het resultaat is besproken en getest met vier groepen beroepsbeoefenaren in twee relevante instellingen.³ We vroegen hen om het instrument (in zijn verschillende fasen van ontwikkeling) te gebruiken en feedback te geven over het betreffende ontwerp. Op basis daarvan gingen we in een expertmeeting in gesprek met Nederlandse transculturele deskundigen uit de kinder- en jeugdpsychiatrie.⁴ We presenteerden onze overwegingen en keuzes en bediscussieerden die met hen. Op grond daarvan kwamen we tot de versie die in dit boek is opgenomen (zie bijlage 5).

Wat hebben we aangepast? In de volgende paragrafen beschrijven en verantwoorden we de aanvullingen op de ontwikkelingsanamnese, de ouderanamnese en het psychiatrische onderzoek van het kind.

Ontwikkelingsanamnese

In de kinder- en jeugdpsychiatrie spelen ouders/opvoeders zowel in de diagnostiek als in de behandelfase een belangrijke rol. Zij zijn direct betrokken op de achtergrond aanwezig. In deze sector is een ontwikkelingsanamnese in de eerste plaats een heteroanamnese: opvoeders, ouders of familieleden zijn niet alleen een primaire bron van informatie, maar in een aantal gevallen ook deel van het probleem, omdat ze zelf een rol spelen in de ontwikkeling van de problematiek (Hinman 2003; Novins et al. 1997). Refererend aan de culturele formulering en het Culturele Interview van Groen (2006, 2008) voegden we

vragen toe aan de ontwikkelingsanamnese: over de culturele verklaringen voor het probleem van het kind en over de culturele identiteit van het kind.

Culturele Identiteit

In het addendum bij de ontwikkelingsanamnese wordt de context van de patiënt (familie, referentiegroep en herkomst) beschreven met onderwerpen als etniciteit, herkomst, plaats (in de familie), taal/meertaligheid, migratiegeschiedenis, acculturatie, religie en leeftijd. Culturele identiteit zoals opgevat in de CFD is gebaseerd op een beeld van de mens als een rationele actor met een relatief uitgekristalliseerde en min of meer stabiele culturele identiteit. Dit is niet het geval bij kinderen en jongeren, waar identiteiten variabel zijn en in ontwikkeling (Verhulst 2003; De Koning 2003). We hebben identiteit gerelateerd aan de context van het kind en aan veranderingen en wijzigingen die de ouders/opvoeders zien, en gevraagd hoe zij die beoordelen. Wij denken dat het ook belangrijk is om te weten of de ouders in hun mening met elkaar overeenstemmen en of wij de familie moeten zien als een systeem van twee of drie verschillende culturele identiteiten en loyaliteiten of als een arena van meerdere identiteiten (vgl. Novins et al. 1997; Shaffer & Steiner 2006; Ecklund & Johnson 2007). Met behulp van het Culturele Interview moeten hulpverleners een beeld kunnen krijgen van de kwaliteit van de psychosociale omgeving van het kind. Daarbij is onder andere aan de orde of er voldoende bescherming is tegen negatieve invloeden, of er ondersteunende volwassenen in de omgeving zijn, of het kind en zijn omgeving in voldoende mate sociaal en verbaal competent zijn en of er sprake is van autonomie en verantwoordelijkheid. Ook de beschikbaarheid van hulpbronnen in het sociale netwerk is van belang: zijn er genoeg familieleden in de buurt, zijn er voldoende financiële middelen, is beheersing van de taal toereikend en hoe staat het met ervaringen met racisme en uitsluiting (vgl. Ecklund & Johnson 2007)? Daarnaast schenken we bijzondere aandacht aan de dagelijkse omgang met talen (vgl. Shaffer & Steiner 2006) met vragen als: Welke taal is als eerste aangeleerd, met wie spreekt het kind welke taal en in welke situaties wordt het kind in welke taal sanctionerend aangesproken/toegesproken? Wat zijn de voorkeuren van het kind? Welke voorkeuren hebben de ouders/opvoeders?

Niet alleen de ontwikkelingsanamnese vormt een bron van informatie op het terrein van de culturele identiteit. Ook de informatie uit het psychiatrische onderzoek en het ontwikkelingsonderzoek van het kind is hierin relevant.

Culturele verklaringen van de problemen

Een vergelijkbare ervaring kan verschillende betekenissen krijgen in verschillende (culturele) contexten. Het is belangrijk voor een professional deze te leren kennen en ze in zijn overwegingen mee te nemen. Het denken in termen van

verklaringsmodellen en *idioms of distress* (Kleinman 1980, 1988a, 1988b; Nichter 1981) en de analyse van de ziekte-ervaring en behandeling vanuit dit perspectief doet recht aan lokale, cultuurspecifieke manieren van begrijpen en behandelen van ziekte-ervaringen op een voor de patiënt herkenbare en valide manier.

Zoals we eerder in dit hoofdstuk zagen, is het belangrijk om de dynamiek van de verklaringsmodellen bij adolescenten goed in beeld te houden. De uitingen van de problematiek kunnen thuis, op school, in het gezin, in de referentiegroep en op straat er verschillend uitzien. Dit kan onder andere te maken hebben met de interne dynamiek in het gezin, zoals een mogelijke kloof tussen de eerste en tweede generatie. Het uitgebreide familiesysteem kan een rol spelen bij de beoordeling en interpretatie van het probleem van het kind. Is deze familie een positieve betrokken kracht of juist een polariserende? Zijn er voldoende verklaringen of is er slechts verwarring en een 'verklaringstekort' of gebrek aan sociaal kapitaal in de context van het kind en het systeem? Ziet de familie ziekmakende vormen van uitsluiting, racisme of sociaaleconomische achterstelling (vgl. Ecklund & Johnson 2007; Shaffer & Steiner 2006)?

Ouderanamnese

In de ouderanamnese plaatsen we ouders/opvoeders in hun culturele en etnische context. Ook hier volgen we de categorieën van de CFD, maar voegen ook nieuwe uitwerkingen van de categorieën toe, vooral wat betreft de opvattingen over en de praktijk van de opvoeding en de persoonlijke geschiedenis(sen) van de ouders (vgl. Novins et al. 1997; Ecklund & Johnson 2007). De culturele verklaringen van de problematiek laten we hier achterwege, omdat deze al in de ontwikkelingsanamnese zijn uitgevraagd en wij dat aspect alleen op het kind/de jongere willen betrekken.

Culturele identiteit

De vragen over de culturele identiteit van de ouders/opvoeders zijn gesplitst in enerzijds herkomst/etniciteit en taal en anderzijds familie van herkomst en eigen opvoeding. We doen dit, omdat de interpretatie vanuit het verleden over generaties, migraties en landsgrenzen heen van belang is voor een beter begrip van de psychische gezondheid van het kind in de huidige situatie. Vragen over gender, structuur van gezin/grootfamilie en gemeenschap, en taal maken hier van deel uit.

Culturele factoren in de psychosociale omgeving en het functioneren van de patiënt

We onderzoeken de inbedding in de huidige woon- en leefsituatie en vragen naar de steun en de stress die de familie ervaart van hun sociale netwerk, de ge-

meenschap/geloofsgemeenschap, en of de steun die ze ervaren tegemoetkomt aan hun verwachtingen en behoeften. We gaan uitgebreid in op het ouderschap en op de visie die de ouders/opvoeders op dat gebied hebben en op de dagelijkse praktijk van het opvoeden.

Vervolgens vragen we naar de verwachtingen over de toekomst van het kind en de wijze waarop daaraan wordt gewerkt (bijvoorbeeld op school). Hier willen we opnieuw de lijn uit verleden en herkomst via migratie naar de feitelijke actuele situatie helder krijgen en het toekomstbeeld benoemen dat de ouders voor zich zien, met de veranderingen en de accenten die zij daarbij plaatsen. Het is van belang hierover na te denken in termen die verder reiken dan enkel het kerngezin. Cultuur is evenals migratie van invloed op de kwaliteit van het netwerk en de rollen die worden vervuld in de opvoeding van het kind.

Culturele elementen die van invloed zijn op de (werk)relatie van behandelaar en patiënt

In dit deel van het Culturele Interview maken we onderscheid tussen het contact van de ouders met de behandelaar en van het kind met de behandelaar. Ouders hebben verwachtingen op beide terreinen. Het is van belang om hier inzicht in te krijgen, maar ook om informatie te geven om te voorkomen dat er onrealistische verwachtingen ontstaan. In het Culturele Interview wordt een actieve en informerende houding verwacht van de professional, maar zeker in dit gedeelte, waar de interpersoonlijke verkeersregels aan de orde zijn en ook de positie en de rol van de behandelaar zelf in het geding is. Voor veel patiënten is niet alleen effectieve communicatie met een behandelaar een moeilijke opdracht, maar ook begrip van de structuur en de mores van de ggz die het contact afbakenen.

Voor een goede invulling van dit onderdeel is het noodzakelijk dat de professional zich bewust is van de eigen impliciete opvattingen en attitudes ten opzichte van de patiënt en diens cultuur en herkomst, en van de sociale verhoudingen die het onderlinge contact tekenen. Dat laatste betreft de eigen maatschappelijke en sociale positie en hoe die zich verhoudt tot die van de patiënt en de geschiedenis van interculturele verhoudingen (kolonialisme, slavernij, maatschappelijk klimaat enzovoort).

De patiënt is zich (voor)bewust van die verschillen en zal met die ogen naar zijn behandelaar kijken. We kunnen deze verschijnselen bestempelen als vormen van culturele overdracht en tegenoverdracht (Comas-Díaz & Jacobsen 1991; Tobin 1986; Shaffer & Steiner 2006). Of behandelaar en patiënt wat betreft etniciteit verschillen, is daarbij niet zozeer van belang, zoals Comas-Díaz en Jacobsen (1991) hebben laten zien. Voor sommigen zal huidskleur het thema zijn, voor anderen verschillen in sociaaleconomische positie, veronderstelde kansen en geluk in het leven, of de eis van etnische solidariteit. Wij zijn die opvattingen en houdingsaspecten in onze trainingen in allerlei vormen en ma-

ten tegengekomen: soms uitgesproken negatieve reacties op de patiënt, soms ook vormen van overbetrokkenheid en -identificatie met de patiënt. Vaak echter manifesteerde tegenoverdracht zich subtiel in nonchalance en was de behandelaar zich er niet altijd even goed van bewust.

Een van de aandachtspunten tijdens het afnemen van het Culturele Interview is de observatie, op basis van verbale en non-verbale signalen, of de ouders in hun opvattingen en reacties overeenstemmen.

Toepassing van het Culturele Interview

Een korte evaluatie van het effect van onze training in een van de instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie maakte duidelijk dat er weliswaar enthousiasme is over de inpassing van het Culturele Interview in de ouder- en ontwikkelingsanamnese, maar dat de inbedding in de praktijk nog niet vanzelfsprekend is. De toepassing blijft vooralsnog afhankelijk van de individuele voorkeur of affiniteit van behandelaren.⁵

Van een van de behandelaren kregen wij de casus van Deng aangereikt. Laten we die als voorbeeld nemen voor enkele overwegingen bij de toepassing van het ci-kjp in de praktijk:

Kleine kinderen moet je diepe wortels geven, grote kinderen vleugels

Deng is een jongen van vijftien jaar die bij de polikliniek van het regionaal centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie wordt aangemeld door de huisarts. Er zijn grote zorgen over zijn ontwikkeling. De school heeft het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) ingeschakeld, omdat de thuissituatie niet veilig zou zijn. Deng is in Nederland geboren en groeit op in een gezin met beide ouders. Zijn ouders zijn Chinezen uit Hong Kong die naar Nederland zijn gekomen om economische redenen. Deng heeft een jongere zus van elf jaar. Het gezin leeft geïsoleerd in een klein dorp in de Gooi- en Vechtstreek. Vader werkt onregelmatig, moeder is huisvrouw. Beide ouders spreken slecht Nederlands. Het AMK maakt zich zorgen over de taken die de ouders aan Deng geven. Ze passen niet bij zijn leeftijd, zoals het onderhouden van contacten met de woningbouwvereniging. Het totale behandeltraject met Deng en zijn familie duurt tweeënhalf jaar en komt slecht op gang.

Deng blijkt een sombere jongen uit de derde klas van het gymnasium. Hij heeft veel huiswerk. Op school voelt hij zich vaak onbegrepen door medeleerlingen en docenten. Hij wordt daar boos om. Zijn ouders vinden het belangrijk dat Deng het goed doet op school en thuis naar hen luistert. Hij zit te veel achter de computer, vinden zijn vader en moeder. Hij zou meer huiswerk moeten maken. Moeder maakt zich zorgen over zijn stemming; vader heeft daar weinig oog voor.

Het intakegesprek vindt plaats met een tolk en verloopt moeizaam. De ouders zijn wantrou-

wend en Deng heeft moeite met het aangaan van contact. Zijn ouders kunnen de vragen over de ontwikkeling van Deng niet goed beantwoorden. Hier zijn meerdere gesprekken voor nodig. Tijdens een van deze gesprekken gaat het over de opvoeding. Niet alleen moeder, maar ook vader blijkt zich zorgen te maken over Deng. Al heeft vader het niet over de stemming, maar over de leerprestaties van zijn zoon. In de opvoeding blijkt moeder de centrale figuur te zijn. Vader is met eigen dingen bezig. Deng eet niet goed en slaapt slecht. Moeder weet niet goed hoe ze invloed op haar zoon kan hebben, en heeft zelf depressieve klachten. Tijdens het psychiatrisch onderzoek wordt zichtbaar dat de jongen ernstige stemmingsproblemen heeft en last heeft van zijn rol in het gezin. Hij kan dit goed verwoorden in een een-op-een-situatie. Deng scoort gemiddeld tijdens het intelligentieonderzoek: het gymnasium past eigenlijk niet bij hem, havo zou beter aansluiten.

Deng krijgt cognitieve gedragstherapie aangeboden; zijn ouders ouderbegeleiding gericht op psycho-educatie over dysthyme stoornissen. Daarnaast krijgen de ouders het advies om in overleg met school het schoolniveau aan te passen.

De ouderbegeleiding komt slecht op gang. 'Zij zaten alleen maar zwijgend tegenover me', vertelt de behandelaar. Het initiatief ligt bij haar en ze moet 'hard werken', zo vat ze de inspanningen samen om een opening te vinden en het contact gaande te houden. De ouders kunnen de klachten van hun zoon slecht accepteren. De oudergesprekken worden gevoerd in aanwezigheid van een vaste tolk. Dat blijkt belangrijk. De tolk wordt een vertrouwde derde partij en de schakel tussen ouders en behandelaar. De behandelaar toont zich nieuwsgierig naar de betekenis die ouders geven aan de problemen van hun zoon en daarmee komt het gesprek op cultuur en herkomst. Pas als de behandelaar en de ouders van Deng 'gedeelde grond' vinden, kunnen de thema's uit het Culturele Interview stukje bij beetje aan de orde worden gesteld en beginnen Dengs ouders zijn behandeling zinvol en helend te vinden.

De ouders vertellen over hun eigen jeugdjaren en de waarden en normen die daar golden, hoe ze zelf zijn opgevoed en wat daarin belangrijk was. Daarbij ging het om de harde noodzaak om te werken, geld verdienen om te overleven en hogerop komen. Ze komen vervolgens met voorbeelden die ze lastig vinden thuis met Deng.

Deng leeft een geïsoleerd leven. Wanneer de behandelaar een Chinees spreekwoord voorlegt (Kleine kinderen moet je diepe wortels geven, grote kinderen vleugels) ontstaat er uitwisseling over de moeite die het deze ouders kost om hun zoon los te laten. In samenspraak met zijn ouders stelt de behandelaar Deng voor om bij de plaatselijke supermarkt te gaan werken. Het feit dat hij daar werkt en wat geld verdient, is voor zijn ouders een (cultureel) passende manier om met de problemen die ontstaan in zijn ontwikkeling (separatie-individuele fase) om te gaan. Wanneer Deng promotie maakt en teamleider wordt in de supermarkt, wordt het succes van deze oplossing onderstreept.

Deze interventie sluit aan bij een idioom dat dit gezin eigen is. Hij wordt niet verwezen naar een club of sportactiviteit, zoals meestal in behandelingen gedaan wordt wanneer de ontwikkeling van het kind in deze fase is gestagneerd. Deng krijgt een eigen leven, bouwt nieuwe sociale contacten op en vindt op een voor zijn ouders acceptabele manier vaste grond onder de voeten

buiten het gezin. Hij krijgt meer vrienden en gaat uit. Voor moeder blijft het lastig om Deng werkelijk meer vrijheid te geven. Ze is bezorgd en belt hem vaak op.

Dengs stemming klaart op en de therapie stopt. Daarna gaat hij nog naar de ‘pubergroep’, een ontwikkelingsgerichte groep, waar puberthema’s aan de orde komen. Hij komt trouw en ontwikkelt zich verder. Vader ziet die ontwikkeling ook en tussen hem en Deng ontstaat een nieuw evenwicht. Deng weet wat hij wel en niet kan verwachten van zijn vader en gaat de strijd niet meer aan. Moeder is gaan werken, zodat er een meer natuurlijke afstand komt tussen haar en haar zoon. Het schoolniveau wordt bespreekbaar wanneer Deng dreigt te blijven zitten. Hij gaat over naar de havo. Vader kan zeggen dat hij dit een goede keuze vindt. De behandeling stopt na tweeënhalft jaar.

Overwegingen

De casus maakt duidelijk dat diagnostiek en behandeling verweven zijn met elkaar. In het contact met de ouders van Deng verbindt de behandelaar de vragen van het interview met de thema’s die worden besproken in de ouderbegeleiding. Zij volgt het tempo van de ouders en blijft nieuwsgierig. Daardoor lukt het om de interventies te doen aansluiten bij het eigen idioom en tempo van dit gezin. Het gesprek over herkomst, de geruststellende aanwezigheid van een Chinese tolk, de vaardigheid van de behandelaar om daarmee te werken, en het positieve (niet praten over de klachten), niet-confronterende karakter van de dialoog zijn daarin cruciale factoren. De behandelaar biedt de ouders houvast, maakt contact met hulpbronnen in de omgeving van Deng en versterkt zijn functioneren buitenshuis, maar ook binnen zijn eigen etnische gemeenschap/omgeving. Dit beschrijft Hinman (2003) als een van de helende factoren in een multiculturele therapeutische omgeving.

Wij benadrukken in onze trainingen dat het interview vooraan in het behandelproces een plek moet krijgen: liever nog in de eerste lijn bij de verwijzer dan bij de intake in de tweede lijn. Dat moeten wij nu echter nuanceren. De casus van Deng maakt duidelijk dat er voor het Culturele Interview zelf ook een basis van vertrouwen nodig is. Ook wordt duidelijk dat het belangrijk is om het Culturele Interview goed te introduceren bij de patiënt en het zwaartepunt van de investering in de werkrelatie met de patiënt in de beginfase van het behandelproces te leggen. De behandelaar van Deng ziet haar ‘harde werken’ als investering. We weten immers dat de kwaliteit van het contact met migranten in die fase van behandeling cruciaal is voor behoud van een werkrelatie en therapietrouw later in het proces (vgl. Colijn & Sevinç 2010). Net als Groen (2008) hebben wij een korte voorbeeldtekst geschreven om de behandelaar daarbij te helpen (zie bijlage 5).

Het Culturele Interview met de ouders van Deng wordt stukje bij beetje in de eerste fase van de behandeling afgenomen. Daarvoor is het van belang het

interview zodanig in het Elektronisch Patiëntendossier te integreren dat het met de behandeling ‘meeloopt’ en geactualiseerd kan worden. GGZ Centraal, waar wij het gros van onze trainingen gaven, heeft dat in 2009 op die manier ingevoerd.

Omdat de negende appendix van de DSM-IV-tr waarin de CFD is opgenomen niet in de beknopte versie van het handboek (Pearson Assessment and Information 2007) staat, dat door de meeste behandelaars in de praktijk wordt gebruikt, hebben wij een compact inlegkaartje ontwikkeld. We verwijzen daarop in steekwoorden naar de categorieën van de CFD en geven een korte gespreksinstructie (bijlage 5).

Vaak vertellen behandelaren ons dat ze het Culturele Interview een instrument vinden dat ‘eigenlijk voor iedereen relevant is’. Alhoewel wij dat altijd bevestigen, blijven we ook pragmatisch, gezien de vele signalen die we krijgen over productiedruk op de werkvloer. Wij adviseren het CI-kjp toe te passen als patiënt of behandelaar ‘een significante onderlinge interculturele afstand’ signaleert. Dat kan het risico in zich dragen dat het Culturele Interview wordt ingezet, niet als die afstand wordt voorzien, maar als het leed al is geschied. Wij wijzen consequent op dat risico.

Psychiatrisch onderzoek van het kind/de adolescent

Tot nu toe hebben wij ons vooral geconcentreerd op integratie van het Culturele Interview in de ouder- en de ontwikkelingsanamnese, en daarmee op het gesprek met de ouders. Integratie in het psychiatrisch onderzoek van het kind of de jongere zelf is nog braakliggend terrein. De vorm die dat krijgt is afhankelijk van de leeftijd en ontwikkeling van het kind. Wij hebben behandelaren en experts bevraagd op hun visie op dit terrein en verschillende suggesties gekregen. Dat leidde ons naar de conclusie dat er nog weinig eenduidige praktijk is ontwikkeld. Wij vatten samen wat ons tot nu toe is aangereikt.

Integratie van het Culturele Interview in het psychiatrisch onderzoek is erop gericht om antwoord te krijgen op de vraag hoe het kind zich verhoudt tot de culturele achtergrond van de ouders, tot de behandelsetting en tot de cultuur van de samenleving waar het kind door migratie onderdeel van is geworden of in is opgegroeid. Daarnaast wil de behandelaar inzicht krijgen in de psychologische en lichamelijke ontwikkeling van het kind in het licht van zijn culturele context en de vraag hoe het kind zijn problemen beleeft en hoe hij ertegen aankijkt.

In het psychiatrisch onderzoek worden verschillende diagnostische technieken gebruikt waarvoor het Culturele Interview van betekenis is. Naarmate het kind ouder wordt en in de adolescentie een eigen identiteit ontwikkelt, kan ons inziens meer geleund worden op de gespreksvorm, vergelijkbaar met volwas-

sen patiënten. Vóór die tijd zijn naast verbale vooral ook observatie, non-verbale en projectieve diagnostische technieken relevant. Als in het psychiatrische onderzoek van het kind of de adolescent daarvan meer gebruik wordt gemaakt, zoals bij speltherapeutische methoden en observatie van het spel van het kind, moet dit consequenties hebben voor de inrichting en de organisatie van de (spel)therapeutische omgeving. Hinman (2003) maakt duidelijk dat opvattingen over de betekenis van het spel van kinderen cultuurspecifiek zijn. Zij betoogt dat de professional te maken heeft met verschillende opvattingen over de relevantie en de rol van spel in de ontwikkeling van kinderen en dat materialen en instrumenten die gebruikt worden, dienovereenkomstig dienen te verschillen.

Aanpassingen in de ruimte betreffen bijvoorbeeld het ontwerp van de spelomgeving: er moet een diversiteit aan spelmaterialen en speelgoed zijn (niet alleen westers georiënteerd) en de inrichting moet duidelijk maken dat niet de normen van de autochtone samenleving dominant zijn, maar dat diversiteit de geldende norm is in de instelling en in de behandeling. Een 'witte' omgeving etst deze verschillen als het ware in de verhouding tussen behandelaar en patiënt in en communiceert in welke morele context de behandeling plaatsvindt. Een van de therapeuten met wie wij werkten stelde bijvoorbeeld dat het van belang is je te realiseren dat een rijke speltherapieruimte in schril contrast staat met de situatie van arme gezinnen en hun kinderen, en daardoor juist de kansarme achterstand benadrukt. Wij denken dat hiervoor geen standaardrichtlijnen te geven zijn, maar dat informatie uit het Culturele Interview daarin richtinggevend is, zowel voor de inrichting in zijn algemeenheid, als voor de invulling van de speltherapie in een specifieke situatie.

Hoofdthema's CFD

Ook bij de integratie van het Culturele Interview in het psychiatrisch onderzoek willen wij vasthouden aan de vier hoofdthema's van de CFD, toegespitst op het kind: 1) de culturele identiteit van de jongere, 2) culturele verklaringen voor de ervaren problemen, 3) culturele factoren die betrekking hebben op de psychosociale omgeving en het functioneren van de jongere, en 4) de culturele elementen die van invloed zijn op de (werk)relatie van behandelaar en jongere. Wijkt dat af van de andere onderdelen van de intakeprocedure? Wij denken van wel, omdat het hier geen heteroanamnese betreft, en het kind of de jeugdige zelf de primaire informatiebron en gesprekspartner is. Daarom willen wij steeds blijven refereren aan de oorspronkelijke indeling van de CFD.

Wij zien hier wel het risico van culturaliseren: als een Syrische adolescente besluit een hoofddoek te gaan dragen is dat niet zomaar een uiting van traditionalistisch islamitisch denken. De ervaring en opvoeding van deze jongeren speelt zich voor een belangrijk deel in de Nederlandse context af. Wat zij onder cultuur verstaan, hoe zij zich daartoe verhouden en de ontwikkeling van hun identiteit zijn voor een belangrijk deel ook daardoor getekend. Daarmee willen

wij niet zeggen dat het interviewschema van het Culturele Interview als vanzelfsprekend van toepassing verklaard moet worden. Wij denken dat de context van de behandeling en van de toepassing van het Culturele Interview minder vormvast hoeven te zijn, zoals de casusbeschrijving van Sita Somers in dit boek (casus 3) goed duidelijk maakt. In haar weergave van de intake van twee adolescenten van Turkse herkomst beschrijft zij hoe een negatieve culturele overdracht naar de (oudere, witte, vrouwelijke) intaker en een *victim identity* bij de jongere ertoe kunnen bijdragen dat het opbouwen van een werkrelatie minder vanzelfsprekend is. Zij toetst de categorieën van de CFD bijna terloops in een zorgvuldig proces van ontwikkeling en groei van contact.

Flexibiliteit en reflectie op de eigen positie en rol van behandelaar in relatie tot een aangenomen of toegeschreven identiteit van de jongere zijn belangrijke voorwaarden om daarin succesvol te laveren. De beste leermeester daarin is ervaring: door het Culturele Interview vaker toe te passen – zo horen wij vaak uit de praktijk – leren behandelaars beter inschatten hoe en wanneer ze het interview moeten inzetten. Op organisatieniveau kan dit worden ondersteund door het borgen en inzetten van de kennis die wordt opgebouwd in het Culturele Interview en in het maken van culturele formuleringen, bijvoorbeeld in een cultureel spreekuur of een transculturele kenniskring of casuïstiekbespreking.

Van interview naar formulering

Hoe verhouden het Culturele Interview en de culturele formulering zich tot elkaar? Het Culturele Interview operationaliseert de categorieën van de formulering en nodigt aan de hand daarvan uit tot verkenning van wederzijdse visies en ervaring. Het proces draagt bij aan het opbouwen van vertrouwen, aan het inkleuren van de werkrelatie met de juiste tonen van communicatie en het benoemen van begrippen en focuspunten waarover overeenstemming is tussen patiënt en behandelaar. Daarmee is de culturele formulering echter nog geen feit. Het interview informeert de behandelaar en op grond van deze informatie en zijn professionele competenties maakt deze vervolgens een formulering ten behoeve van de behandelplanbespreking.

Met formulering als begrip bedoelen we, analoog aan de in de psychiatrie al langer bekende psychodynamische formulering, dat de behandelaar zijn 'zaak' formuleert. De formulering is beschrijvend, hypothesevormend en wordt ingezet als tegenwicht voor de classificerende benadering van de DSM-IV. Het is een vorm van verklarende diagnostiek. Zo'n formulering is omvattend en opgebouwd uit vier verschillende elementen (Mezzich 1995; Perry et al. 1987; Rohloff 1996; Stewart 2001):

- 1 Observaties en veronderstellingen over de gepresenteerde problemen, en over het gedrag binnen en buiten de therapeutische situatie.

- 2 Observaties en veronderstellingen over de invloed van de actuele situatie op de behandelkeuzes.
- 3 Een beschrijving van biografische gegevens.
- 4 Formulering van de implicaties die dit heeft voor de rol, ervaring en waarneeming van de ggz-professional zelf.

Professionele vaardigheden

De culturele formulering plaatst niet alleen de patiënt zelf, maar ook het proces van psychiatrische classificatie in een culturele en sociale context. De culturele formulering is dus een zaak van de behandelaar, op grond van een beschrijving van de ziektegeschiedenis, de informatie uit het Culturele Interview en het resultaat van reflectie op het eigen handelen en de context waarin zich dat afspeelt (vgl. Borra et al. 2002). Wat moet de behandelaar daarvoor in huis hebben? Shaffer en Steiner (2006) wijzen net als Richters (2003) op het belang van het creëren van een intersubjectieve ruimte. Het Culturele Interview zet aan tot dialoog, gebaseerd op thema's als migratie, acculturatie en herkomst. Daarin treedt de patiënt naar voren als meer dan alleen de vooraf veronderstelde optelsom van kenmerken en komt hij in zijn kracht te staan (vgl. Borra 2008). Niet alleen de patiënt, maar ook de behandelaar moet zich laten zien, als persoon die bereid is in de morele wereld van de ander te treden. Hij moet kunnen reflecteren op de eigen professionele vooronderstellingen en op de context waarin de behandeling zich afspeelt, en deze in dialoog durven brengen om gedeelde grond te vinden.

In dit licht zien wij het gesprek van patiënt en behandelaar als een dialogisch proces, in het kader van het opbouwen van een effectieve en houdbare behandelrelatie en aangestuurd door de intentie open te staan voor het perspectief van de ander. De verantwoordelijkheid voor het aangaan van dit proces ligt bij de behandelaar die daartoe uitnodigt, met inachtneming van wederzijdse waarden, normen en (gedrags)regels. Kunneman (2006) spreekt de professional niet alleen aan op diens vaardigheden en kennis, maar ook op een zekere rijpheid om de morele aspecten van het leven en de situatie van de persoon van de cliënt tevoorschijn te brengen. De behandelaar van Deng noemt culturele sensitiviteit als noodzakelijke voorwaarde voor een geslaagd Cultureel Interview. Zij doelt daarbij op transculturele nieuwsgierigheid en bereidheid om te zoeken naar betekenissen die verder weg liggen, voorbij de reikwijdte van de normale professionele nieuwsgierigheid. Dit betreft bijvoorbeeld relaties tussen cultuur, eigen opvoeding, migratie en de problematiek van het kind. Professionals in de kinder- en jeugdpsychiatrie, zo stelt ze, moeten kritisch naar zichzelf durven kijken, aarzelingen en onzekerheden uitspreken, en uitwerken in dialoog met de patiënt en diens systeem.

Wij willen in onze benadering van het Culturele Interview vertrouwen op de professionele vaardigheden van de behandelaar op het terrein van gespreks-

voering, op culturele sensitiviteit en empathie en op zelfreflectie op de vraag hoe ervaringen mede worden bepaald door de context waarin ze zich afspelen en zijn ontstaan, cultureel en sociaal. We formuleerden de vragen van het ci-kjp daarom niet als een rigide protocol, maar als clusters van aandachtspunten die het gesprek kunnen gidsen. Naast de vragen geven we overwegingen bij de vraag, dilemma's en observatieopdrachten. Wij zien het interview als een trialoog van professional, patiënt en het systeem.

Tot slot

In dit hoofdstuk hebben we beschreven hoe wij tot een aangepaste versie van het Culturele Interview zijn gekomen ten behoeve van de inrichting van de behandeling van kinderen en jongeren met psychiatrische problematiek: het ci-kjp. Wij hebben dit interview ontwikkeld in dialoog met behandelaren en experts, getoetst in vier trainingen voor behandelaren en aangescherpt in een expertmeeting. Dat leverde een schat aan praktijkervaringen op en sterkte ons in onze overtuiging dat operationalisering van de culturele formulering in een Cultureel Interview niet beperkt kan blijven tot één versie voor de hele geestelijke gezondheidszorg. Als het Culturele Interview een steviger plaats krijgt in de DSM-V, zoals de *DSM-subcommittee on cultural issues* onder leiding van Roberto Lewis-Fernández beoogt met de ontwikkeling van het Cultural Formulation Interview (CFI), dan dient daarmee terdege rekening te worden gehouden.

Noten

¹ Als wij in het kader van dit hoofdstuk over patiënt spreken bedoelen we altijd de jongere/jeugdige en het systeem waarvan hij deel uitmaakt, samen of vanuit gescheiden posities.

² Een risico van deze aanpak is dat er weliswaar, verspreid over de tijd, een Cultureel Interview wordt afgenomen, maar dat dit niet leidt tot het gewenste resultaat: een eenduidige en traceerbare culturele formulering.

³ In 2009 hebben wij vier groepen behandelaren getraind in het gebruik van de culturele formulering en toepassing van het Culturele Interview in twee instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie, beide onderdeel van het huidige GGZ Centraal. De praktijkoefening met de door ons gepresenteerde handreiking (ci-kjp), evaluatie van het instrument en bespreking van het resultaat maakten deel uit van de training.

⁴ Bij het formuleren van de vragen en aandachtsgebieden en bij het toetsen van de klinische relevantie van onze keuzes was Sita Somers, kinder- en jeugdpsychiater bij Lucertis en bij Esens, de gesprekspartner die ons steeds opnieuw kritisch bevroeg. Deelnemers aan de expertmeeting waren: Dirck van Bekkum, Simon Groen, Francien Posthumus Meyjes, Allal Salou, Sita Somers, Margot

van der Wart en Rob van Dijk. Bij het schrijven van dit hoofdstuk hebben wij waardevolle aanvullingen en commentaar gekregen van Margot van der Wart, manager zorg 12-18 jaar van Fornhese in Almere.

5 De manier waarop kwaliteitszorg wordt ingericht in de Nederlandse ggz is daar deels debet aan. Doordat die zich slechts indirect met de inhoud van het primaire proces bemoeit, blijft dat primaire proces een black box.



Casus 3

Twee broers, één probleem, twee diagnoses. Een dubbel-intake van een 'conduct disorder migrants'

Een Koerdische vader meldt zijn twee zonen aan voor behandeling wegens dreigende ontsporing. De ene zoon was aanvankelijk thuis heel lastig, nu niet meer, maar nu heeft hij op school problemen. Voor de andere zoon moest vader vaak klachten aanhoren op de lagere school, terwijl hij thuis lief was. Sinds de middelbare school is dat precies omgekeerd. Verspringende, migrerende, gedragsproblemen van twee jongens uit een geïmmigreerd gezin. Een nieuwe diagnose? Conduct disorder migrans?

Met deze casus illustreer ik in de eerste plaats het belang van het uitvragen van de context en culturele achtergrond. Het verheldert zowel de diagnostiek als de onderlinge verschillen tussen de twee broers. Dat is niet onbelangrijk. Benish (2011) toont aan dat cultuursensitiviteit leidt tot grotere behandel-effectiviteit.

In tijden van (bezuinigingsgestuurde) haast moet een intaker efficiënt laveren tussen de universele ziekteverklaringen van het vak – in dit geval conduct disorder als aangeboren, familiäre kwetsbaarheid – en het opsporen van de voor deze ene cliënt geldende probleemuitlokkende, in stand houdende en weerkracht versterkende factoren. Beijers en Tempelman (2009) herformuleren het Culturele Interview als een aanvullende leidraad bij de klachtgeoriënteerde intake in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Deze efficiënte benadering werd ook bij de beschreven intake gehanteerd en hielp mij om de valkuil te vermijden van onwrikbare, versteende opvattingen over de cultuur van de cliënt en van de behandelaar zelf. Zo bleek de ene zoon uit de casus zich vooral als Koerd, de andere zich vooral als Turk te zien. Ook culturele identiteiten verspringen, migreren binnen een gezin, variëren per persoon, per periode en per situatie.

De extra tijd die het vragen naar de culturele context vergt, verdiende zich in deze casus meteen terug. De behandelrelatie kwam er door op gang, niet in de laatste plaats omdat door deze werkwijze het voor de jongens logisch was dat een vraag op een bepaald moment aan de orde kwam. Het werd hen duidelijk dat het van mijn kant ‘nieuwsgierigheid op maat’ betrof.

Ook het hanteren van de culturele aspecten van de (tegen)overdracht was in de casus medebepalend voor het besluit van de, aanvankelijk onwillige, adolescenten om aan de slag te gaan. Chang (2009) beschrijft wat je zoal kan tegenkomen in de overdracht tussen behandelaar en cliënt die tot verschillende culturele groepen behoren. Het gaat om specifieke aspecten van een universeel fenomeen. Collins & Arthur (2010) spreken over *culturally infused* competenties. Deze vaardigheden om de cultuur of toegekende identiteit van zowel de cliënt als van zichzelf te herkennen en te overstijgen in de behandeling, zijn in de snel uitdijende literatuur over dit onderwerp inmiddels redelijk omschreven. Ze zijn te leren, te oefenen, te toetsen en te onderhouden via education permanente.

De gepresenteerde casus beschrijft geen volledige intake, maar illustreert de

hierboven genoemde aspecten. Mijn overwegingen en gedachten bij de casus heb ik telkens als kadertekst weergegeven. Ter wille van de privacy zijn gegevens veranderd.

Casus: Serhat en Temel

Serhat (16) en zijn broer Temel (14) worden gezamenlijk aangemeld wegens probleemgedrag. De een is op school opstandig en met verkeerde vrienden betrokken bij vechtpartijen. De ander is thuis brutaal en zelfbepalend en er is een sterk vermoeden van betrokkenheid bij een groep probleemjongeren.

Vader schrijft (in het Turks) op het aanmeldformulier dat Serhat vroeger thuis een opstandige jongen was, maar braaf op school. De laatste jaren is hij thuis respectvol, maar maakt hij ruzie met de docenten en kwam hij tweemaal met de politie in aanraking wegens betrokkenheid bij gevechten en lastigvallen van meisjes. De reclassering heeft Serhat verplicht tot het volgen van een agressieregulatietraining bij een ggz-instelling. Vader vond het raadzaam Temel ook aan te melden, want ook over hem maakt hij zich zorgen. Temel was tot de middelbare school thuis juist een lief kind, maar gaat nu volstrekt eigenmachtig zijn gang en is onbeschoft tegen zijn ouders. Op de lagere school was hij een tijd lastig. Hoe het nu op school gaat weten de ouders niet. Hoewel hij vaak pas 's nachts thuiskomt, zijn er geen politiecontacten.

Ik weet nu dat ik aan de slag ga met twee Turkse jongens met lang bestaand probleemgedrag, waarvan de manifestatie door de tijd heen wisselt. Het dokterslampje: 'early onset, twee uit een gezin, grote kans op aanleg' gaat branden, maar ook een lampje dat gericht is op omgevingsinvloeden, de context: 'invloed (dezelfde?) peergroep?, familieomstandigheden, van rollen gewisseld?'

De intake

In de wachtkamer wordt duidelijk dat de jongens vasten. Het is ramadan. Ze spreken Nederlands met een sterk Turks accent. Ze hebben een matjeskapsel dat in de mode is bij 'gang'-leden. Hun kleren en sieraden lijken uit Turkije te komen. Ze stralen veel tegenzin uit bij de intake, maar spreken me heel beleefd aan. Vader zit in de auto te wachten.

Hoe te starten? Vader er wel of niet bij? Ik overweeg op grond van de beperkte gegevens tot nu toe dat de jongens mogelijk deel uitmaken van een gezin dat een relatief collectivistische culturele oriëntatie heeft en ga in eerste instantie alleen met de jongens aan de slag.

De jongens apart of samen? Ik bedenk dat een gezamenlijke start de twee jongens beiden wellicht kan steunen, maar ook de noodzaak tot stoer doen kan versterken. Ik besluit de intake gedeeltelijk met de jongens samen en gedeeltelijk apart te doen.

Van oudsher zijn Turkse plattelandsgezinnen sterk collectivistisch georiënteerd en de jongens stralen uit zich op hun traditie te richten (en op de straatcultuur, eveneens groepsgericht). Op basis van mijn eerste indruk besluit ik vaders afwezigheid in eerste instantie te respecteren. Daarbij overweeg ik dat bij een collectivistische oriëntatie het gezichtsverlies voor een vader met twee zonen die zich misdragen, fors moet zijn. Soms verhoogt gezichtsverlies de drempel om hulp te zoeken (Haj-Yahia & Sadan 2011; Leong et al. 2011).

Ik besluit mijn eerste indruk van de jongens eerst met hen verder uit te zoeken met behulp van vragen over de culturele familie-identiteit en daarna te besluiten wanneer ik welke ouder uitnodig.

1 De gezamenlijke start

Bij binnenkomst zitten de jongens te smoezen en te grinniken. Serhats telefoon gaat twee maal over. Hij neemt er zijn gemak van. Pas als ik Temel meld hier geen tijd voor te hebben en zo lang maar wat anders ga doen, seint hij naar zijn broer. Deze breekt zijn gesprek af en vraagt hoe lang het duurt, want hij moet zo werken.

Ik ben eerst wat van mijn stuk gebracht door de plotselinge overgang van voorkomend naar onbeschoft tot ik me realiseer dat ze zich in de gang (met Turkse receptioniste) Turks toonden en nu het machtsvertoon van hun straatcultuur laten zien.

Mijn werkhypothese is dat bij beide culturele identiteiten het vermijden van gezichtsverlies een belangrijke rol speelt. De jongens zijn vermoedelijk lid van een groep met zogenaamde straatcultuur, waarin praten met 'softies' weinig tof is en laten zien dat je niet geïmponeerd bent, juist belangrijk is. Ik neem mij voor ook dat uit te zoeken. Ik volg de aanbeveling van Van Kalmthout (2007) voor de omgang met jongens uit de straatcultuur: ferm, maar gezichtsverlies vermijgend.

Ik zeg dat in de agenda twee uur is gereserveerd voor deze dubbele intake. Serhat moet zelf zijn prioriteiten stellen, maar moet anders zeker terugkomen, wat hemzelf en zijn vader veel extra tijd zal kosten. Serhat 'kiest' nu voor meewerken en zet desgevraagd zijn mobiel uit.

Ik vraag me af waar ik moet beginnen en sluit aan bij groepsgevoel op straat en thuis. Klachtexploratie geeft een grote kans dat ze tegenover elkaar stoer moeten gaan doen. Opbouw van de werkrelatie en motivatieversterking lijken mij voorliggende thema's.

Volgens Chang (2009) hangt de effectiviteit van interculturele behandelingen samen met de opbouw van een goede werkrelatie met respect voor cultuurverschil.

Om te beginnen vraag ik de oudste of hij een belangrijke plek heeft in zijn vriendengroep. Dat blijkt het geval. Zou hij zijn positie verliezen als hij naar de ggz gaat en door de behandeling minder met de politie in aanraking komt? Serhat mompelt wat en ik vraag aan Temel of hij weet wie er op Serhats plek in de groep aast. Deze schiet in de lach en noemt drie jongens. Serhat reageert met: 'Schijt aan mijn positie.' Hij blijkt erg geschrokken te zijn dat hij zomaar met een mes tegenover een andere jongen stond. Hij wilde toch eigenlijk niet steken en is opgelucht dat het met een sisser afliep. 'Dan ga je voor twee of drie jaar binnen [naar de gevangenis].' Wat daar erg aan is? 'Dan is je carrière weg en voor mijn moeder...'

Ik vraag Temel hoe het voor zijn moeder zou zijn. Deze wordt nu ook ernstig en denkt dat ze 'kapot zou zijn, man'. Serhat beaamt nu dat hij zelf ook wil dat het verandert. Denkt hij dat Temel ook gemotiveerd is? 'Temel hoeft niet te worden zoals ik. Hij is niet de oudste.' Hij blijkt daaronder te verstaan dat hijzelf alleen staat in het Nederlandse (straat)leven, maar dat Temel op hem terug kan vallen. Temel wordt daarop boos en zegt dat hij er evengoed alleen voorstaat. We raken in gesprek over hoe onbeschermd ze allebei zich voelen in dit als heel discriminerend ervaren land. Dit gevoel delen lijkt nieuw voor hen te zijn en herstelt de saamhorigheid.

Door een anekdote uit een andere behandeling laat ik weten dat het gevoel van onbeschermd zijn buiten de context van de familie herkenbaar is en dat er over discriminatie gesproken mag worden. De jongens komen nu los en geven veel voorbeelden, Serhat vooral over de manier waarop zijn vader steeds gekleindeerd wordt en Temel over de wijze waarop ze door de 'christenen' klein gehouden worden. Serhat is nu degene die zijn jongere broer maant tot tempering tegenover de (als Hollands beleefde) intaker.

Ik ben opgelucht dat het contact op gang komt, maar bezorgd over hun sterke wij-zij-denken en hun binnenpretjes over de snelle positiewisselingen van wellevende Turkse jongeman naar ongenaakbare straatvechter en terug.

De weerstand tegen mij wordt zienderogen minder nu ik iets blijf te weten van de Turkse cultuur en de straatcultuur. De jongens blijken meer gemotiveerd dan ik aanvankelijk dacht. Hun

probleemgedrag lijkt onder meer samen te hangen met hun beleving van onveiligheid als lid van een cultureel/religieuze minderheid.

Volgens Brondolo et al. (2009) en Blackhart (2010) hangt het effect van discriminatie en uitsluiting deels samen met de beleving in de omgeving.

Nu er contact is, kan ik de culturele identiteit en de houding tegenover discriminatie en uitsluiting alsook het vermoeden van victim identity van de jongens verder exploreren. Perez-Sales (2010) beschrijft de victim identity als een centraal aspect van iemands identiteit, hij ervaart zichzelf als onherstelbaar beschadigd door een traumatiserende situatie. Veel wat in het hier en nu misgaat wordt door de persoon in kwestie daaraan toegeschreven.

Wij maken een genogram. Wie steunt wie? Wie woont waar? Welke neven hebben ook politiecontacten? Bij wie kunnen ze terecht om raad? De jongens waarderen deze belangstelling en werken voluit mee.

De hele familie van vader woont in Turkije. Moeders familie is over half Europa verspreid. Een deel woont in Nederland, maar niet in dezelfde stad. Geen van de neven is met de politie in aanraking geweest. Geen van hen zit 'maar' op vmbo-kader (beroepsgerichte leerweg) zoals Serhat en Temel. Ze leggen omstandig uit dat ze op dit lage schoolniveau zitten omdat ze gediscrimineerd zijn. Als ik hier verder op inga, blijkt de hele familie sterk het gevoel te hebben dat de Nederlanders de Turken kansloos willen houden, want 'ze weten dat wij beter zijn en over hun heen zullen gaan'. Ook uit de peergroep dragen ze veel voorbeelden van discriminatie aan. Hun probleemgedrag wordt niet gesteund, maar wel 'begrepen' door een deel van de familie. Ik geef de jongens de opdracht mee om met hun raadgever in de familie – een oom – te bespreken hoe het hun neven toch lukt om uit de moeilijkheden te blijven.

Ik voel me nu vrij te vragen of er een hoca (een man met geestelijk gezag binnen de islamitische gemeenschap die soms ook de rol van traditioneel genezer heeft) geraadpleegd is. Dat blijkt het geval, maar is ook bron van meningsverschil. De familie heeft geen eenduidige verklaring voor het gedrag van de jongens. Vaders familie vindt dat moeder hen niet zo had moeten verwennen; moeders familie denkt aan bovennatuurlijke oorzaken, met name aan het boze oog, vandaar de raadpleging van de hoca. Discriminatie lijkt de grootste gezamenlijke deler te zijn. De jongens laten iets vallen over onmin tussen de ouders, die jong getrouwd zijn en uit heel verschillende sociale lagen van de bevolking blijken te komen.

Ik vraag me af of ik hierop moet ingaan. Het kan relevant zijn voor de rollen en posities van de jongens, wellicht is er binnen het gezin culturele verwarring, maar het kan ook een onderwerp zijn waarover ze geacht worden niet met een buitenstaander te praten.

Door de jongens in de familie raad te laten vragen sluit ik aan bij de kracht van collectivistisch ingestelde families en laat ik de belangrijke personen in de familie weten dat ik hun mening respecteer. Hun mening heeft voor de jongens immers meer betekenis dan de mijne. Daarmee hoop ik zowel de banden binnen de familie te gebruiken en te versterken als een indirecte vorm van samenwerking te creëren.

Doorvragen over de problemen tussen de ouders geeft ongetwijfeld nuttige informatie over de rollen en posities van de jongens die wellicht meespelen als probleemuitlokkende factoren, maar kan de jongens ook in loyaliteitsconflict brengen. Bij kinderen moet de behandelaar altijd opletten dat hij het kind niet verleidt om meer prijs te geven dan de ouders gepast vinden. Dat geldt eens te meer in die migrantengezinnen waarin gezichtsverlies door het buitenhangen van de vuile was een grote rol speelt. Van den Ende (2006) waarschuwt dat je in families met een meer collectivistisch georiënteerde cultuur geheimen soms maar beter kan respecteren.

Ik stel vast dat dit onderwerp nog wel terugkomt en dat de jongens dus kennelijk nog veel meer op hun schouders hebben. 'Ja, we hebben tegen vader gezegd dat hij in de auto moest wachten, want we moeten altijd voor hem vertalen en dan wordt hij later boos dat we het niet goed gedaan hebben.' 'Moeder is het daar niet mee eens en kookt dan extra lekker voor ons', grijnst Temel. Moeder blijkt de kinderen te verwennen in reactie op vaders boosheid dat ze zulke slappelingen zijn.

Ik draag mijn mooie hypothese over vaders gezichtsverlies in stilte ten grave en vervang hem door verstoorde rollen in het gezin.

Improviseren, de timing aanpassen aan de mate van contact is een behandelcompetentie die het werk over de grenzen heen van de eigen cultuur moeilijk en boeiend maakt (Benish 2011).

Vragen naar bezoek aan een traditioneel genezer geeft zicht op de verklaringsmodellen in de familie en op eventuele nevenbehandelingen, maar kan pas plaatsvinden als er voldoende vertrouwen is in de belangstelling van intaker en in diens onbevooroordeeldheid (Gelso & Mohr 2001).

Het snel in de wachtkamer genomen besluit om eerst met de jongens samen naar de familie en vriendencultuur en attributies te gaan vragen heeft hier de ruimte geschapen voor ontstaan van een samenwerking, *therapeutic alliance*, hoeksteen van iedere behandeling (Day-Vines et al. 2007). Ik besloot hiertoe in de wachtkamer vanwege de afwijzende sfeer. Het heeft veel opgeleverd.

In deze deelintake heb ik me een eerste beeld kunnen vormen van de familie en peergroep, van de betekenis die aan het probleemgedrag gegeven wordt, van de 'taal' in het gezin, de rol van de religie, van de culturele identiteit van de jongens, en waar de acculturatie stukloopt. Het idee dat ze verwend zijn, is gevallen. Ze hebben getipt aan de gezinsverhoudingen die op verschillende niveaus

mede door de migratie verstoord zijn en onder druk staan (Bala & Van Essen 2007, Saxe et al. 2007). De verklaringen van het probleemgedrag in de familie zijn gepasseerd. En bovenal is de motivatie versterkt en hebben we contact gemaakt. De aanvankelijke negatieve overdracht naar de intaker is verminderd. *Victim identity* samenhangend met discriminatie lijkt een belangrijk item dat wellicht een bindende rol speelt in de overigens kennelijk verdeelde familie. Dat leidt voor mij tot de keuze voor versterken van de weerbaarheid tegen discriminatie als begin van de behandeling, in plaats van met cognitieve gedrags therapie de victim identity uit te dagen. Dat laatste doe ik liever via de ouders (via ouderbegeleiding) of indirect (door de jongens om advies te laten vragen) door de raadgever in de familie de slachtofferpositie ter discussie te laten stellen. Bij een culturele identiteit met meer palaver-, groepsoverlegstradities, zoals in sommige Afrikaanse culturen, zou wellicht een groot familieberaad op zijn plaats zijn.

Deze start van de intake blijkt ook zijn vruchten af te werpen in de individuele intakes die volgen. Deze verlopen goeddeels volgens het vaste intakestramien. Ik geef ze verkort weer en licht er enkele opvallende momenten uit.

2 Intake van Serhat

Zodra we alleen zijn, komt iets van de onrust en het wantrouwen terug, maar we kunnen wel samen aan het werk. Ik begin met de vraag over de gedragsomslag tussen eerst de problemen thuis en later buitenshuis. Ik daag Serhat uit mee te denken hoe deze ‘migratie’ van probleemgebieden gekomen is. Hij beschrijft zichzelf als een onrustige kleuter. Zowel anamnestic als in het heden blijkt hij aan alle criteria voor ADHD te voldoen. Hij vertelt dat hij vroeger thuis altijd op zijn kop kreeg, omdat hij alles fout deed. Opa was een uitzondering. Die was altijd tevreden met hem en verdedigde hem tegen de boze volwassenen en vertelde veel uit zijn eigen wilde tijd als Koerdisch strijder. Opa overleed toen de jongen negen jaar was. Dat greep hem erg aan. Geëmotioneerd vertelt Serhat dat hij twee jaar lang dacht dat opa hem in de steek had gelaten. Hem was verteld dat opa naar Turkije was gegaan en ooit terug zou komen en een cadeautje zou sturen. Dat gebeurde uiteraard nooit. Hij voelde zich erg ‘laag’. Als ik vraag wat hij bedoelt, legt hij uit: ‘Ik was niet de moeite waard voor opa om in zijn gedachten te blijven. Hij hield meer van Koerdistan dan van mij.’

Op school kreeg hij dat jaar een sterk discriminerende leraar die hem onvoldoendes gaf. Dankzij de inzet van een lieve juf het jaar erna, is hij toch op vmbo-kader terechtgekomen. ‘Ja, juf was een *pata*’ [verbasterd Surinaams slang voor Hollander, een tata]. Thuis moest hij altijd de grote verstandige zoon zijn, altijd moest hij vertalen, altijd werd zijn vader dan achteraf weer boos dat hij het fout had vertaald. Hij klaagde ook dat zijn zoon nooit huiswerk maakte. ‘We

hadden niet eens huiswerk. Toen begon de meester er ook al over dat ik stom was. Omdat ik een Koerd ben denkt hij zeker dat ik achterlijk ben. Daardoor is het allemaal fout gegaan.'

Ik merk dat ik beurtelings neiging krijg om de 'Hollandse' meester te verdedigen (mogelijk bepalen het lage zelfbeeld en het verlies van zijn opa meer zijn cijfers dan discriminatie door de docent) en om boos te worden op scholen die niet op het idee komen dat verdriet en ADHD klaarblijkelijk ook bij een Koerdische jongen de leerproblemen kunnen veroorzaken. Ik ontmasker het gelukkig ter plekke als tegenoverdracht mijnerzijds. Ik benoem alleen de gevoelens van kwetsbaarheid en falen, het nooit goed genoeg zijn, nooit een echte Koerd zoals opa zijn.

Wepster (2003) en Gelso & Mohr (2001) wijzen erop dat transcultureel behandelaars steeds de uitspraken van de cliënt én de eigen reacties dienen te monitoren op vooroordelen en (tegen)overdracht.

Altijd de afkeurenswaardige ander vertegenwoordigen in de ogen van de omgeving is het lot van veel kinderen van geïmmigreerde ouders (Yahyaoui 2010). En op je kop krijgen, zullen ADHD'ers toevoegen. Volgens Bughra (2005) is sociale steun een buffer tegen psychische problemen en juist die buffer is voor Serhat weggevalen.

Nu, op het vmbo, zeggen de docenten volgens Serhat steeds: 'Jullie krijgen later toch geen werk' en doen andere discriminerende uitlatingen. Voor hem valt het allemaal onder één noemer: 'De Hollanders willen je laag houden.' Dat besef heeft zo rond zijn dertiende jaar Serhats houding tegenover zijn ouders sterk veranderd. Hij is zich verantwoordelijk gaan voelen en thuis de goede zoon geworden. Vol vuur vertelt hij hoe zijn vader altijd gekleineerd wordt op zijn werk. Hij sappelt altijd en wordt nooit serieus genomen, terwijl jongens die een bankkraak zetten en bling bling hebben, wel serieus genomen worden. Serhats geweten is meer intact dan zich aanvankelijk laat aanzien: 'Ik ben zo iemand die pas drie dagen later gaat denken: wat heb ik gedaan. En als je dan iemand gestoken zou hebben... Zo iemand heeft familie, man, dat wil ik toch niet.' Serhat zit in een verwarrend dilemma tussen respect, dat alleen te verkrijgen is met snelle bling bling zoals hij leert in de straatcultuur, en zijn geweten dat hem anders voorschrijft. Hij is opgevoed zonder verhalen over vroeger. 'Geen tijd, man.' Beide ouders werkten. Zijn morele ontwikkeling is vooral op de straat en door internetgames gevormd. Daarenboven vertelt hij dat hij tot vaders ongenoegen door moeder erg warm, maar volstrekt verwennend, is opgevoed en hij kan slecht tegen uitstel of zijn verlies.

Mijn aanvankelijke irritatie over de *victim identity* is al lang vervlogen en wat blijft is een gevoel aan het werk te willen met een eigenlijk goedwillende jongen. Serhats agressie blijkt vooral te worden getriggerd door zijn negatieve zelfbeeld en morele verwarring en dat wordt

de eerste focus van de behandeling. Liever dan benadrukken van goed en kwaad, is belangrijk dat de morele ontwikkeling wordt gestimuleerd. Dat wordt naar mijn ervaring juist in migrantengezinnen te vaak als vanzelf ontwikkelend aangenomen, terwijl de communicatieproblemen in deze gezinnen nogal eens juist de verhalen bedreigen die deze ontwikkeling kunnen stimuleren.

3 Intake van Temel

Temel komt na drie kwartier wachten bokkig binnen. Hij vraagt of we zullen stoppen, want hij heeft al besloten zijn moeder niet meer zo veel verdriet te doen. Ik geef aan naar een kop koffie te snakken en maar drie uur voor hen te hoeven vasten ‘terwijl hij het de hele dag moet volhouden’, maar ook te weten dat veel jongens smokkelen. Temel vertelt dat hij vast, maar na het verbreken de hele nacht tot het ontbijt feest met andere jongens. Vandaag kan hij overdag niet de hele dag doorslapen om het vasten te bekorten. Daarna vertelt hij over de moskee waar hij geld gegeven heeft voor mensen met honger, want ‘de christenen geven alleen als mensen zich bekeren.’ Meteen is de vijandschap tussen christenen (de intaker) en de moslimgemeenschap waartoe Temel zich rekent, in de kamer.

Het wij/zij-verschil dat Temel tussen de intaker en hemzelf zet, negeren of erop ingaan? Ik besluit het verschil buiten de werkrelatie te plaatsen en alleen in te gaan op de betekenis voor Temel.

Rousseau (2000) beschrijft het belang van afwisselend overeenkomst en verschillen benoemen, maar daartoe moet eerst een betere werkrelatie zijn ontstaan. Wimmer (2008) geeft aan dat degene die zichzelf apart, zet ook de afgrenzing versterkt.

Ik verzucht dat het tegenwoordig wel veel gedoe is om veertien te zijn. Je moet voortdurend respect afdwingen, bij de leraren, bij de Hollanders in het algemeen, in de peergroep en soms vast ook bij je oudere broer. Temel geeft een les over respect. Ik uit mijn bewondering dat hij zo diep heeft doorgedacht over dit onderwerp en Temel vertelt dat hij in de moskee daarover discussieert met oudere ‘studenten’.

Ik vraag hoe die studenten denken over stoer gedrag en over gehoorzaamheid naar ouders. Deze religieus-filosofische discussie geeft een inzicht in zijn sterke morele verwarring. Enerzijds zijn er de christenen en de *umma* (de islamitische geloofsgemeenschap die naties en etniciteiten overstijgt). De christenen proberen de *umma* klein te houden en tegen hen moet je je verzetten. Anderzijds heeft juist hij, als ‘betere zoon’ en lieveling na de moeilijke Serhat de taak om een goede zoon te zijn en even maatschappelijk succesvol en minstens net

zo goed te worden als de neef die op het hbo zit. Temel vertelt dat hij op de basisschool altijd het 'broertje van' was, dat ook wel een druktemaker zou zijn. Daarna beschrijft hij uitgebreid de discriminatie. Die is begonnen toen zijn ouders hem van school lieten wisselen, omdat de Cito-scores van zijn broer zo tegenvielen. Hij wil steeds verder leren. 'Werken heeft geen zin. Daar verdien je niets mee en wij Turken krijgen toch geen werk, dat houden ze voor de tatas (de correcte scheldterm voor Hollanders).' Temel heeft niets met zijn Koerdische wortels. Hij hoort bij de Turkse groep op straat en de Turkse mannen in de moskee.

Temel is zichtbaar boos tijdens zijn verhaal. Desgevraagd blijkt hij altijd boos te zijn als hij niet even iets leuks heeft of iets spannends doet. Chillen met de jongens is de beste remedie tegen deze dysforie. Knokken maakt dat hij zich even wat beter voelt. Daarom lokken ze soms ruzie uit met de Surinaamse groep van twee straten verder. Als er iets gebeurt met zo'n jongen, dan heeft die daar zelf om gevraagd. Zou hij iemand dood kunnen steken, zoals Serhat vreest? 'Nee, man.' Hij weet goed de grens. Hij is geen misdadiger.

Bij verdere exploratie blijkt de dysthymie sterk te zijn en te zijn begonnen in groep zes, toen in zijn beleving abrupt de steun van (de eerste) school wegviel. Hij vertelt nog hoe zwaar de teleurstelling van zijn vader was dat zijn tweede zoon, die vroeger zo rustig was, ook niet succesvol bleek. Zijn moeder beschermde hem vroeger altijd tegen zijn vader, maar sinds hij komt en gaat wanneer hij wil, steunt ze zijn vader in diens klacht over zijn gedrag. 'Dan zoekt ze het maar uit en ga ik juist weg.' Ik vraag hem of hij wel eens gedacht heeft over een capaciteitenonderzoek. Hij is er huiverig voor, maar vindt het wel een goed idee om het achter de hand te houden voor als deze klas een probleem wordt.

Ik besluit het gesprek met waardering voor zijn medewerking en respect voor zijn volhouden op school. Ik geef aan dat enige steun in de rug over dat rotgevoel de concentratie wel eens zou kunnen verbeteren. Agressieregulatiebehandeling kan wellicht helpen, maar alleen als hij het wil. Temel besluit zelf dat hij het eerst eens met de studenten van de moskee gaat bespreken, maar maakt wel vast een afspraak.

Ook tegenover Temel is mijn irritatie weggeëbd, nu ik me een beeld kan vormen van de eenzame worsteling van deze jongen.

Zowel de ADHD-diagnose als het capaciteitenonderzoek wordt in overleg met de jongens uitgesteld tot het draagvlak verbreed is en met name de ouders de uitslag kunnen verdragen. Immers, het doel van de jongens is hun agressie onder controle krijgen, en beiden vrezen verdere afkeuring door hun vader als de mogelijkheden tegen zouden vallen. Afkeuring van vader is inmiddels bij beiden gebleken een risicofactor voor agressie te zijn.

Daarbij komt dat de betrouwbaarheid van een dergelijk onderzoek beperkt is (vgl. Van de Vijver 2011).

Tot slot loop ik met de jongens mee naar de auto waar vader wacht. Ik maak een praatje met hem en laat vallen dat ik eerst dacht dat hij veel reden tot zorgen heeft, maar nu vooral vind dat hij zonen heeft om trots op te zijn: Serhat is heel eerlijk en Temel een echte doorzetter. De drie mannen beginnen te glimmen en beloven meteen na afloop van de ramadan terug te komen voor beraad over hoe we verder gaan. Vertalen blijkt eigenlijk niet nodig.

Tot slot

Hier is de intake beschreven van twee broers die worden aangemeld met een gedragsstoornis. Ze blijken beiden een kwetsbaarheid te hebben (respectievelijk ADHD en dysthymie), maar zijn ook beiden sterk beïnvloed door de *victim identity* die altijd op de loer ligt bij jonge leden van een culturele religieuze minderheid waarin men zich gediscrimineerd voelt (Pyrooz et al. 2009). Migratiegebonden en cultuurgebonden zaken blijken een rol te hebben gespeeld. Beiden voelen zich erg kwetsbaar en alleen. Hun problemen zijn toegenomen na verlies van een steunfiguur (de Koerdische opa voor Serhat en mensen op de eerste school voor Temel). Ze worstelen met identiteitsverwarring, wellicht versterkt door verschillende opvattingen van de ouders en problemen met de morele ontwikkeling.

De tussen thuiswereld en buitenwereld ‘verspringende’ vorm van gedragsstoornis maakt aannemelijk dat factoren die samenhangen met migratie en de daaruit volgende minderheidspositie en interpretaties een grote rol spelen bij het probleemgedrag.

Door verder te vragen naar hun context en culturele achtergrond is ook duidelijk geworden dat de factoren die de problemen uitlokken en in stand houden, voor beiden verschillen. Ook de identiteitsproblematiek waarmee ze worstelen, ligt op verschillende terreinen. De focus van de behandeling kan nu bij elk van hen beter op maat worden gesneden, ook omdat de werkrelatie goed op gang is gekomen.

De extra tijdsinvestering van dertig minuten lijkt daarmee ruimschoots terugverdiend.

Collins & Arthur (2010) spreken van *culture infused counseling* en stellen dat het niet doenlijk is om voor alle groepen die zich in de diversiteit onderscheiden, aangepaste behandeltechnieken te ontwerpen. Niettemin vormt onafhankelijk van de toegepaste techniek, de werkrelatie de kern van de behandeling. Daarin dient de behandelaar steeds alert te zijn op zijn aannames, waarden en

oordelen en op zijn visie op de wereld van de cliënt. Met hulp van die werkrelatie kan een samenwerking tot stand komen met wederzijds vertrouwen, die kan leiden tot overeenkomst over doelen en taken, op weg naar waar de cliënt wil komen.

Het onderzoek van Chang (2009) wijst erop dat het zich bewust zijn van de macht en de geprivilegieerde positie van behandelaars ten opzichte van sommige cliënten van groot belang is en dat geldt ook voor het zich verdiepen in de culturele en sociaaleconomische achtergrond van een cliënt.

Het oude medische adagium luidt: diagnostiek is deduceren, reduceren, verifiëren. In de psychiatrie is de lat waarlangs de symptomen worden geverifieerd nu eenmaal gekleurd door de (culturele) context van zowel onderzochte als van onderzoeker. Wie over de grenzen van culturen werkt, zal dus ook steeds zijn gedachten over de lat zelf moeten verifiëren. Dit vergt een extra inspanning, die zich echter terugverdient in efficiëntie bij en plezier in het werk. De hier beschreven casus wil dit illustreren.



Hoofdstuk 6

De implementatie van het Culturele Interview in een forensisch psychiatrisch centrum

Nienke Verstegen, Okke Wisse

De Van der Hoeven Kliniek is een instelling voor forensische psychiatrie te Utrecht. Er wordt behandeling geboden aan patiënten die met justitie in aanraking zijn gekomen of dreigen te komen. De meeste patiënten zijn in het kader van een tbs-maatregel opgenomen. In 2003 heeft de interne werkgroep interculturalisatie het Culturele Interview geïntroduceerd. De ervaringen zijn overwegend positief: het Culturele Interview is een beproefde manier om meer te weten te komen over de achtergrond van de patiënt. Tegelijkertijd is gebleken dat de uitgangspunten van het forensische werk en van het Culturele Interview zich niet zonder meer laten verenigen. In de Van der Hoeven Kliniek wordt het Culturele Interview ingezet om tbs-patiënten hun levensverhaal te laten vertellen en ze daar autonomie over te geven. Dit lijkt in contrast te staan met de aard van de tbs-maatregel, waarin de autonomie van de patiënten juist beperkt is. Zeemannen moesten in de Griekse mythologie laveren tussen het zeskoppige monster Scylla en de draaikolk Charybdis, die zich aan weerszijden van een zee-engte bevonden. Het werken met het Culturele Interview in een forensische setting vereist een even zo zorgvuldige beweging tussen enerzijds het inperken van de autonomie van de patiënt en hem anderzijds erkennen als eigenaar van zijn verhaal. We leggen uit waarom het luisteren naar levensverhalen van tbs-patiënten niet eenvoudig is, maar wel noodzakelijk.

Narratief werken in de tbs

De rechter kan een verdachte tot terbeschikkingstelling met bevel tot verpleging veroordelen als er sprake is van een ernstig misdrijf gepleegd onder invloed van een psychiatrische ziekte of stoornis. De verdachte heeft behandeling nodig om de kans op het plegen van een nieuw delict te minimaliseren.

Gedurende de tbs-behandeling volgt de patiënt een intensief behandelprogramma om een veilige resocialisatie mogelijk te maken. Vrijheid en autonomie zijn daarin relatieve begrippen. Een perspectievolle tbs-behandeling vraagt van patiënten namelijk een ware omslag in denken en handelen. Deze omslag is niet af te dwingen, maar helemaal vrijwillig vindt deze ook niet plaats. De behandeling verloopt voorspoediger, indien de patiënt en zijn behandelaren overeenstemming bereiken over onder meer de diagnose, de delictanalyse en de gestelde behandeldoelen. Zonder deze overeenstemming ontbreekt het behandelaren al snel aan vertrouwen in de patiënt. Bovendien schatten zij de kans op bijvoorbeeld ongeoorloofde afwezigheid of terugval in (seksueel) gewelddadig gedrag dan hoger in.

Dat deze overeenstemming tussen behandelaar en patiënt niet vanzelfsprekend is, blijkt uit het onderzoek naar de voorgeschiedenis van de patiënt. Niet alleen het gedrag in het heden wordt onder de loep genomen tijdens een tbs-behandeling, maar ook de wijze waarop de patiënt is opgegroeid is belangrijk.

Het gebeurt regelmatig dat patiënten het op een aantal punten oneens zijn met de feiten en interpretaties daarvan die in hun dossier zijn vastgelegd. Een patiënt pleegt een delict zelden vanuit het niets. In de periode daaraan voorafgaand gaat het vaak slechter met hem. Voor behandelaars is dit belangrijke informatie. Alleen als zij precies weten wat er in het verleden is gebeurd, kunnen zij inschatten wat de patiënt tijdens zijn behandeling moet leren om recidive te voorkomen. Minder voorspoedige periodes in het leven van de patiënt, die voorafgingen aan de periode waarin het delict is gepleegd, wegen behandelaars daarom vaak mee in de verklaring voor de aanloop naar het delict. Dat doet niet altijd recht aan de herinnering van de patiënt en roept daarom vragen op. Waren de ruzies uit het verleden niet doodnormaal en is het terecht ze nu als een opmaat naar het delict te beschouwen? Schoot moeder werkelijk ernstig tekort of is dit vooral een psychologische verklaring achteraf? Was het drugsgebruik tijdens de puberteit buitensporig of gebruikte iedereen drugs? Een voor geschiedenis in het dossier vertelt een verhaal en dat is niet altijd het verhaal van de patiënt zelf.

Het verhaal van de patiënt

Meningsverschillen over de interpretatie van de voorgeschiedenis komen geregeld voor. Om deze te overbruggen is het van belang goed naar elkaar te luisteren en aandacht te hebben voor het verhaal dat patiënten vertellen over hun eigen leven. Patiënten krijgen bijvoorbeeld altijd de gelegenheid aan te geven met welke zaken in hun dossier ze het niet eens zijn. Daarnaast nemen patiënten hun levensloop door met hun psychotherapeut. Deze informatie wordt gebruikt als leidraad bij het opstellen van een cognitief profiel. Daarin beschrijft de behandelaar wat patiënten hebben meegemaakt in hun leven, welke invloed dat heeft gehad op hun persoonlijkheidsontwikkeling en hoe dat heeft geleid tot schade aan zichzelf en anderen. Als culturele aspecten daarin van belang zijn, komen deze in principe in het profiel aan bod. Het hanteren van het levensverhaal als uitgangspunt voor de behandeling wordt de narratieve benadering genoemd (van het Latijnse woord *narrare* voor vertellen).

Het inzetten van deze narratieve benadering draagt bij aan een beter begrip van de patiënt en kan daardoor de behandeling vlotter doen verlopen. In sommige gevallen kan het een volkomen vastgelopen behandeling zelfs weer op gang helpen. Een voorbeeld daarvan is de patiënt die op grond van een sektarische overtuiging een reeks ernstige delicten heeft gepleegd. De psychiater diagnosticeerde deze overtuiging als een waan. Dat wierp een flinke drempel op voor de bespreking van de ‘heilige’ overtuiging van de patiënt en de daaruit voortgekomen delicten. Na enige tijd werd de overtuiging van de patiënt in kwestie niet langer aangevallen, maar zorgvuldig uitgevraagd en verkend. Zo kwam onder meer de (weliswaar bizarre) coherentie van zijn overtuiging aan het licht. Juist die coherentie bood mogelijkheden om de patiënt te confronteren met de ham-

vraag: hoe kan jouw ‘heil’ tot zoveel onheil voor anderen leiden? De aanvanke-lijk vastgelopen behandeling kwam mede door deze benadering weer in bewe-ling. Uiteindelijk leidde dat tot inzicht bij de patiënt en ontslag.

Weerstand

Toch stuit een louter narratieve benadering binnen de tbs-kliniek op begrijpe-lijke weerstanden. Het uitgangspunt van de behandeling is niet zozeer de hulpvraag van de patiënt zelf, maar de opdracht om de veiligheid in de samen-leving te vergroten. De tbs-patiënt lijdt aan een of meerdere psychische stoor-nissen, waardoor hij een risico voor anderen kan zijn. Dat risico moet worden geminimaliseerd. Het belang van de patiënt is daaraan ondergeschikt.¹ Alles wat de patiënt zegt of doet in de kliniek, maakt deel uit van zijn behandeling. Niet alleen het wekelijkse uur psychotherapie, maar ook de sportlessen en de recreatieve momenten in de avonduren. En als alles van belang is, is ook alles beladen. Het eigen verhaal van de patiënt zal ook met diagnostische oren wor-den beluisterd. Welke elementen uit het levensverhaal bevestigen de diagnose en de risicotaxatie? Waar verontschuldigt de patiënt zich of leidt hij de aan-dacht af van de kern van zijn behandeling? In hoeverre duiden de verschillen tussen het eigen levensverhaal en de voorgeschiedenis zoals in het dossier wordt beschreven, op een gebrek aan overeenstemming over de problematiek en de noodzaak van behandeling?

Een narratieve benadering is binnen de tbs-kliniek altijd een belaste benade-ning vanwege de bijzondere aard van de tbs-maatregel. Ook het eigen levens-verhaal van de patiënt wordt gehoord en geïnterpreteerd in het licht van de pri-maire opdracht van de tbs-kliniek: het beschermen van de samenleving door behandeling te bieden aan patiënten die anders een grote kans hebben te reci-diveren in gewelddadig gedrag.

Het Culturele Interview als narratief

In 2003 werd het Culturele Interview (Rohlof et al. 2002) in de Van der Hoe-ven Kliniek geïntroduceerd. Het Culturele Interview in de Van der Hoeven Kliniek heeft, net als andere onderdelen van de behandeling, een narratieve be-nadering als grondslag en neemt het levensverhaal van de patiënt als uitgangs-punt. Een belangrijk verschil is dat het juist niet de bedoeling is om dit levens-verhaal te interpreteren in termen van behandeling – voor zover dat mogelijk is. Het interview is in de kliniek geïntroduceerd als podium voor patiënten om hun eigen verhaal te vertellen zonder dat erover wordt geoordeeld. Voor behan-delaren is het een middel om inzicht te verwerven in de beleavingswereld van de patiënt en deze beter te leren begrijpen. Dat kan helpen misverstanden te voor-komen en zo bijdragen aan een soepel lopende behandeling. De patiënt is vol-

ledig vrij om tijdens het Culturele Interview te vertellen over zijn eigen leven en wat daarin belangrijk is. Het is de taak van de interviewers om daar iets van te leren, om goed te luisteren en geen waardeoordeel te vellen. Daarmee krijgen patiënten zeggenschap over hun levensverhaal, in een omgeving waarin hun vrijheden logischerwijs zijn ingeperkt.

Het culturenoverleg

Eind jaren negentig werd in de kliniek het culturenoverleg opgericht, een orgaan dat aandacht vraagt voor de positie van etnische minderheden in de kliniek. Dagelijkse ervaringen maakten duidelijk dat het nodig was om hier aandacht aan te besteden. Een groepje Antilliaanse patiënten kon het bijvoorbeeld niet laten om in de eigen taal met elkaar te overleggen. Ze werden daarop aangesproken, maar luisterden slecht. Uit een meer begripvolle benadering bleek dat hun gedrag niet alleen antisociaal maar juist ook sociaal geladen was. Hoe goed ze het Nederlands ook beheersten, het bleef hun tweede, en een door anderen opgelegde, taal die nauwelijks in de buurt kwam van hun innerlijke temperament en emotie. Bij een van deze Antilliaanse patiënten leidde dit tot een misverstand met zijn begeleiders. De patiënt kreeg toestemming om een weekend met zijn vriendin in de logeerflat van de kliniek door te brengen. Omdat de man een agressieprobleem had, waren zijn begeleiders vooral geïnteresseerd in de vraag wat er zou gebeuren als de twee ruzie zouden maken. Maar de ruzie bleef uit. De groepsleiding verzekerde de patiënt daarop dat hij 'best wel eens ruzie mocht maken' met zijn vriendin. De patiënt was hoogst verbaasd over deze 'geruststelling'. Twee weken later werd in een gesprek bij zijn psychotherapeut duidelijk waarom. De patiënt dacht bij het woord 'ruzie' als vanzelf aan een gewelddadige confrontatie met zijn vriendin en begreep niet dat het 'best wel eens mocht'. Een talig, maar ook cultureel bepaald misverstand.

Het culturenoverleg komt nog steeds maandelijks bij elkaar en streeft ernaar behandelaars bewust te maken van de culturele diversiteit van de tbs-populatie. Het overleg bestaat uit kliniek-medewerkers van verschillende disciplines. Gemiddeld is er een groep van ongeveer zes vaste leden, aangevuld met deelnemers die wisselend aanwezig zijn. Enkele leden van het eerste uur behoren nog steeds tot de vaste kern.

Vanzelfsprekend komen niet alleen patiënten met een niet-Nederlandse etnische achtergrond in aanmerking voor het Culturele Interview. In principe wordt het interview bij elke patiënt afgenomen, als het behandelingsteam dat zinvol vindt. Met 47 patiënten is in de loop der jaren een Cultureel Interview gehouden. Van hen zijn er 10 in Nederland geboren, evenals hun beide ouders (autochtoon); 12 patiënten zijn in Nederland geboren, terwijl één of beide ouders in het buitenland is geboren (tweede generatie allochtoon); 25 patiënten zijn niet in Nederland geboren, evenals hun ouders (eerste generatie allochtoon). Meestal zijn drie gesprekken voldoende. Per situatie wordt echter bekeken hoeveel tijd er nodig is. Deze tijd wordt er ook voor uitgetrokken.

De redenen voor het interview zijn divers en kunnen per situatie verschillen. In veel gevallen vragen behandelteams het afnemen van het Culturele Interview aan om meer te leren over de achtergrond van de patiënt, of dat nou het Turkse dorpsleven behelst, het Nederlandse drugscircuit, de grootstedelijke straatcultuur of iets geheel anders. In andere gevallen is het bedoeld om het contact tussen de patiënt en zijn begeleiders beter te laten verlopen of bedoeld om een veilige situatie te creëren, waarin patiënten over zichzelf kunnen vertellen.

Casus 1

Een even intrigerend als precair voorbeeld van het creëren van zo'n veilige ruimte is de autochtone patiënt die alweer enige tijd geleden een tbs-maatregel heeft gekregen vanwege pedoseksuele delicten. Deze delicten heeft hij gepleegd in een tijd dat er in Nederland anders over pedofilie werd gedacht dan tegenwoordig. Het geschiedenisprogramma *Andere Tijden* heeft daar in maart 2011 aandacht aan besteed. Prominente Nederlanders braken vroeger publiekelijk een lans voor bepaalde vormen van intiem en/of seksueel contact tussen minderjarigen en volwassenen. Die tijd is zonder twijfel voorbij. Volgens deze patiënt is de 'andere' tijd met zijn 'andere' normen van invloed geweest op zijn delictgedrag. Maar als hij hiervoor aandacht vraagt, roept dat al snel de verdenking van verontschuldiging of bagatellisering op. Dat komt de voortgang in zijn behandeling niet ten goede. Het Culturele Interview was in deze situatie de aangewezen methode om aandacht te besteden aan de verschuivingen in de normen en publiekelijke verontwaardiging over het onderwerp pedofilie. Niet om de betreffende patiënt te verontschuldigen, maar wel om recht te doen aan zijn eigen beleving en zijn delictgedrag (mede) te plaatsen tegen de achtergrond van de toenmalige cultuur (die hij overigens ook volgens de normen van die tijd ver overschreed).

Nieuw instrument (fase één)

In de loop der jaren is de doelstelling van het Culturele Interview niet veranderd. Aan de procedure, de manier waarop het Culturele Interview wordt uitgevoerd, is veel meer gesleuteld. Daarin zijn twee grote veranderingen te onderscheiden. De eerste grote verandering is in 2007, wanneer de vragenlijst geheel wordt aangepast. In 2009 worden de manier van interviewen en de procedure voor de verslaglegging veranderd.

Vanaf het begin zijn de vragen van het oorspronkelijke interview gebruikt (Rohlof et al. 2002). De begeleiders van de patiënt nemen het Culturele Interview af. Zij staan in de kliniek het dichtst bij de patiënt en hebben dus veel baat bij het instrument. De leden van het culturenoverleg dragen zorg voor de coördinatie van het Culturele Interview. Ze wakkeren ook de belangstelling voor

het Culturele Interview aan en geven voorlichting over het instrument tijdens teambesprekingen en werkbegeleidingsbijeenkomsten voor nieuwe medewerkers. Wanneer de groepsbegeleiders geen tijd hebben om het Culturele Interview af te nemen, doen de leden van het cultureloverleg het zelf.

In deze periode (2003-2007) schreef de interviewer een verslag van de gesprekken met de patiënt en bepaalde de patiënt vervolgens wat er met dit verslag gebeurde. Daarin was hij helemaal vrij; uitgangspunt van het Culturele Interview in de kliniek is immers dat de patiënt eigenaar is van zijn verhaal. Wel werd gestimuleerd dat de patiënt het verslag minstens aan een aantal belangrijke anderen in de behandeling liet lezen. De bedoeling is immers om de patiënt beter te leren kennen en er iets van te leren. Met deze werkwijze kon het Culturele Interview een zinvolle bijdrage leveren aan de behandeling. De casus van een Surinaams-Nederlandse patiënt laat dat zien.

Casus 2

Deze patiënt vertelde over de verhalen die hij van huis uit had meegekregen over de vernederingen die de slaven in Suriname hadden moeten ondergaan. Op momenten dat deze toch al wat wantrouwende man zich tekort gedaan voelde of naar zijn gevoel zonder respect behandeld werd, doken deze verhalen in hem op en versterkten zijn gevoeligheid voor en afkeer van de overwegend blanke behandelaars. De man was zich in detentie en tijdens de behandeling steeds meer verbonden gaan voelen met zijn afkomst. Op advies van zijn zus was hij zich ritueel gaan wassen in zijn kamer. In het Culturele Interview vertelde hij uitgebreid over zowel de verhalen van zijn betovergrootvader die de slavernij nog had meegemaakt, als over de heilzame kruiden die zijn zus voor hem meenam. Deze kruiden gebruikte hij voor de wassingen en die deden hem goed.

Toen het verslag van het Culturele Interview aan de man werd voorgelegd was hij zeer tevreden. 'Het staat er precies zoals ik het gezegd heb.' De man was de kliniekmedewerker die het interview afnam dankbaar. 'Het is voor het eerst dat ik hierover heb verteld en dat geeft een heel goed gevoel.' Maar toen hem gevraagd werd wat hij met het interviewverslag wilde doen, schudde de man het hoofd. 'Niets. Ik wil het voor mezelf houden.' Voor de interviewer was dat een teleurstelling. Hij probeerde de man ervan te overtuigen dat het verslag voor anderen zeer informatief kon zijn en wellicht van belang zou kunnen zijn in de behandeling. De patiënt wilde hier niets van weten. Hij vermoedde dat zijn gevoeligheid voor het slavernijverleden als een vorm van ziekelijke achterdocht zou worden gezien en vreesde dat de rituele wassingen verward zouden worden met zwarte magie en psychotische gevoeligheid.

Toch was de man blij met de manier waarop er in de interviewsessies naar hem was geluisterd en vond hij het fijn niet één maar vier exemplaren van het verslag te ontvangen van de interviewer. Enkele weken later werd duidelijk wat hij daarmee wilde. Zijn hoofd behandeling, psychotherapeut en buitendienstmedewerker (die de familiecontacten onderhoudt) hadden na rijp beraad het

verslag van het Culturele Interview van hem ontvangen met het uitdrukkelijke verzoek het niet verder te verspreiden. Aldus geschiedde en het Culturele Interview leverde op die manier een waardevolle bijdrage aan de verdere behandeling. Het deed de patiënt goed dat hij een veilige manier had gevonden om deze belaste kwesties te bespreken met zijn behandelaars. Bovendien voelde hij zich hierin respectvol behandeld.

Nieuwe vragenlijst (fase twee)

Gedurende enkele jaren is op de hierboven omschreven manier gewerkt met het Culturele Interview. Patiënten waardeerden de gelegenheid om hun verhaal te vertellen en de zeggenschap die ze hierover kregen. Maar hoewel de verslagen met interesse werden gelezen, vond de inhoud weinig weerslag in de dagelijkse praktijk. Men miste een koppeling tussen het verleden van de patiënt, zoals door hem verwoord in het Culturele Interview, en het heden in de kliniek. Daarom heeft het culturenoverleg in 2007 een nieuwe versie van het Culturele Interview ontwikkeld. Aan het oorspronkelijke interview is een reeks vragen toegevoegd, gebaseerd op de vijf culturele dimensies van Geert Hofstede: machtsafstand, verhouding van individu tot de groep, gender, onzekerheidsvermijding en lange versus korte termijn (Hofstede 2007). De focus van het interview werd hierdoor breder. Het accent verschoof van de ziektebeleving en de diagnostiek naar het algemene levensverhaal en de normen en waarden van de patiënt. De vijf culturele dimensies van Hofstede boden daarvoor een heldere ingang. Bovendien hadden ze grote raakvlakken met de dagelijkse praktijk in de kliniek. De patiënt die gewend is om als mannelijk gezinshoofd niet te worden tegengesproken, zal er in de kliniek wellicht moeite mee hebben dat jonge, vrouwelijke groepsleiders hem in zijn kamer insluiten. De patiënt die kort na zijn opname in de kliniek pasteitjes voor alle patiënten en medewerkers gaat bakken, vertoont wellicht geen ‘manipulatief’ gedrag, maar cultureel bepaald sociaal gedrag. En de patiënt die is opgegroeid in armoede en steeds maar ‘te veel’ boodschappen koopt, is niet per se spilziek of impulsief. Hij heeft wellicht last van een oude hamstergewoonte. Voor patiënten die moeite hebben met ‘onzekerheden’, kan het ten slotte een enorme klus zijn om in de eerste maanden door te krijgen wie aan welke touwtjes trekt in de kliniek. De dimensies van Hofstede werden op deze manier ingezet om individuele patiënten beter te begrijpen.

Aanpassingen aan de vragenlijst

Ter illustratie volgen hieronder enkele voorbeelden van vragen die zijn toegevoegd aan het Culturele Interview naar aanleiding van de vijf culturele dimensies van Geert Hofstede. Daarbij dient aangemerkt te worden dat deze vragen slechts een ingang bieden tot het gesprek en een hulpmiddel zijn om de patiënt te laten vertellen over zijn leven. De vragen zijn niet leidend.

Gezagsverhoudingen

- Wie mag jou aanspreken of terechtwijzen?
- Wanneer verdient iemand respect in jouw ogen?

Individu – groep

- Wat betekent familie voor jou?
- Wat verwacht je van jouw familie en wat verwacht je familie van jou?
- Waarmee kan iemand jou het hardste kwetsen?

Vrouw – man

- Welke rol hadden mannen en vrouwen binnen jouw familie?

Onzekerheid – risico

- Voor wie of wat werd je als kind gewaarschuwd?
- Wat vind je van regels? Heb je het liefst voor alles een duidelijke regel of zoek je het liever zelf uit?

Lange of korte termijn

- Wat kan je het beste met je geld doen? Sparen voor later of nu uitgeven en ervan genieten?
- Hoe gaat men binnen jouw familiecultuur om met vrije tijd?

Het vernieuwde Culturele Interview leverde veel gespreksstof op. De dimensies van Hofstede bleken een bruikbare manier om met patiënten te praten over hun culturele achtergrond in de breedste zin van het woord. Tegelijkertijd leek het model neveneffecten te scheppen die niet gewenst waren. Het model van Hofstede is ontwikkeld om culturen te classificeren om ze te kunnen vergelijken. Bewustzijn van deze verschillen maakt het mogelijk erop in te spelen en cultureel bepaalde misverstanden in de communicatie te voorkomen. Dit vergelijkende aspect vond ook zijn weerslag in de aangepaste versie van het Culturele Interview. Impliciet lag aan de verslaglegging de vraag ten grondslag op welke punten de patiënt afwijkt van de ‘gemiddelde Nederlandse cultuur’? Deze vraag kon echter niet op een verantwoorde manier worden beantwoord. Om deze vergelijking te kunnen maken moet een gedegen beeld worden geschetst van de volledige culturele achtergrond van de patiënt. Op basis van enkele gesprekken is dat een onmogelijke opgave. Bovendien kan worden betwist wat onder ‘de gemiddelde Nederlandse cultuur’ wordt verstaan.

Dat was echter niet de belangrijkste reden waarom van deze vergelijkende benadering afstand werd genomen. Het Culturele Interview is bedoeld om onvoorwaardelijk naar de patiënt te luisteren. Het verslag dient hiervan de weergave te zijn en is niet bedoeld om aanvullende vragen te beantwoorden. Na enkele interviews werd het vergelijkende aspect daarom volledig losgelaten. De vragen gebaseerd op de dimensies van Hofstede bleven wel gehandhaafd, hoewel ze ondergeschikt werden aan wat de patiënt zelf te vertellen heeft. De the-

ma's van Hofstede bieden in de meeste situaties een goede inleiding, maar zijn ook niet meer dan dat. Het Culturele Interview laat de ruimte om sommige vragen en onderwerpen zeer uitvoerig te bespreken en andere juist over te slaan.

Nieuwe procedure (fase drie)

De aanpak met het verhaal van de patiënt als uitgangspunt zorgde voor meer interesse en waardering bij de kliniekmedewerkers die de verslagen mochten inzien. Een belangrijke premisse van het Culturele Interview in de kliniek is dat de patiënt eigenaar is van zijn verhaal. Nog steeds bepaalde de patiënt wie toegang had tot zijn eigendom. Bovendien maakte het Culturele Interview geen verplicht onderdeel uit van de behandeling: de patiënt bepaalde zelf of hij eraan wilde meewerken. Begin 2009 ontstonden twijfels over de wenselijkheid van deze situatie. De oude situatie leek niet langer houdbaar. Als het interviewverslag belangrijke informatie bevat, waardoor men de patiënt beter kan begrijpen en de behandeling dus soepeler kan verlopen, dan moet deze informatie voor alle kliniekmedewerkers toegankelijk zijn. Zo komt het Culturele Interview dicht bij de behandeling te staan en wordt het dus ook minder vrijblijvend. Veiligheid in de kliniek betekent immers elkaar kennen en weten wat er speelt.

Daarom is afgesproken dat de afgeronde verslagen van Culturele Interviews worden opgenomen in de dagelijkse notulen die onder alle kliniekmedewerkers worden verspreid. Het verslag wordt opgenomen in het digitale dossier van de patiënt. De oude afspraak bleef bestaan dat de patiënt akkoord moet gaan met het verslag en hierin wijzigingen mag aanbrengen, voordat het verspreid wordt. Daarmee blijft hij autonomie houden over zijn levensverhaal. Voorafgaand aan het interview worden deze afspraken duidelijk aan de patiënt verteld. De patiënt kan, net als in de eerdere fasen, zelf besluiten of hij instemt met het Culturele Interview. In één geval heeft een patiënt besloten om af te zien van het interview, terwijl hij onder de oude afspraken wel akkoord was gegaan. Deze patiënt (gediagnosticeerd met schizofrenie van het paranoïde type) durfde zijn verhaal niet prijs te geven aan alle kliniekmedewerkers.

Tegelijk met de nieuwe afspraken over de verspreiding van de verslaglegging, zijn ook nieuwe afspraken gemaakt over de afname van de interviews. Tot nu toe nam de groepsleiding het interview af en indien nodig een lid van het culturenoverleg. Voortaan wordt nu het Culturele Interview in duovorm afgenomen. Iemand uit de groepsleiding (die van alle behandeldisciplines het dichtst bij de patiënt staat) doet het samen met iemand van het culturenoverleg (die het Culturele Interview goed kent en ervaren is in deze vorm van interviews). Het culturenoverleg draagt zorg voor de verslaglegging. Deze combinatie komt de kwaliteit van het Culturele Interview ten goede. Het instrument is ge-

makkelijker in gebruik, omdat beide interviewers van elkaars expertise profiteren en de groepsleiding geen tijd meer hoeft vrij te maken voor de verslaglegging.

Casus 3

De nieuwe aanpak, gevoed door de wens transparant te zijn, leidde tot onverwachte situaties. Een van oorsprong Noord-Afrikaanse patiënt was na enig aandringen bereid mee te werken aan het Culturele Interview. De man werd verzekerd dat hij alle zeggenschap had over de uiteindelijke versie van het verslag. Tijdens de twee gesprekken die een lid van het culturenoverleg en een groepsleider met de man voerden, vertelde hij ronduit over de verhoudingen binnen zijn familie. Het werd duidelijk dat deze familieverhoudingen niet losstonden van de manier waarop hij aan lager wal was geraakt. De man leek gemakkelijk over alles te vertellen. Hij maakte ook duidelijk dat het geenszins de bedoeling was om zijn familie waar dan ook de schuld van te geven. Wat hij had misdaan, was zijn eigen schuld.

Kort voordat het conceptverslag van het interview klaar was, begon de man ongerust te worden. Hij had blijkbaar teruggedacht aan de open manier waarop hij over zijn familie had verteld en hij had angst om zijn eigen woorden te lezen. Dat lukte hem dan ook niet. Toen het conceptverslag voor hem lag, kon hij bijna geen letter lezen. 'Ik wil niet dat iemand dit ooit leest', zei hij en legde uit waar hij bang voor was: er zal gedacht worden dat mijn familie de schuld van alles is en dat is niet zo. De verzekering dat zijn mening heel duidelijk in het verslag was opgenomen, hielp niet. De man versnipperde het concept en beriep zich op de toezegging dat hij het laatste woord zou hebben. Zijn laatste woord luidde: er komt helemaal geen verslag. Hoewel hij toegaf dat het een vrijwel woordelijk verslag was van wat hij gezegd had, was hij het met ieder woord uit het concept oneens.

De man vertelde zijn psychotherapeute wel wat er gebeurd was. Zij was vanzelfsprekend erg geïnteresseerd in het verslag en maakte de afspraak dat ze het misschien ooit zou mogen lezen. Tijdens de dagelijkse multidisciplinaire vergadering, waarin alle patiëntgebonden zaken worden besproken, werd uitgelegd dat er geen interviewverslag van deze patiënt zou worden gepubliceerd. De aanwezigen reageerden verdeeld en een enkeling vond dat het eigenlijk niet zo kon. Een betere gang van zaken in zulke gevallen kon echter niet worden gevonden.

Na de vergadering werd de man door enkele goedbedoelende kliniekmedewerkers aangesproken. Ze wilden hem motiveren om het interviewverslag als nog aan anderen te laten lezen. Nu raakte de man nog achterdochtiger. Hij zocht diezelfde dag de interviewer op met het dringende verzoek ieder spoor van het afgenomen interview te verwijderen. Dat gebeurde. Er is nu nergens meer een woord uit het conceptverslag te vinden. In de oude situatie was dat waarschijnlijk niet gebeurd. De patiënt had achteraf kunnen besluiten om het

verslag voorlopig aan niemand te laten lezen en dat had niet in de dagelijkse vergadering besproken hoeven worden.

Over de gang van zaken in bovenstaande casus is veel gesproken in de kliniek, zowel in het culturenoverleg als in de dagelijkse multidisciplinaire vergadering. Toch heeft de doelstelling van het Culturele Interview nooit ter discussie gestaan: de patiënt blijft eigenaar van zijn verhaal en dus ook van het verslag. Dat is de primaire afspraak en daaraan wordt niet getornd. Meewerken aan het Culturele Interview betekent in principe dat het verslag voor alle kliniekmedewerkers openbaar wordt gemaakt. Dat gebeurt echter pas nadat de patiënt instemt met de laatste versie van het verslag en alle gelegenheid heeft gekregen wijzigingen in het verslag aan te brengen. Het Culturele Interview is immers een hulpmiddel voor de patiënt in de zoektocht naar de betekenis die hij geeft aan zijn eigen leven.

Verhalen laten leven

Het culturenoverleg in de Van der Hoeven Kliniek probeert aandacht te vragen voor de invloed van cultuur op diagnostiek en behandeling. Het Culturele Interview is één manier om dat doel te bereiken. Daarnaast worden tal van andere activiteiten georganiseerd. Recent is bijvoorbeeld een thema-avond over discriminatie georganiseerd. Het motto: discrimineren doen we toch allemaal? Niet open en bloot; vaak wel op subtiele manieren waar men zich niet bewust van is. Wat willen we zien en waarvoor sluiten we liever onze ogen? Het Nederlands Terugspeel Theater werd uitgenodigd om hierbij te helpen. Verhalen vanuit het publiek zijn ter plekke uitgebeeld door professionele acteurs. Soms is het nodig om niet alleen te luisteren naar verhalen, zoals tijdens een Cultureel Interview, maar ze ook daadwerkelijk zichtbaar te maken.

Tot slot

Een forensische setting is een bijzondere omgeving om met het Culturele Interview te werken. In de Van der Hoeven Kliniek zijn nieuwe vragen, vormen en procedures beproefd. Het Culturele Interview is geïntroduceerd als podium voor patiënten om hun eigen verhaal te vertellen zonder dat erover geoordeeld wordt. Voor behandelaren is het een middel om inzicht te verwerven in de beleavingswereld van de patiënt. Deze doelstelling wordt nog altijd nagestreefd. De meeste patiënten zijn enthousiast over de serieuze manier waarop naar hen wordt geluisterd.

Tegelijkertijd heeft de ervaring geleerd dat dit niet gemakkelijk is. Aan de ene kant is het Culturele Interview een instrument voor empowerment van de patiënt. Aan de andere kant is het ook onderdeel van de (gezien de context noodzakelijke) pogingen van behandelaren om patiënten te disciplineren. De interviews worden ingezet als middel om de patiënten autonomie en zeggen-

schap over hun leven te geven, maar patiënten zullen zich uiteindelijk ook moeten voegen naar het einddoel van de tbs-maatregel: het beveiligen van de maatschappij. Soms staat dat haaks op elkaar. Het verslag wordt dan een arena; de patiënten zien het spanningsveld en weigeren afstand te doen van hun verhaal en toegang te geven tot het verslag. In de meeste gevallen is het echter andersom en ligt het in het verlengde van elkaar. Patiënten voelen zich begrepen, doordat tijdens het interview onvoorwaardelijk naar hen wordt geluisterd. Dat is niet alleen humaan. Het komt de werkrelatie ten goede en is belangrijk voor de veiligheid in het dagelijks werken met de patiënt.

Het afnemen van het Culturele Interview in een forensisch psychiatrische kliniek is laveren tussen Scylla en Charybdis. De baten zijn volgens ons echter vele malen groter dan de investering die het vergt. Het Culturele Interview als narratieve methode werpt licht op de betekenis die een patiënt aan zijn eigen leven geeft. Het kan bijdragen aan de missie van forensisch psychiatrische instellingen en dat maakt het tot een waardevol instrument.

Noot

¹ Een beter algemeen welbevinden van de patiënt zal in veel gevallen echter bijdragen aan het verlagen van het delict risico.



Casus 4

De lotgevallen van de Zweedse familie Van der Boom in Nederland

Jolanda Degen

Kennis van en inzicht in de culturele achtergrond van patiënten kan informatie opleveren die van belang is voor een succesvolle behandeling. In deze casus van een vrouw afkomstig uit Zweden biedt het Culturele Interview een nieuw perspectief op interventie. Ik ben met haar in contact gekomen in mijn werk als maatschappelijk werkende en systeemtherapeut bij GGZ Centraal. Het Culturele Interview leidde tot een nauwkeuriger formulering van de problematiek en gaf mij handvatten voor de behandeling van deze vrouw. Er ontstond een meer betekenisvolle relatie tussen haar en mij. Ze omschreef in één zin het dilemma van de verschillende identiteiten waarin zij zich gevangen voelde: ‘De lotgevallen van de Zweedse familie Van der Boom in Nederland.’ In het contact dat wij tot dan toe hadden, had zij nog niet eerder op die wijze over haar problemen gesproken.

Ik beschrijf achtereenvolgens de geschiedenis van deze vrouw zoals die mij bekend is, voorafgaand aan het Culturele Interview, de informatie uit het Culturele Interview zelf en de consequenties die het heeft voor de behandeling.

Voorgeschiedenis

De patiënte is de inmiddels 83-jarige mevrouw Van der Boom. Ze is van oorsprong Zweedse en ruim tien jaar weduwe. Sinds de jaren vijftig woont ze in het midden van het land, in Ermelo. Zij is geboren in de Zweedse stad Jönköping in 1927. Vader werkte in de bouw en moeder was huisvrouw. Hoewel vader met de handen werkte, behoorden ze tot ‘de intellectuelen’. Beide ouders hadden onderwijs genoten, vader zat in de gemeenteraad. Beide ouders en haar zus zijn inmiddels overleden, haar broer leeft nog en woont in Zweden. Het gezin was lid van de Lutherse Kerk, in die tijd de staatskerk in Zweden. Van haar kindertijd herinnert ze zich dat ze bronchitis had en veel ziek was.

Kort na de Tweede Wereldoorlog ontmoet zij in Zweden haar latere echtgenoot, een Nederlander die als machinist in een fabriek werkt. Hun eerste kind, een zoon, wordt in Zweden geboren. Begin jaren vijftig wordt mevrouw Van der Boom ernstig ziek. Ze krijgt pijnlijke knobbels over haar hele lichaam. Dat blijken ontstekingen te zijn en ze is, naar eigen zeggen, voor de poort van de dood weggehaald. Ze volgt de opleiding tot verpleegkundige, maar moet daarmee stoppen. Ze weet niet wat haar mankeert. Na deze ziekteperiode is ze nooit meer de oude geworden. Altijd is ze extreem vermoeid en ze heeft vaak longontstekingen. De huisarts heeft geen verklaring voor haar klachten. Zelf denkt ze altijd dat haar klachten ‘tussen de oren’ moeten zitten. Ze houdt zich altijd groot, uit zich weinig en wil niet dat anderen merken dat ze zich niet goed voelt. Wanneer ze tijdens een periode van ziekte enige maanden in het ziekenhuis ligt, neemt haar schoonmoeder haar kind mee naar Nederland. Ze ziet hem ruim een jaar niet. Haar schoonmoeder neemt een belangrijke plaats in in het leven van haar echtgenoot. Zij is een dominante vrouw, die veel zorgt

voor hem. Hij op zijn beurt mist haar erg. Hoewel haar man bezig is met naturalisatie, nemen ze het besluit naar Nederland te verhuizen. Ze gaan in Ermelo wonen, in de buurt van haar schoonmoeder. Daar wordt hun tweede kind geboren, een dochter.

Haar man is in de oorlog door de Duitsers tewerkgesteld op een mijnenveger en een onderzeeër. Hij heeft meerdere malen in levensbedreigende situaties verkeerd. Na de oorlog ontwikkelt hij klachten die we nu zouden duiden als een posttraumatisch stresssyndroom (ptss). Hij heeft regelmatig last van depressies en herbelevingen van zijn traumatische oorlogsverleden. Dit wordt door zijn omgeving niet onderkend.

Kort na het overlijden van haar man in 2001 trekt mevrouw in bij haar dochter in het tuinhuisje achter het huis. Ze maakt gebruik van het dagbestedingaanbod in het gereformeerde verzorgingshuis in de buurt. Daar hecht ze grote waarde aan. Ze is gesteld op mensen om haar heen. Het geeft haar afleiding. Ze noemt de overige deelnemers haar 'familie'. Ze heeft behalve haar zoon en dochter en kleinkinderen, geen verwanten in Nederland. Uit angst dat ze onvoldoende voor zichzelf zal kunnen zorgen, schrijft ze zich in voor een verzorgingstehuis. De feitelijke situatie en gezondheid geven daar op dat moment strikt genomen geen aanleiding toe.

Nu ze eenmaal in het verzorgingshuis woont, heeft ze spijt van haar keuze. Ze mist de oude dagbesteding. Die mag ze niet meer bezoeken omdat een dubbele verstrekking niet vergoed wordt. Ze mist haar dochter en haar kleinkinderen, die ze nu niet meer dagelijks ziet. In het verzorgingshuis voelt ze zich niet thuis. Ze heeft er weinig contacten.

Na het overlijden van haar echtgenoot is ze naar Zweden gegaan om uit te zoeken aan welke aandoening ze destijds leed. Na een lange zoektocht heeft ze boven tafel gekregen dat ze fibromyalgie had.¹ Die kennis stelt haar teleur. Als ze geweten had wat haar mankeerde en dat het om een chronische aandoening ging, dan waren haar veel ellende en minderwaardigheidsgevoelens bespaard gebleven.

Ze is hier verontwaardigd over en gaat intensief bezig met haar aandoening. Zo verzamelt ze allerlei krantenknipsels over fibromyalgie en is ze lid van de patiëntenvereniging geworden. Dat is in de periode dat ik vanuit de polikliniek ouderenspsychiatrie met haar in contact kom. Ze praat vaak over haar ziekte en is er in mijn beleving op gefixeerd. Daardoor komt ze niet toe aan relaties met andere bewoners en kan ze maar moeilijk wennen aan de gang van zaken in het verzorgingshuis. Ze dreigt in een isolement terecht te komen. 's Ochtends kan ze niet uit bed komen. Ze heeft de hele dag een sombere stemming en geeft met regelmaat aan dat het leven voor haar niet meer hoeft. Ze is in korte tijd vele kilo's aangekomen, vanwege het gebrek aan beweging en een verandering in eetpatroon. Ze komt amper van haar kamer af. Cognitief zijn er geen problemen, haar geheugen in tijd, plaats en persoon is goed in orde. In ge-

sprekken over haar familie of haar omgeving verwoordt ze haar situatie en gedachten adequaat.

Omdat mevrouw Van der Boom zich niet thuis voelt in het verzorgingshuis en het haar niet lukt contacten op te bouwen, gaat ze drie dagdelen per week naar de psychiatrische deeltijdgroep in het verzorgingshuis. Daar volgt ze de activiteiten en ontmoet ze de andere deelnemers, grotendeels bewoners van hetzelfde verzorgingshuis. In die groep voelt ze zich erg thuis en net als bij het dagbestedingsproject, wordt de groep haar familie. Zij heeft hiervoor nooit eerder contact gehad met de geestelijke gezondheidszorg en er zijn binnen haar familie geen mensen bekend die een psychiatrische behandeling hebben gehad.

In de deeltijdbehandeling is ze een welgeziene gaste en ze is overal voor in. Ze is enthousiast en een hartelijk persoon, die veel voor de groepsgenoten betekent. De deeltijdbehandeling zorgt ervoor dat haar dagen structuur krijgen en ze andere bewoners leert kennen. De combinatie van deeltijdbehandeling en individuele gesprekken met mij doen haar depressieve klachten verminderen. Met zekere regelmaat keren wel de sombere gedachten terug.

Het Culturele Interview

In de individuele gesprekken tijdens sombere periodes komen de problemen die ze ervaart bij het ouder en afhankelijk worden aan de orde. Ze is reëel over haar situatie en mogelijkheden, maar het blijft voor haar moeilijk te accepteren dat ze lichamelijk achteruitgaat en steeds meer een beroep op anderen moet doen. Ze wil onafhankelijk van anderen blijven. Hoewel de depressie nu niet meer op de voorgrond staat, is het met regelmaat zo dat ze een periode in bed blijft en somber is. Bij aanvang van de behandeling bezoek ik haar eenmaal per drie weken in haar appartement. Nu ze naar de psychiatrische deeltijdbehandeling in het verzorgingshuis gaat, zie ik haar op de momenten dat ze somber is. Ze is altijd vriendelijk en hartelijk wanneer ik voor gesprekken bij haar op huisbezoek verschijn. Ze is blij me te zien en beleeft, naar haar zeggen, veel aan het begeleidingscontact. Ze heeft het gevoel er niet alleen voor te staan.

In het kader van de training in het gebruik van het Culturele Interview die alle coördinerende behandelaren van GGZ Centraal volgen, vraag ik mevrouw Van der Boom of ik haar het Culturele Interview mag afnemen gezien haar Zweedse afkomst. Ze woont weliswaar al ongeveer vijfenvijftig jaar in Nederland, maar ik ben benieuwd of ze door haar Zweedse afkomst anders tegen ziek-zijn en haar klachten aankijkt. Ik leg haar uit wat de bedoeling is van het interview. Zij vraagt mij verbaasd: 'Heb ik een andere cultuur dan?' Naarmate het interview vordert, vertelt ze enthousiast over Zweden en de cultuur zoals zij die ervaren heeft. Ik heb hier aanvankelijk aarzelingen over, omdat ze Zweden al

vijfenvijftig jaar geleden heeft verlaten, en haar herinneringen misschien te veel idealiseert, maar besluit de situatie zoals zij die ziet als vertrekpunt te blijven nemen. Ik zal hier stilstaan bij twee onderdelen van het Culturele Interview: de culturele identiteit en de culturele verklaring voor haar klachten. De overige aspecten (culturele factoren die betrekking hebben op de psychosociale omgeving en culturele elementen in de relatie patiënt-behandelaar) laat ik hier achterwege.

Culturele identiteit

Mevrouw Van der Boom heeft twee culturele referentiegroepen. In de eerste plaats de Zweedse cultuur waar zij uit afkomstig is. Daarnaast de streng gereformeerde cultuur van Ermelo en haar schoonfamilie waar zij vervolgens terecht komt. Wanneer ze in Nederland arriveert, spreekt ze geen woord Nederlands. Ze voelt zich afhankelijk van haar schoonouders en van het woordenboek. Ze zegt zich te voelen als een koningskind: ze leeft in een gouden kooi, maar heeft niets te vertellen. Nu spreekt ze een charmant soort Nederlands, dat voor iedereen goed verstaanbaar is en waarin zij zich adequaat kan uitdrukken.

Ze heeft tot haar 24e in Jönköping gewoond. Ze omschrijft haar familie als warm en hecht. De normen en waarden die ze meegekregen heeft in haar opvoeding en die voor haar ook Zweeds zijn, zijn saamhorigheid, hoffelijkheid, gastvrijheid en familiewaarden. In Zweden staat het gelijkheidsprincipe hoog in het vaandel, niet alleen wat inkomen betreft, maar ook tussen mannen en vrouwen. Ze heeft in die tijd al een met de toenmalige mulo (mavo) vergelijkbaar diploma gehaald en deed de opleiding voor verpleegkundige. Kinderen worden behandeld als gelijken, hen wordt geen verhalen op de mouw gespeld, taboe-onderwerpen waar ze in Nederland tegenaan loopt, bijvoorbeeld over hoe kinderen worden geboren, bestaan niet.

Ze is zelf als kind nogal eens ziek (bronchitis) en wordt dan vertroeteld door haar moeder. Die brouwt eigen medicijnen voor haar, allerlei smeerseltjes, goed tegen het hoesten. Opa komt met zijn grote zwarte auto, de Droska, die in Zweden bekend staat als een 'koninklijke auto', zo vertelt ze, naar haar toe om te kijken of het allemaal wel goed gaat met zijn kleindochter. Er is in Zweden in het algemeen gesproken veel aandacht voor kinderen. Drie maal per jaar is er Kinderdag, Barnensdag, dan kunnen de kinderen gratis naar de kermis en krijgen ze traktaties. De ouders spelen altijd veel met hun kinderen, zo vertelt mevrouw Van der Boom.

De winters zijn lang en met veel sneeuw. Sporten als skiën, schaatsen en bobsleeën worden door iedereen beoefend. De Zweden houden van de natuur en vinden sport en gezondheid belangrijk. Feestdagen zoals Kerstmis en Pasen zijn belangrijke feesten, waar typische Zweedse gerechten op tafel komen. Het huis wordt versierd en de dag wordt met de hele familie gevierd. Andere fees-

ten als Midzomernacht en de Luciadagen worden enthousiast gevierd, er wordt op straat gedanst.

Ze is opgegroeid met de waarden dat onafhankelijk denken en voor je keuzes staan belangrijk zijn. Ze noemt dat typisch Zweeds. Volgens haar is dat terug te zien in de neutrale positie van Zweden tijdens de Tweede Wereldoorlog en in het niet meedoen met de euro. Het is ook een cultuur van ondernemers. Zij en haar man zouden naar een nieuw te bouwen stad in het Hoge Noorden van Zweden gaan verhuizen. Beiden hebben dan al een baan, hij als machinist en zij als verpleegkundige in het nieuw te bouwen ziekenhuis. Alles is voor die tijd ultramodern. Haar echtgenoot voelt zich een Zweed, spreekt de taal vloeiend en is bezig met naturalisatie. Het is een ondernemend en spannend leven. Alles is gericht op vooruitgang. Zweden hoeft niet zoals Nederland te denken aan een wederopbouw na de oorlog. Er is niets kapot. De Zweden staan als volk voor groei en dat past in de cultuur. Motto is: 'doelgericht zijn'. Ook haar langdurige ziekte lijkt hen niet in de weg te staan. Ziekte is te verslaan, als je maar gezond leeft en aanpakt.

Op het moment dat ze de verhuizing naar het Hoge Noorden voorbereiden, zegt haar echtgenoot ineens: 'Nu zie ik mammi nooit meer.' Op dat moment besluit zij naar Nederland te gaan. Het wordt haar duidelijk dat haar echtgenoot zijn moeder nodig heeft. In die tijd is er nog nauwelijks vliegverkeer of zelfs een trein naar Nederland vanuit Noord-Zweden. Bovendien is zij bezorgd over haar eigen gezondheid. Mocht zij overlijden, dan kan haar man weer trouwen met een Nederlandse vrouw. Het is een keuze die zij maakt, zonder de beweegredenen met haar man te delen. In Zweden geldt dat als je eenmaal een keuze hebt gemaakt, je er dan ook voor moet gaan en er niet op moet willen terugkomen: je verandert je mening niet zomaar.

In Nederland komt ze in een gesloten gemeenschap terecht. De Gereformeerde Kerk is een belangrijk onderdeel van het dagelijks leven. De leden letten erg op elkaar en controleren of er wel naar Gods Woord wordt geleefd. Wat de Kerk vindt en Gods Woord, daar moet je naar leven en niet naar wat je zelf vindt. Dat staat in scherp contrast met het onafhankelijkheidsdenken dat volgens haar in Zweden een groot goed is.

Volgens het gereformeerde geloof zijn de mensen belast met de erfzonde en dus schuldig, de mensen zijn afhankelijk van de wil van God. Zij hebben zelf geen invloed op de gebeurtenissen, niet voor en niet na de dood. God heeft alles voorbestemd, het leven en de dood. Je kunt er dan maar beter ook niet over praten. Wat haar echtgenoot heeft meegemaakt in de oorlog, is geen onderwerp van gesprek. Zijn ouders hebben nooit gevraagd hoe hij de oorlogsjaren heeft doorstaan. Hun redenering is: je kunt er maar beter niet meer bij stilstaan, want je kunt er toch niets aan veranderen; het is de wil van God. Wanneer hij depressief is, komt zijn moeder voor hem zorgen. Zij als partner wordt daar buiten gehouden. De boodschap aan haar is: zorg jij maar voor de kinderen. Ook wanneer haar kind wordt meegenomen naar Neder-

land, wordt daar nooit met enige compassie over gesproken, de zaken zijn zoals ze zijn.

Ze voelt zich in haar nieuwe woonomgeving een vreemde eend in de bijt, en probeert haar kinderen op Zweedse wijze op te voeden en zich niet te laten afleiden door de lokale mores. Zo viert ze Barnensdag met haar kinderen en gaat ze op zondag tegendraads ijs kopen in het naburige dorp. Ze geeft haar zoon en dochter seksuele voorlichting en speelt met hen op straat. Andere vrouwen begrijpen niet dat ze haar prioriteit niet bij haar huishouden legt. Haar schoonmoeder spreekt er schande van. Wat zullen de burens er wel niet van zeggen? Zelfs nu nog in het verzorgingshuis wordt er streng op elkaar gelet. Zo hoort ze eens achter haar rug, dat twee andere vrouwen haar uitmaken voor buitenlandse profiteur die de aow komt opstrijken. Ze eet vervolgens nooit meer in het restaurant, waar die vrouwen ook komen. Ze is zeer gekwetst en komt nooit meer terug op haar beslissing. Haar kinderen voelen zich niet alleen Nederlands, maar ook Zweeds. Zij trekken met regelmaat naar Zweden. Haar dochter heeft er een huis gekocht met wat land eromheen. Als ze daar aankomt, belt ze haar moeder op met de mededeling: 'Mama, ik ben thuis.'

Culturele verklaring voor de klachten

Mevrouw Van der Booms klachten worden door mij aanvankelijk geduid als aanpassingsproblematiek als gevolg van de overgang naar het verzorgingshuis en van de lichamelijke achteruitgang. Zij wordt meer en meer afhankelijk van haar kinderen en de hulpverlening, ze dreigt te vereenzamen en fixeert zich op haar lichamelijke aandoeningen. Tijdens het afnemen van het Culturele Interview komt een heel andere problematiek aan de oppervlakte. Zij voelt zich schuldig vanwege de beslissingen die zij genomen heeft. De beslissing om als gezin naar Nederland te verhuizen was háár beslissing, een die verstrekkende gevolgen heeft voor het hele gezin. Zij formuleert het als een veel te individualistische beslissing, een Zweedse beslissing, waar ze toentertijd niet meer op terug kon komen.

Haar hele gezin voelt zich Zweeds en zij heeft ervoor gezorgd dat ze nu in Nederland wonen. Ze neemt het zichzelf heel erg kwalijk en voelt zich schuldig. In beide culturen is de enige aangewezen weg: je lot dragen en doorgaan, het is immers je eigen beslissing. De Zweedse en de Nederlands-gereformeerde opvattingen over voldongen feiten versterken elkaar, weliswaar vanuit verschillende opvattingen. De beslissing naar Nederland te gaan kon niet meer teruggedraaid en ook niet meer besproken worden. Achteraf vindt ze dat ze de verkeerde keuze heeft gemaakt.

Ik vraag haar een naam te geven aan de problemen die ze ervaart. Ze zegt direct: 'De lotgevallen van de Zweedse familie Van der Boom in Nederland.' Ze associeert daarop door: de Zweedse vertaling van haar achternaam is träd

(boom). Dat klinkt als ‘treed’ en ze vertaalt het als ‘treed terug, naar Zweden.’ Zelfs haar naam is onderdeel van het probleemverhaal geworden.

Het Zweeds zijn en zich Zweeds voelen van de andere gezinsleden heeft veel effect gehad op hun leven. Haar echtgenoot zou in haar visie veel gelukkiger zijn geweest in Zweden en zou minder depressief zijn geworden. De kinderen en kleinkinderen gaan alle vakanties naar Zweden. Zij zitten dan daar en mevrouw Van der Boom blijft achter in Nederland. Ze heeft veel heimwee gehad en denkt dat haar vele ziek zijn daarmee te maken had. Van heimwee word je volgens haar immers ziek. Toen haar man stierf, werd ze nog zieker. De reden van emigratie was nu weggefallen en zij zat in Nederland vast. Ze zegt dat als er reïncarnatie zou zijn, ze haar leven over zou willen doen in Zweden. Haar conclusie, ‘Je moet nooit met een vreemdeling trouwen en naar een andere cultuur verhuizen’, is haar levensles geworden.

Het verhuizen naar het verzorgingshuis en het besluit weg te gaan bij haar dochter is ook weer zo’n individuele beslissing. Ze vindt dat haar kleinkinderen te veel tijd bij haar doorbrengen in plaats van bij hun moeder, wat de band tussen haar dochter en haar kinderen negatief kan beïnvloeden. Dit bespreekt ze echter niet met haar dochter. Nu ze alleen in het verzorgingshuis woont en lichamelijk niet meer sterk is, kan ze het leed niet meer dragen en reageert ze depressief op haar gedachten. Tijdens onze gesprekken zegt ze nooit eerder over deze problematiek gesproken te hebben, ze ervaart het als een bevrijding dat nu wel te doen.

Behandeling

Aanvankelijk is de diagnose: aanpassingsproblematiek naar aanleiding van een gedwongen verhuizing naar het verzorgingshuis, waar patiënte met depressieve klachten op reageert. Na het afnemen van het Culturele Interview wordt de diagnose aangepast van depressieve stoornis, ‘eenmalige episode’, naar ‘gedeeltelijk in remissie’. Ik kom tot een andere benadering in de behandeling. Ik kies voor een narratieve therapie (White 2009), omdat die ervan uitgaat dat de mens bepaald wordt door zijn of haar verhaal over zichzelf, zijn relaties en het probleem zelf. Het verhaal betekent in deze zin een verzameling van ideeën, gedachten en gevoelens.

In het Culturele Interview vertelt mevrouw Van der Boom haar eigen geschiedenis. In termen van de narratieve benadering brengt dat aan het licht dat ze die in een ‘beperkend probleemverhaal’ heeft gezet: ze vindt dat ze in het verleden de verkeerde keuzes heeft gemaakt. Alle gebeurtenissen in het gezin zijn beïnvloed door háár keuzes in het leven, dat is het overheersende, maar beperkende verhaal geworden. Zij is de verpersoonlijking van het probleem geworden. Haar zelfbeeld is ten gevolge daarvan heel negatief. Alle verhalen die niet

overeenkomen met deze probleemdefinitie worden naar de achtergrond gedrukt.

In de narratieve therapie wordt gezocht naar ‘unieke uitkomsten’ (White 2009). Unieke uitkomsten zijn in strijd met het ‘beperkende verhaal’ en geven weer ruimte voor een nieuw verhaal, waardoor er meer variatie in gevoelens, gedachten en gedragingen mogelijk wordt. Een belangrijk middel daartoe is het externaliseren van het beperkende verhaal. Voor haar is het een overtuiging dat ze de verkeerde keuzes heeft gemaakt in haar leven. Een Zweedse familie in Nederland met een Zweedse wijze van keuzes maken en beslissingen nemen die vervolgens niet goed uitpakken. Mijn behandeldoel in de gesprekken met haar is om deze unieke uitkomsten naar boven te halen, zodat deze betekenis en kracht krijgen in haar leven. Het verhaal dat zij nu vertelt over haar leven, beperkt haar in haar dagelijks functioneren. Ze moet meer oog krijgen voor de aspecten en gebeurtenissen in haar bestaan die het oude verhaal tegenspreken. Ik verwacht dat ze dan weer toegang krijgt tot een levensverhaal met meerdere dimensies, negatieve en positieve, waarin ze meer nuance ziet en dat daardoor voor haarzelf adequater is.

We praten over hoe ze haar echtgenoot heeft ontmoet en of ze verliefd op hem was. Dat beaamt ze. ‘Hij was een hele lieve man voor wie ik zo weer zou kiezen.’ Hij zag ook haar heimwee. Hij zei dan: ‘Trek je jas aan. We gaan naar de Ikea.’ Een ‘unieke uitkomst’: zij staat er niet alleen voor, haar man heeft haar heimwee gezien. Ook haar dochter, met wie ze het tussen de gesprekken door heeft gehad over haar keuzes in het leven, zegt haar heimwee gezien te hebben. Ze hilde als er Zweedse muziek gedraaid werd. Ze heeft nooit geweten dat haar dochter dit wist. Zo wordt haar duidelijk dat het dagelijks leven wel goed was en dat ze af en toe kon denken: hier ben ik gelukkig, hier hoor ik nu.

Haar kinderen zijn goed terechtgekomen in Nederland. Zij hebben ook de rijke ervaring van twee culturen meegekregen. Mevrouw Van der Boom ziet in haar dochter de Zweedse mentaliteit, het doelgericht zijn in het leven. Op latere leeftijd heeft haar dochter nog een carrière opgebouwd, waar zij en haar dochter erg trots op zijn. Wanneer ze in de toekomst kijkt, ziet ze dat ook haar kleinkinderen belangstelling voor Zweden krijgen. Het Zweeds zijn is iets waar je trots op bent. Ze zal de komende tijd met haar kinderen praten over hun ervaringen in Nederland als Zweedse familie. Zo kan ze het verhaal van de Zweedse familie Van der Boom in Nederland meer gewicht geven, ‘dikker maken’, zoals dat in de narratieve therapie wordt genoemd, en tot een verhaal maken waar ze trots op kan zijn. Wat ze nu ook ervaart, is dat haar man en haar dochter haar verdriet hebben gezien. Dat ze er niet alleen voor stond en haar beslissingen wel kon delen met een ander. Zo hebben we ‘getuigen’ gezocht voor haar nieuwe verhaal, zoals dat in de narratieve therapie wordt geduid.

De behandeling van mevrouw Van der Boom is vóór het afnemen van het Culturele Interview gericht op het hier en nu: hoe zij omgaat met het proces van

ouder worden en haar toenemende afhankelijkheid. De behandeling bestaat uit het verzorgen van een dagstructuur, door middel van de psychiatrische deeltijdbehandeling en de individuele gesprekken met mij. De stress die zij ervaart, wordt echter pas in volle omvang duidelijk als ook haar migratiegeschiedenis ter sprake komt. Dit leidt tot een andere benadering in de behandeling. De keuzes die ze gemaakt heeft ten aanzien van de migratie, hebben grote invloed gehad op haar welbevinden. De wijze van keuzes maken en je daaraan houden blijken voor haar typisch Zweedse culturele elementen. Het is een verhaal geworden waar ze geen openingen meer in ziet en waarover ze zich schuldig voelt tegenover haar hele familie. Ze heeft door de behandeling de andere verhalen over haar leven leren zien en gewicht toe leren kennen. Haar kinderen en kleinkinderen zijn belangrijker geworden. Ze zijn de familie geworden waar ze op terug kan vallen en waaraan ze haar keuzes mee kan delen.

Noot

¹ Fibromyalgie is een chronisch pijnsyndroom. Het gaat gepaard met algemene spierpijn en spierstijfheid, met (soms extreme) vermoeidheid, slaapstoornissen, hoofdpijnen, angsten, depressies, allergieën, concentratie- en geheugenstoornissen, temperatuurverhogingen en darmklachten. Deze aandoening komt met name voor bij vrouwen in de leeftijdscategorie van 20 tot 60 jaar.

A stylized, light-colored world map is visible in the background of the entire page. The map shows the outlines of continents and major landmasses. The title text is overlaid on a dark red rectangular box in the upper left quadrant.

Hoofdstuk 7

Cultureel Interviewen en de huis- artsopleiding: scènes uit een huwelijk

Lies Bruggeman, Guus Busser

Een tijdrovend Cultureel Interview: wat moet een druk bezette huisarts ermee in de dagelijkse praktijk? Hoe kan een generalist iets hebben aan een specialistisch instrument dat bedoeld is voor het werken met getraumatiseerde vluchtelingen? Geen *match made in heaven*, zou je zeggen. In deze bijdrage beschrijven wij onze ervaringen met het Culturele Interview in de huisartsopleiding. Wij zijn enthousiast over het didactisch potentieel en hebben suggesties hoe het in de praktijk van de huisarts te gebruiken is.

Huisarts zoekt interculturele soulmate

Wat is de corebusiness van de huisarts? Zorg bieden aan mensen in hun context, meelopen in hun geschiedenis. Dat noemen kandidaten die solliciteren voor een opleidingsplaats als belangrijkste motief om huisarts te willen worden. En dat noemen collega's die terugkijken op hun loopbaan als het deel van hun werk dat de meeste voldoening gaf.

Huisartsen zijn geïnteresseerd in de achtergrond van hun patiënten, zijn erop uit een relatie met ze op te bouwen. Huisartsen komen bovendien af en toe letterlijk bij hen in huis. Daardoor krijgen zij unieke inkijkjes in de leefomgeving van hun patiënten. Ze kunnen hun spullen zien, hun muziek horen en ruiken aan hun leven.

In onze huisartsopleiding aan het UMC St. Radboud in Nijmegen werken we aan goed onderwijs rond interculturele huisartsenzorg. En dat is hard nodig. Steeds vaker komen huisartsen in contact met patiënten met een migratiegeschiedenis, met een cultuur die anders is dan die van henzelf. Met een open houding, oprechte belangstelling en creativiteit gaat dat vaak goed. Maar er zijn ook problemen. Kennismaken verloopt anders, het contact schuurt soms, er kunnen misverstanden ontstaan over verwachtingen en dokters kunnen foute inschattingen maken. Soms met schade voor de patiënt als gevolg. Vaker leidt het elkaar niet echt goed 'verstaan' tot onzekerheid of wrevel. Dat belast de relatie en de kwaliteit van zorg. Het gewone repertoire aan consultvaardigheden schiet tekort. Om goed contact te kunnen maken, goede zorg te bieden, een relatie te kunnen opbouwen, moet de huisarts iets extra's kunnen. En het mooie is dat daardoor ook de contacten met de meer herkenbare patiënten aan kwaliteit winnen. Dat vermoeden wij tenminste. Zoals Picasso eerst alle schildertechnieken onder de knie moest krijgen om in een paar streken en trefzeker een portret te kunnen maken, zo onderscheidt zich de professional van de amateur.

Een date met het Culturele Interview

In 2004 maakten wij kennis met het Culturele Interview (Bruggeman & Dees 2004; Rohlof et al. 2002). We vonden het veelbelovend. Het sprak ons erg aan

een open gesprek te voeren over de culturele achtergrond van de patiënt en over de impact van de migratie, voordat het contact ging knellen. Met name de vragen over de ervaringen met gezondheidszorg ginds en hier en wat de patiënt van de huisarts verwacht, konden ons bekoren. Dat gold ook voor de vorm: de rechtstreekse vragen, de duidelijke structuur. We begonnen meteen te dromen over een plaats in ons onderwijs. Het was liefde op het eerste gezicht!

Het interview is oorspronkelijk ontwikkeld voor het werken met getraumatiseerde vluchtelingen in een psychiatrische setting. Met de bedoeling om een culturele formulering van de diagnose (zie hoofdstuk 1) te kunnen maken. Om het toepasbaar te maken voor de eerstelijns setting van het huisartsenconsult zijn enige aanpassingen noodzakelijk. Met toestemming van de makers hebben wij een eerste aangepaste versie gemaakt voor een consult van 20 minuten met eerste generatie allochtone patiënten. In het gebruik zet iedere huisarts zijn eigen accenten, kijkend naar de patiënt om wie het gaat.

Kennismakingsfase

Tijdens een workshop introduceren we het Culturele Interview. Alle docenten van de huisartsopleiding, huisartsen, gedragswetenschappers en het managementteam nemen eraan deel. We discussiëren over de vraag of het Culturele Interview een plaats kan krijgen in ons onderwijs. En zeker zo belangrijk: zien de huisartsen in het gezelschap mogelijkheden voor toepassing in de dagelijkse praktijk van de patiëntenzorg?

Hans Rohlof, een van de ontwerpers van het Culturele Interview houdt een inleiding. Daarna gaan groepsbegeleiders (vrijwel uitsluitend van Nederlandse afkomst) elkaar bevragen aan de hand van enkele zelfgekozen items uit het interview. Na aanvankelijke verbazing en zelfs weerstand ontdekken velen dat het heel zinvol is vragen te stellen naar de culturele achtergronden van de patiënt en de culturele betekenis die deze geeft aan ziekte en klachten. Zelfs, en misschien juist, als de culturele verschillen tussen arts en patiënt (ogenschijnlijk) klein zijn. Immers: daar is het risico het grootst dat je gaat invullen voor de ander. Vooral de vragen over opvoeding brengen veel belangrijke informatie over culturele waarden.

De tweede stap is een demonstratie van een kennismakingsgesprek van een huisarts met een nieuwe patiënte afkomstig uit Iran. Hieraan werkt een simulatiepatiënte mee, zelf afkomstig uit Iran. In de nabespreking geeft de patiënte aan hoe plezierig het was zo benaderd te worden door de huisarts. De groepsbegeleiders zijn positief over dit gesprek. Er worden ook kanttekeningen geplaatst: dit is een patiënte bij wie de huisarts vrij snel heel persoonlijke vragen kon stellen, waarschijnlijk omdat deze vrouw uit moderne kringen komt. Dit kan niet bij alle patiënten, overigens ook niet bij alle patiënten van Nederland-

se afkomst, zo stellen we samen vast. Wie weet helpt het Culturele Interview ons om sensitiever te worden voor de betekenis van cultuur in contact met álle patiënten.

Bruikbaarheid voor de huisartsenpraktijk

De workshop levert uiteindelijk de volgende conclusies op wat betreft de bruikbaarheid van het Culturele Interview in de huisartsenpraktijk:

- Het interview is zinvol voor elke, dus niet alleen de allochtone patiënt. Je toont immers belangstelling voor de patiënt in zijn context en voor de betekenis die hij vanuit die context geeft aan ziekte en gezondheid.
- Besef dat de kennismakingsfase een langere periode beslaat dan een enkel consult. Sommige vragen kun je ook in een later gesprek stellen.
- Selecteer uit het Culturele Interview de relevante punten voor de fase van het contact dan wel voor de problematiek die aan de orde is.
- Zorg voor goede registratie van de informatie die je verzamelt.

Wat betreft het onderwijs waren de conclusies:

- Laat aios (arts(en) in opleiding tot specialist) elkaar interviewen over de eigen cultuur. Dit verlaagt de weerstand om soortgelijke vragen aan een patiënt te stellen.
- Demonstreer het nut van het Culturele Interview door een simulatiepatiënt enkele vragen uit het interview te stellen.
- Laat aios ervaring opdoen met het Culturele Interview tijdens de begeleiding van de patiënt(system)en in het kader van continuïteit van zorg.
- Zorg voor goed onderwijs aan huisarts-opleiders (hao) op dit punt. Zij begeleiden de aios in de stagepraktijk en spelen een belangrijke rol in hun opleiding.
- Onderzoek is nodig in hoeverre er aanpassingen gemaakt moeten worden voor gesprekken met tweede generatie allochtone patiënten.
- Onderzocht moet worden of het Culturele Interview kan worden bewerkt voor interculturele kennismaking tussen huisartsopleider en aios.

Een van onze onderzoekers stelt voor het Culturele Interview in te korten tot vijf tot maximaal tien vragen. Haar overtuiging is dat huisartsen pragmatische mensen zijn die behoefte hebben aan compacte, hanteerbare handvatten.

Vaste verkering

Ten tijde van de workshop in 2004 wordt het curriculum van de huisartsenopleiding landelijk vernieuwd. Dat is een goed moment om de interculturalisatie mee te nemen. In het onderwijsprogramma 'Huisarts en migrant van niet-westerse afkomst' krijgt het Culturele Interview een plaats. Aios krijgen een korte training, waarbij een video-opname van een kennismakingsgesprek met een allochtone patiënt als illustratie dient. Daarna krijgen zij de opdracht om in

overleg met hun opleider een afspraak te maken met een allochtone patiënt voor een uitgebreid interview, met het doel er zelf van te leren. Zij kiezen dan tevoren uit iedere rubriek enkele vragen die zij ter sprake willen brengen. Daarna wisselen de aios in kleine groepjes hun ervaringen met elkaar uit. Dit doen we een aantal jaren, meestal tot tevredenheid van alle partijen.

‘Ik vond het een ontdekking dat allochtone patiënten zo verschillend zijn. Had altijd het beeld dat zij allemaal erg traditioneel zouden zijn. Door het uitwisselen met andere aios werd duidelijk dat de ene patiënt heel moderne ideeën heeft bijvoorbeeld over opvoeding en de ander daar juist veel moeite mee heeft.’ (Peter)

‘Verrassend om te horen hoe tevreden de patiënt die ik had gesproken was over de gezondheidszorg in Nederland in vergelijking met het land van herkomst.’ (Nicole)

‘Ik twijfelde om door te vragen over culturele gewoontes. Juiste woorden zoeken zodat een vraag niet veroordelend is, maar juist vanuit interesse gesteld wordt.’ (Sadet; Pierre, Eva en Max herkenden deze ervaring)

‘Het belang van familie in Afrika vond ik echt een eyeopener.’ (Pierre)

‘Ik moet heel eerlijk zeggen dat ik altijd heb gedacht dat allochtonen het snel hebben over ‘ik moet naar specialist’, vanwege de taalbarrière. Dat wil zeggen dat zij ‘ik zou graag willen’ niet goed vertaald krijgen in het Nederlands, en dat zij graag aanvullend onderzoek wilden, omdat de anamnese misschien moeizaam verliep. Dat zou natuurlijk nog steeds zo kunnen zijn, maar de vrouw die ik sprak vertelde mij dat zij vond dat zij goed opgeleid was (beter dan veel Nederlanders) en dus ook genoeg wist over haar eigen lichaam. Ik denk dat het belangrijk is voor allochtone patiënten om te weten dat de huisarts in Nederland meer doet dan zij misschien gewend zijn. Dit voorkomt onbegrip bij de patiënt en irritatie bij de arts, die zich misschien ook niet serieus genomen voelt, door het ‘ik moet naar specialist’.’ (Peggy)

Een rivaal

Het is een leerzame ervaring voor de aios om aan de slag te gaan met het Culturele Interview. Deze ervaring blijkt ook van belang voor de beroepspraktijk van huisartsen. In 2005 wordt onderzoek gedaan naar de effectiviteit van het Culturele Interview in een huisartsenpraktijk in de Haagse Schilderwijk (Rohloff & Groen 2009). De werkrelatie en het effectief huisartsgeneeskundig handelen blijkt sterk te verbeteren, met name bij patiënten met een hoge zorgconsumptie. Landelijk komt er erkenning voor de waarde van het Culturele Interview voor de interculturele huisartsenzorg. Het wordt genoemd als een *good practice* (Langeveld 2008). Maar: de plaats van het onderwijsprogramma ‘Huisarts en

migrant van niet-westerse herkomst' bleek kwetsbaar. Er was slechts één dagdeel in de totale opleiding van drie jaar beschikbaar. We hadden geen vakdocent voor dit onderwijs. Het was afhankelijk van de affiniteit van de groepsbegeleiders of en hoe het aan de orde kwam.

In 2007 heeft een van ons (Lies Bruggeman) samen met Mechtild Beek de commissie Kwaliteit Diversiteit opgericht. De commissie stelt een beleidsnotitie op en vraagt en krijgt mandaat van het managementteam om interculturalisatie in de beroepsopleiding tot huisarts te verankeren. Daarmee krijgt ze ook de ruimte om onderwijs 'culturele en etnische aspecten van huisartsenzorg' te ontwikkelen voor alle drie de jaren en een vakdocent aan te stellen. Guus Buser (de tweede auteur) neemt de taak van vakdocent op zich en komt de commissie Kwaliteit Diversiteit versterken. Ook na het vertrek van Mechtild Beek is de continuïteit gewaarborgd. Het Culturele Interview krijgt in de nieuwe opzet echter een andere plaats. We vinden het nog steeds erg waardevol, maar willen ook aan andere aspecten aandacht besteden.

Er volgt een zoektocht naar een overkoepelend kader voor ons onderwijs. Dat vinden we in het werkboek *Een arts van de wereld* (Seeleman et al. 2005). Vier dimensies vormen het kader van het cultureel handelen van de arts: epidemiologie, sociaaleconomische context, cultuur en communicatie. In ieder jaar van de opleiding krijgen de aios hier onderwijs in, afgestemd op de fase van de opleiding. Zij krijgen tevens gelegenheid om het geleerde te oefenen met simulatiepatiënten. Alle docenten en opleiders worden geïnformeerd en op bescheiden schaal geschoold in deze aanpak.

In het *eerste jaar* van de opleiding zijn de aios bezig zich staande te houden in de huisartspraktijk. Ze zoeken naar houvast. In deze fase besteden we vooral aandacht aan *epidemiologische kennis* van ziekten en klachten van migranten. We laten zien dat *sociaaleconomische aspecten* en migratie vaak belangrijker zijn in de verklaring van gezondheidsproblemen dan *cultuur*. Voor wat betreft *interculturele communicatie* concentreren we ons in het eerste jaar op het 'hoe'. Daarbij proberen we de aios te prikkelen om de ander open en genuanceerd tegemoet te treden zonder door te slaan naar absoluut cultuurrelativisme. Tegelijkertijd willen we handvatten aanreiken waar ze in de praktijk iets aan hebben, zonder te vervallen in stereotypering en simplistische recepten.

In het *tweede jaar* volgen de aios een stage op een afdeling spoedeisende hulp van een ziekenhuis. Intercultureel communiceren in spoedsituaties is de focus tijdens deze fase. Het *derde jaar* van de huisartsopleiding staat in het teken van integratie van alle kennis en kunde in het professioneel zorg verlenen aan patiënten. De aios beheerst de basiskennis en heeft nu ruimte om verder te kijken dan de concrete klacht waar de patiënt mee komt. Hij kan meer rekening houden met de diverse aspecten die de gezondheid en ziekte van een patiënt kleuren. Vanuit de opleiding stimuleren we aios om bij patiënten die extra zorg nodig hebben, vooruit te denken. We moedigen aan om planmatig te werken

en daarbij samenwerking te zoeken met alle betrokkenen. Daarvoor is het nodig dat de aios meer van de patiënt weten dan alleen de informatie die zij tijdens incidentele consulten opdoen.

Interculturele communicatie

Interculturele communicatie gaat over aansluiting maken met elkaar, van perspectief kunnen wisselen, afstemmen op de vreemde ander met behoud van professionele eigenheid. Het gaat om het vermogen om duidelijke en begrijpelijke taal te spreken, je bewust te zijn van de effecten van de eigen lichaamstaal en daarin keuzes te maken, en om non-verbale signalen van de patiënt waar te nemen en de betekenis te onderzoeken. Het gaat ook om het kunnen schakelen van een directe stijl van communicatie naar een meer indirecte stijl als die beter aansluit bij de patiënt.

In de praktijk werkt de huisarts vaak onder tijdsdruk. Vaardig kunnen communiceren is dus vereist. Tijdens de opleiding hebben we gelukkig tijd, aandacht voor de onderwijsgroep. Zo kunnen aios samen leren over en reflecteren op interculturele ontmoetingen in de spreekkamer. Die kans benutten we om aios hun eigen culturele bagage te laten inspecteren en hun vanzelfsprekende aannames te ontregelen.

De meeste ervaren huisartsen vinden het vanzelfsprekend om aan een nieuwe patiënt extra aandacht te besteden en tijd te nemen om kennis te maken. Naast vragen over ziekte en klachten van de patiënt en zijn familie stelt de huisarts vragen over de leefvorm en het werk. Verder geeft hij uitleg over de praktijk en wat de patiënt kan verwachten. De ervaring is dat zo'n uitgebreid kennismakingsgesprek een goede investering is in de relatie met de patiënt waar beiden later plezier van hebben. Er ontstaat een eerste basis van vertrouwen. Een speciaal format voor het kennismakingsgesprek is er niet. Iedere huisarts zoekt hierin zijn eigen weg. Het wordt niet getraind in de opleiding tot huisarts. De aios kijkt tijdens zijn twee stagejaren bij verschillende huisartsen de kunst af en vormt zich een idee over de vorm die bij hem past.

En zij leefden nog lang en gelukkig?

Het Culturele Interview past uitstekend in het derde jaar van de opleiding. Omdat we intussen nog andere ambities hebben met ons interculturele onderwijs, raken we in tijdnood. We besluiten de training ter voorbereiding van het Culturele Interview te schrappen. Aan de aios geven we de opdracht het interview zelfstandig voor te bereiden aan de hand van een papieren instructie. De opleider krijgt ook een opdracht, namelijk het voeren van een kennismakingsgesprek met een allochtone patiënt. Aios en opleider worden gevraagd deze gesprekken samen na te bespreken. De bespreking in subgroepjes van aios komt hiermee te vervallen.

We schrijven de opdracht zorgvuldig uit. Zo hopen we de aios en de opleider voldoende houvast te geven. De opdracht luidt als volgt:

De bedoeling is dat de aios een afspraak maakt met een allochtone patiënt. Dat kan een persoon zijn die nieuw is in de praktijk van de opleider, maar het kan ook iemand zijn die al langer als patiënt staat ingeschreven. Wanneer er in de praktijk van de hao geen kandidaat te vinden is, kan de aios contact zoeken met het Internationaal Vrouwen Centrum in Nijmegen voor bemiddeling. De aios legt uit aan de patiënt dat hij een uitgebreid gesprek met wil voeren, als het kan bij hem thuis. Niet over zijn ziekte of klachten, maar om er als huisarts in opleiding van te leren. Als de patiënt vragen heeft aan de aios, dan kan hij die natuurlijk ook stellen, bijvoorbeeld over hoe de huisarts werkt. Patiënten stemmen vrijwel altijd in. De ervaring leert dat veel geïnterviewde patiënten spontaan aangeven het heel prettig te vinden dat de aios zich interesseert voor hun achtergrond.

De aios bereidt het gesprek zorgvuldig voor. Hij bestudeert het Culturele Interview en maakt een selectie uit de vragen om aan de orde te stellen. Er wordt geen gebruikgemaakt van tolken bij het interview en ook niet van opnameapparatuur. Weliswaar beperkt dit de keuze van patiënten, maar in dit stadium willen we de drempel nog laag houden.

Na afloop van het gesprek maakt de aio een verslag van het interview. Dit is bestemd voor hemzelf, voor de uitwisseling met de opleider en met de groepsgenoten. Wanneer het gaat om een interview met een patiënt uit de eigen praktijk, legt de aios uit dat hij een verslag in het dossier op zal bergen. Zo kan de vaste huisarts rekening houden met zijn of haar achtergrond.

Deze opzet werkt in de praktijk niet altijd goed. Aios die al veel met allochtone patiënten hebben gewerkt, verwachten soms dat ze niets nieuws meer zullen leren door zo'n interview. Aios die weinig in aanraking zijn gekomen met allochtone patiënten, moeten erg veel moeite doen om een interview te organiseren. Bovendien geeft de huisartsopleider zelden prioriteit aan het uitvoeren van zijn aandeel in de opdracht. De aios die het interview wel hadden gedaan, drongen erop aan toch tijd in te ruimen voor nabespreking in subgroepjes. Het Culturele Interview raakte een beetje in het slop. Dat zat ons al een poosje niet lekker.

Terugblik: opmaken van de balans

Bij de eerste kennismaking met het Culturele Interview waren we erg enthousiast en maakten grootse toekomstplannen. In de praktijk zijn die niet allemaal van de grond gekomen. Soms omdat ze bij nader inzien niet zo goed waren,

soms vanwege praktische bezwaren. Hoogste tijd om de balans op te maken! Waarom vonden we het Culturele Interview ook al weer zo goed? Een opsomming van wat er volgens ons misging:

- We verwachtten dat het de aios zou stimuleren om zich te verdiepen in de context van ál hun patiënten, niet alleen de allochtone. Maar we hadden tot dan toe nagelaten om de aios hierover gericht te instrueren.
- Een belangrijk inzicht was het Culturele Interview te spreiden over meerdere consulten. We gingen ervan uit dat onze aios dit idee spontaan zouden overnemen. Een enkeling deed dit inderdaad, met name bij patiënten met complexe problematiek die intensief werd begeleid. Maar de meeste aios hebben meer nodig om het Culturele Interview gefaseerd te leren gebruiken.
- Het aanbod van onze collega-onderzoeker om het Culturele Interview terug te brengen tot een zeer korte vragenlijst hebben we willens en wetens laten liggen. We zouden het jammer vinden de rijkdom aan mogelijkheden van het Culturele Interview te verliezen. Misschien kloppen we nog eens bij haar aan voor een ander voornemen, namelijk het maken van een aangepaste versie van het Culturele Interview voor tweede generatie allochtone patiënten.
- Een praktisch punt dat eertijds werd genoemd, was het registreren van de informatie die het Culturele Interview over de patiënt oplevert. Dat is helemaal uit beeld verdwenen bij het onderwijs. En daarmee is het wellicht ook iets te vrijblijvend geworden. De meeste aios deden het Culturele Interview één keer als vormende ervaring voor henzelf en daar lieten ze het bij.
- Tijdens de training kwam aanvankelijk een simulatiepatiënt om een demonstratie te geven van een kennismakingsgesprek aan de hand van vragen uit het Culturele Interview. Uit praktische overwegingen hebben we later besloten een video-opname van een kennismakingsgesprek te laten zien. Op zich kan dat, op voorwaarde dat de selectie van vragen als een mogelijkheid wordt geïntroduceerd en niet als ideaal.
- De selectie van vragen ten behoeve van het kennismakingsgesprek was ook aan verandering onderhevig. Gebruikten we in de eerste tijd vragen uit alle rubrieken, op den duur schoven we op naar vragen die vrijwel uitsluitend over de migratiegeschiedenis gingen. Waarschijnlijk omdat deze vragen het dichtst tegen het type vragen aanliggen die huisartsen gewend zijn te stellen tijdens een kennismakingsgesprek met een nieuwe patiënt. Door deze trend raken de frisheid en de meerwaarde van het Culturele Interview op de achtergrond.
- Ons besluit om de training voor aios te laten vervallen en hen uitsluitend aan de hand van een geschreven instructie aan de slag te laten gaan met het Culturele Interview was een inschattingsfout. Dit vergaven de aios ons nog wel, want ze begrepen onze praktische overwegingen. Maar dat we er naderhand niet meer op terugkwamen en de nabespreking aan de opleider overlieten, namen ze ons echt kwalijk. Ze hadden hierin volkomen gelijk. Juist de uitwisseling in de groep brengt de diversiteit tussen allochtone patiënten aan het licht.
- Een goede gewoonte van onze opleiding is om opleiders mee te nemen in onderwijsvernieuwingen. Het voornemen om hen te scholen in het voeren van

een Cultureel Interview en het coachen van hun eigen aios hierbij was dan ook iets vanzelfsprekends. Goed onderwijs over interculturele zorg hebben onze huisartsopleiders weliswaar gekregen. Maar we moesten keuzes maken en besloten af te zien van training in cultureel interviewen voor opleiders. In plaats daarvan vroegen we de aios om de opleiders het Culturele Interview uit te leggen. Dat was niet zo'n goed idee. De opleiders hebben dus nog een scholing cultureel interviewen van ons tegoe. Wat in ieder geval al klaar ligt, is een opzet voor een Cultureel Interview dat een opleider kan voeren met zijn allochtone aios. Het intercultureel opleiden is een speerpunt voor de komende tijd.

Alles moet anders!

De onderwijsvernieuwing in de beroepsopleiding huisartsgeneeskunde gaat door. Het competentiegericht leren heeft in maart 2011 zijn intrede gedaan. De aios is voor een groot deel zelf verantwoordelijk voor het verwerven van competenties. De competenties en eindtermen liggen vast. Grote en kleinere opdrachten vormen het kader. Docenten coachen en bieden onderwijs aan als de aios dit nodig heeft. De aios toont via zijn portfolio of hij de vereiste competenties beheerst.

Het is aan ons om aios de weg te wijzen bij het verwerven van hun competenties. Voor de commissie Kwaliteit Diversiteit aanleiding om zich opnieuw te bezinnen op de vraag: wat is een cultureel competente huisarts? Leidend zijn daarbij het competentieprofiel en de eindtermen van de huisarts (Duin et al. 2009).

Een cultureel competente huisarts verdiept zich in de geschiedenis en de context van zijn patiënt, zowel allochtoon als autochtoon. Zo kan hij een duurzame vertrouwensrelatie opbouwen en de patiënt vakkundig en op professionele wijze zorg bieden. De huisarts maakt zich kennis eigen over epidemiologie en farmacotherapie die specifiek is voor bepaalde etnische groepen. Hij verdiept zich in algemene kennis over culturen en migratie. Leert over de relatie van sociaaleconomische context en ziekte en gezondheid, en bouwt een repertoire op aan interculturele communicatieve vaardigheden.

Door middel van het Culturele Interview kan de huisarts ontdekken welke kennis relevant is en welke niet en hoe hij die algemene kennis in specifieke situaties in gaat zetten.

Cultureel interviewen

We zijn tot de conclusie gekomen dat het Culturele Interview heel goed past in het competentieleren. De essentie van de competentiegerichtte deelopdracht *Cultureel interviewen* is aios laten zien hoe zij het cultureel interviewen in het huisartsgeneeskundig handelen kunnen integreren. We vragen hen om zich

de vaardigheid van het cultureel interviewen eigen te maken en een visie te ontwikkelen over het hanteren ervan in de huisartspraktijk. We geven aan dat het goed is om te beginnen met een uitvoerig Cultureel Interview als eerste ervaring. Daarbij adviseren we om bij de vraagstelling dicht bij het interview te blijven dat Hans Rohloff en anderen (2002) ontwikkeld hebben.

Naarmate de aios competenter wordt, kan hij keuzes gaan maken. De selectie en het aantal vragen variëren met het type gesprek en de gelegenheid die zich voordoet. Ook moedigen we de aios aan om na te denken over vragen die hij belangrijk vindt om te stellen en die (nog) niet in het Culturele Interview zijn opgenomen. Bijvoorbeeld vragen over de wijze waarop de patiënt benaderd zou willen worden, wanneer hij ernstig ziek zou worden. Of vragen die juist een huisarts kan stellen, omdat hij bij patiënten thuis komt, bijvoorbeeld naar de betekenis van voorwerpen die zij in huis hebben. Spullen die vaak symbool zijn voor belangrijke relaties met dierbaren of voor iemands wortels en geboortestreek, of die verbonden zijn met ingrijpende gebeurtenissen en keerpunten in het leven. Daniel Miller (2008) laat in zijn prachtige studie *The comfort of things* zien hoe je door in gesprek te gaan over de voorwerpen waar mensen zich mee omringen vaak meer te weten komt over wat hen bezielt dan door het stellen van directe vragen.

Naarmate de competentie van de aios groeit, is er geen sprake meer van het afnemen van het Culturele Interview. Hij stelt zich op als cultureel interviewer en dit vormt een integraal onderdeel van zijn professionele repertoire. Soms blijven er echter goede redenen om het Culturele Interview apart af te nemen, zoals bij patiënten met een hoge zorgconsumptie. Het maken van deze welbewuste keuze behoort ook tot het cultureel vakmanschap.

Zo willen we aios stimuleren om in de loop van het laatste opleidingsjaar kansen te benutten om gesprekken met patiënten van niet-westerse afkomst te voeren. Dat kunnen kennismakingsgesprekken zijn, gesprekken over de betekenis van klachten of over psychosociale aspecten, gesprekken met chronisch zieke patiënten, met patiënten met psychologische of psychiatrische problemen of patiënten in hun laatste levensfase.

In de competentiegerichte opdracht geven we concrete aanwijzingen voor cultureel interviewen rond dit soort specifieke zorgaspecten. Overigens geven we de aios hierbij ook de suggestie om eens een Cultureel Interview te houden met een autochtone patiënt. En deze ervaring te vergelijken met die uit een Cultureel Interview met een allochtone patiënt.

De deelopdracht *Cultureel interviewen* is verankerd in twee langlopende opdrachten: Huisarts als professional en Huisarts en chronisch complexe zorg. Ook in de derde langlopende opdracht Huisarts als organisator zijn er ankerpunten.

Flankerend onderwijs zal bestaan uit training vooraf en een nabespreking in subgroepjes. Wij zijn benieuwd hoe de toetsing zal verlopen. Voorlopig is het

zo dat de aios zelf een keuze kan maken over hoe hij wil laten zien dat hij de competentie in kwestie beheerst. We zijn er nog niet uit aan wie hij dat moet laten zien: aan de groepsdocent, de opleider of de vakdocent.

Binnenkort zullen wij de competentiegerichte deelopdracht Cultureel interviewen lanceren. We zijn erg benieuwd hoe deze nieuwe werkwijze de aios, maar ook ons als docenten, gaat bevalen. Een sterk punt van het werken met competentiegerichte opdrachten is dat we alle stappen helder hebben moeten formuleren. Bovendien gaan we toetsen, dat is nieuw. Wat wij spannend vinden, is in hoeverre de aios in zullen tekenen voor het flankerend onderwijsaanbod.

Cultuursensitieve houding

Wij realiseren ons dat vaardig cultureel interviewen een belangrijke bijdrage levert aan een cultureel competente huisarts. Toch zijn we er daarmee nog niet. De dagelijkse consultvoering vraagt om een slimme toepassing van de verworven vaardigheden en een cultuursensitieve houding ten aanzien patiënten. Hier ligt nog een opgave voor ons.

Mogelijk kunnen we onze aios intercultureel consultvaardiger maken met behulp van het model dat Frank Kortmann (2011), transcultureel psychiater, aanreikt. Hij stelt voor om per fase in de behandeling een houding te kiezen die bij iedere specifieke patiënt het meest effectief is. In de contactfase: empathisch, gelijkwaardig, gericht op interesse in en respect voor elkaars cultuur. In de diagnostische fase: meer objectiverend, vanuit professionele verantwoordelijkheid voor diagnose en behandelplan. Ook in deze fase blijft de arts in dialoog met de patiënt en zijn naasten. Hij onderzoekt de betekenissen die de patiënt geeft aan zijn klachten en vergelijkt die met zijn eigen hypothesen. In de beleidsfase probeert de huisarts de geïndiceerde behandeling te vertalen in zorg op maat. Therapietrouw heeft de grootste kans van slagen, als de huisarts erin slaagt om aan te sluiten bij de verwachtingen en verklaringsmodellen van de patiënt. Daar komt bij dat de wijze waarop hij het behandelingsvoorstel aanreikt van groot belang is. Kortmann pleit voor het juiste ‘culturele verpakkingsmateriaal’.

Een vaardig cultureel interviewer zoekt in elke fase naar de meest effectieve houding bij deze unieke patiënt. We zijn het dan ook met Kortmann eens dat zowel allochtone als autochtone patiënten baat hebben bij een cultureel competente arts. Dit zou een mooi onderwerp zijn voor een onderzoek.

The seven year itch

Onze relatie als huisartsopleiders met het Culturele Interview is als een huwelijk. Aanvankelijk zijn we dolenthousiast. We dachten het ei van Columbus te

hebben gevonden voor ons intercultureel onderwijs. We wisten dat over te brengen op onze collega's en aios. Zowel patiënten als huisartsen plukten de vruchten van een betere werkrelatie. De patiënt kreeg betere zorg, en de huisarts meer voldoening van zijn werk. In onze idolatrie bleven we heel dicht bij de oorspronkelijke formulering van het Culturele Interview. Later ontwikkelden we een meer omvattende visie op intercultureel vakmanschap. We wilden onze aios een kader geven om praktijkervaringen te kunnen interpreteren en gereedschap geven waar ze in de praktijk mee konden werken. Een nieuwe liefde doemde op: de vier dimensies uit het werkboek *Een arts van de wereld*. We werden kritischer naar de mogelijkheden van het Culturele Interview en zetten het zelfs een beetje op een zijspoor. Onze relatie dreigde dood te bloeden.

Door het invoeren van het competentieeleren raakten we in een soort crisis: was dit huwelijk nog te redden? We gingen de uitdaging aan en overdachten de rol van het Culturele Interview opnieuw. Helemaal in de trend van deze tijd konden we mededelen: 'Ja, wij willen onze huwelijksbeloften opnieuw bevestigen!'

Het Culturele Interview kan fungeren als de integratie van kennis, vaardigheden en attitude die de aios verwerft als intercultureel vakman. Door middel van de competentiegerichtte opdracht *Cultureel interviewen* kan hij dit laten zien. We nodigen de aios uit om het interview te gebruiken en te onderzoeken hoe zij er een eigen relatie mee kunnen ontwikkelen. Daarbij beseffen we dat we aan onze relatie moeten blijven werken. Het huwelijk openstellen voor nieuwe invloeden. Nu, na zeven jaar, kunnen we stellen: onze relatie met het Culturele Interview is volwassen aan het worden.

Adviezen aan beroepsopleidingen

Andere beroepsopleidingen in de zorg bevelen we het Culturele Interview van harte aan. Enkele adviezen willen we geïnteresseerden graag meegeven:

- 1 Zet het Culturele Interview niet op een voetstuk maar laat het wel in zijn waarde.
 - 2 Zorg voor draagvlak bij de staf. Organiseer een workshop waarin men aan het interview kan snuffelen, en kan onderzoeken hoe het in de eigen beroepssetting en in het onderwijs kan worden gebruikt.
 - 3 Spreek af wie het onderwijs rond het Culturele Interview gaat ontwikkelen en actualiseren.
 - 4 Laat de cursisten royaal ervaring opdoen met de uitgebreide versie van het Culturele Interview (Rohlof et al. 2002), ook al is dat niet haalbaar als ze eenmaal afgestudeerd zijn.
 - 5 Houd de beroepspraktijk steeds in het vizier: waar liggen de kansen om cultureel interviewen te integreren?
 - 6 Heb oog voor praktische bezwaren, maar blijf dromen van nieuwe perspectieven.
-



Casus 5

**Gebruik van het Culturele Inter-
view in de eerstelijns geestelijke
gezondheidszorg**

Gerdien Tempelman

Het Culturele Interview helpt zowel de patiënt als de behandelaar om duidelijk te krijgen waar de kern van de problematiek ligt en daaraan gekoppeld welke insteek in de behandeling daar goed op aansluit. Het is mijn ervaring dat, als de behandelaar interesse toont in de achtergrond en herkomst van de patiënt, diens vertrouwen in de behandeling toeneemt en de werkrelatie met de behandelaar verbetert.

Ik ben vanuit GGz Centraal, een instelling voor geestelijke gezondheidszorg in Midden Nederland, als praktijkondersteuner huisarts op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ) gedetacheerd naar de eerstelijnszorg. Binnen GGz Centraal worden in het kader van het interculturalisatiebeleid alle behandelaren getraind in het werken met het Culturele Interview. Ik gebruik het Culturele Interview sinds 2008 en in mijn werk in het gezondheidscentrum is het voor mij heel vanzelfsprekend om de items van het interview een plek te geven in mijn gesprekken met patiënten. Het ligt niet voor de hand om dit instrument te gebruiken in kortlopende contacten waarvan in de regel sprake is. Toch helpt het ook in deze context om de kwaliteit van de diagnostiek te verbeteren en tot beter aansluitende zorg te komen. Gebruik van het Culturele Interview door de POH-GGZ zorgt voor een goede (her)start in de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Behandelaren van GGz Centraal die getraind zijn in het werken met het Culturele Interview, geven aan dat het bijdraagt aan de kwaliteit van de werkrelatie, een empowerend effect heeft en relevante informatie toevoegt. Wat mij betreft geldt dat ook voor mijn werk als POH-GGZ. Een bijkomend voordeel in de eerstelijns praktijk is dat het Culturele Interview kan helpen om minder ingrijpende zorg, dichterbij huis (in de wijk) te organiseren.

In deze casus beschrijf ik het verhaal van een depressieve jonge vrouw die zich in de ggz onvoldoende geholpen weet. Na afname van het Culturele Interview in de eerstelijns zorg komt ze uiteindelijk wel tot een goede analyse van haar problematiek en slaagt ze erin om een hernieuwd behandelcontact op te bouwen en aan te houden. Vanuit mijn ervaringen in zowel de eerste als de tweedelijns zorg geef ik enkele handreikingen voor het gebruik van het Culturele Interview in de praktijk van de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg.

Naima

Naima is een 34-jarige vrouw van Marokkaans-Arabische komaf. Ze is in Alphen aan den Rijn geboren als oudste in een gezin van drie dochters en woont nu in Hilversum. Haar ouders hechten veel belang aan een goede opleiding en baan voor hun dochters. Zij heeft een hbo-opleiding afgerond en werkt nu op een school in Lelystad. In haar opleiding en werk heeft Naima een (etnisch) diverse vriendenkring opgebouwd.

Naima is alleenstaande moeder. De Marokkaans-Arabische man met wie ze op haar 23ste is getrouwd, is gewelddadig. Hij gebruikt drugs (cocaine) en

maakt schulden. Zij financiert met haar inkomen zijn drugsgebruik. Uiteindelijk besluit zij te scheiden. Tijdens de scheiding ontmoet ze een ander, haar eerste liefde, en wordt zwanger. Naima duikt vervolgens onder uit angst voor haar ex-man. Hij heeft haar jongere zus verkracht en Naima voelt zich hier heel schuldig over. Haar nieuwe geliefde belooft om met haar te trouwen, maar doet dat uiteindelijk niet en erkent ook zijn kind niet. Uiteindelijk besluit ze zelfstandig te gaan wonen. Haar vader beveiligd haar huis met tralies.

Wanneer ik haar voor het eerst zie, is haar zoon drie jaar. Ze heeft haar ex-man tweeënhalf jaar niet gezien, maar is nog steeds bang voor hem. Zij vertelt voortdurend op haar hoede te zijn. Bij herinneringen aan haar ex-man blokkeert ze, krijgt flashbacks, verstijft van angst of krijgt een paniekaanval. Regelmatig heeft ze last van agressieve gevoelens. Ze gaat dan schreeuwen, met spullen gooien of extreem poetsen in huis. Haar concentratie is verminderd en ze voelt veel spanning in haar lijf. Ze is boos op iedereen maar vooral op zichzelf, piekert veel en kan negatieve gedachten niet stoppen. Ze voelt zich schuldig, omdat ze vindt dat ze haar ouders en zichzelf teleurgesteld heeft. Ze is bang voor de toekomst, vooral in relatie tot haar zoontje: hoe zal hij later reageren? Zal hij haar iets verwijten of zelf last krijgen van dit verleden? Eerder, bij aanmelding in de ggz, is de DSM-IV-classificatie: posttraumatische stressstoornis (ptss) en acculturatieproblematiek (As 1) en problemen binnen de primaire steungroep, financiële problemen (As 4).

Het Culturele Interview in de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg

Ik werk als POH-GGZ in een gezondheidscentrum in Hilversum. De POH-GGZ ondersteunt de huisarts bij de zorg voor mensen met psychische en psychosociale klachten. De functie is een antwoord op de grote vraag van patiënten om laagdrempelige hulp, dicht bij huis, bij psychische klachten. De POH-GGZ houdt zich in de regel bezig met inventarisatie van klachten, diagnostiek, korte behandeling en begeleiding. Doordat hij de patiënt blijft volgen, ontstaat er meer samenhang en krijgt de patiënt sneller de zorg die hij nodig heeft. Veel praktijkondersteuners hebben, net als ik, een achtergrond als sociaalpsychiatrisch verpleegkundige.

Het gezondheidscentrum staat middenin een kleurrijke achterstandswijk in Hilversum. Ongeveer 50% van de inwoners in het werkgebied is van niet-westerse herkomst. Dat ligt ruim boven het Hilversumse gemiddelde. Het betreft qua herkomst een diverse groep. Getalsmatig zijn de Surinaamse en Marokkaanse groepen het grootst en er wonen betrekkelijk veel vluchtelingen in de wijk. De problematiek waar de patiënten van allochtone herkomst mee aangemeld worden bij de POH-GGZ is divers en vaak gaat het om meervoudige problemen. Zelf zie ik vaak patiënten met depressieve en/of angstklachten in combinatie met gezins- en relatieproblemen, huiselijk geweld, financiële problemen,

werkproblemen of eenzaamheid. Wat bij deze doelgroep opvalt, is het vaak zeer beperkte sociale netwerk. Mensen voelen zich alleen staan met hun zorgen en problemen en hebben weinig vertrouwenspersonen bij wie ze zich kunnen en durven uiten. Mijn ervaring is dat dit een risicofactor kan zijn voor het ontwikkelen en in stand houden van psychopathologie.

Naima wordt bij mij aangemeld nadat eerdere behandelingen in de ggz niet van de grond waren gekomen. Zij is aanvankelijk door het maatschappelijk werk verwezen naar een categorale ggz-instelling, waar wordt besloten tot een EMDR-behandeling (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*). Ze haakt echter af, omdat haar behandelaar net als zij van Marokkaanse komaf is. Ze durft deze haar geheimen niet te vertellen. Bovendien wisselt ze vaak van behandelaar. Haar huisarts verwijst haar vervolgens naar een reguliere ggz-instelling. Als zij daar echter enkele keren niet komt opdagen zonder af te zeggen, krijgt ze een rekening van € 300, die ze niet kan betalen. Ze komt niet in behandeling. Haar huisarts schrijft haar sindsdien antidepressiva voor.

Dan meldt de huisarts haar aan bij mij met als doel samen met Naima te onderzoeken wat voor behandeling gewenst en mogelijk is. Het contact tussen ons komt soepel tot stand, Naima vertelt op een open manier haar verhaal en geeft aan zich gehoord te voelen. Tijdens de eerste twee gesprekken vertelt ze dat ze vervloekt is en dat ze zich nutteloos voelt en schuldig dat ze het zover heeft laten komen. Gevoelens van schuld en nutteloos zijn komen veel voor bij patiënten met depressieve klachten, maar spreken in termen van vervloekt zijn, maakt mij extra nieuwsgierig naar de achterliggende verklaring voor haar klachten. Ik besluit het Culturele Interview af te nemen en een culturele formulering (*Cultural Formulation of Diagnosis*, zie ook hoofdstuk 1) te maken.

Culturele formulering

Ik heb aan Naima voorgesteld om in een paar gesprekken stil te staan bij de vraag of er een relatie is tussen haar klachten en haar herkomst. Naima kan zich daar goed in vinden. Op basis van deze gesprekken kom ik tot de volgende culturele formulering.

1 Culturele identiteit

De ouders van Naima zijn opgegroeid in het noordelijke deel van Marokko. Moeder komt uit Tétouan en vader uit een dorp net ten noorden daarvan. Oma van moeders kant woont nog daar bij haar oudste dochter. Naima beschrijft deze tante als een nare vrouw. Oma heeft vroeger in Italië gewerkt. Ze deed dit om haar kinderen een goede toekomst te kunnen geven. De moeder van Naima werd wreed behandeld door haar zus en haar man, geslagen en ook seksueel ongewenst benaderd. Vader van Naima komt uit een gezin van negen kinderen

waarvan er zes zijn overleden. Vader ging op jonge leeftijd bij een familielid wonen, waar hij moest werken voor de kost. Hij was al jong zelfstandig en vertrok al snel naar Nederland als gastarbeider. Moeder ging hem na hun huwelijk achterna. Net als Naima zijn haar beide zussen in Alphen aan den Rijn geboren.

Naima praat met trots over de Marokkaans-Arabische komaf van haar familie en markeert de culturele verschillen met de Marokkaanse Berbers en de animositeit tussen beide bevolkingsgroepen. Naima heeft vooral Nederlandse en Surinaamse vriendinnen. Vroeger had ze ook Berberse vriendinnen, maar door hen voelde ze zich vaak buitengesloten. Ze vonden haar anders en spraken Berbers, terwijl ze wisten dat Naima dit niet verstond.

Denkend aan haar cultuur vindt Naima de gemeenschapszin belangrijk: respect voor ouders en ouderen, de gedeelde taal en het eten. De Marokkaanse keuken is volgens haar de beste van Noord-Afrika. Islamitische feestdagen worden met de familie gevierd. Die gemeenschap heeft echter ook een keerzijde: er kan gezeurd worden over kleine dingen. Ze wordt bijvoorbeeld op straat aangesproken door Marokkaanse vrouwen over de te moderne kleding die ze draagt. Naima vindt dat Marokkanen zich vaak als slachtoffer opstellen en graag zielig gevonden willen worden. Dat vindt ze negatief. Ze vindt ook dat Marokkaanse mensen vaak aardig doen, maar achter je rug om roddelen. Volgens haar speelt jaloezie daarbij een rol. Ze relateert haar herkomst: 'Ik ben wie ik ben en ik ben me pas bewust van mijn Marokkaanse roots, wanneer anderen me daar op aanspreken.' Wanneer dat gebeurt, weet ze niet of ze Marokkaans of Nederlands is. Het voordeel is dat ze tweetalig is en twee landen heeft die als 'thuis' voelen. Een nadeel is dat ze zich altijd moet bewijzen, zowel tegenover Nederlandse vriendinnen als tegenover Marokkaanse familie. Voor de een is ze een allochtoon, voor de ander een Europeaan.

Mijn indruk is dat het deel uitmaken van twee culturen voor Naima verrijkend is, maar haar ook voor moeilijke dilemma's stelt. Ik denk dat de opvattingen van haar familie over seksualiteit, man-vrouwverhoudingen en religie een belangrijke rol spelen in de dilemma's waar Naima zich voor geplaatst ziet. Ze weet hier niet goed een weg in te vinden.

2 Culturele verklaringen voor de ziekte

Naima is een alleenstaande moeder met één zoon. Ze draagt het geheim met zich mee dat haar zoon geboren is uit een buitenechtelijke affaire en dat haar ex-man, van wie ze gescheiden is, niet de vader is. Ze vreest dat de schaamte hierover in de familie erg groot is. Niemand mag het weten behalve haar moeder en zussen. Ook haar vader niet, ondanks het feit dat ze een goede band heeft met hem. Dit geheim drukt zwaar op Naima en ze is bang dat haar zoon het haar later zal verwijten en haar een 'hoer' zal vinden.

Naima kan niet goed aangeven wat er met haar aan de hand is. In het Arabisch komen omschrijvingen als ‘je bent gek’, ‘je bent in de war’, ‘je hebt last van het boze oog’ er volgens haar het dichtst bij in de buurt. Ze noemt deze omschrijvingen in één adem, ook al gaat het om heel verschillende verschijnselen. In de Marokkaans-Arabische context wordt het boze oog geassocieerd met jaloezie en ‘in de war zijn’ duidt meer op een westerse verklaring. Oma in Marokko zou zeggen: ‘Ik heb medelijden met je’, en zou haar vervolgens naar een traditionele genezer sturen, een ‘mannetje’ dat de Koran gaat lezen, of naar een heilige plek om een offer te brengen. Naima vertelt dit wat lachend en geeft aan dat dit voor haar geen oplossingen zijn. Maar haar familie in Nederland biedt ook zeer verschillende en soms zelfs tegenstrijdige verklaringen en oplossingen: je bent overspannen en je moet het rustig aan doen (moeder), je moet naar een dokter (vader), je bent gestoord, je spoort niet (ene zus), je moet de Koran lezen en geduldig zijn (andere zus). Naima voelt zich niet echt begrepen door hen.

Naima ziet zichzelf als moslima, maar is niet praktiserend. Ze voelt zich hier schuldig over, ondanks het feit dat ze gelooft dat de islam in je hart zit. Ze heeft ook schuldgevoelens met betrekking tot haar zoontje, volgens de Koran zou hij een bastaardkind zijn. Naima weet wel dat ze Allah om vergeving kan vragen, maar ze wil nog liever dat de vader van haar zoontje hem erkent. Ook hierin voelt Naima zich verscheurd. Binnen haar culturele referentiegroep is er een grote diversiteit aan verklaringen en mogelijke interventies en zij weet niet waar ze op moet koersen. Serieus genomen worden en praktische adviezenervaart ze als helpend, maar haar innerlijke conflict lijkt hier niet mee opgelost te worden.

3 Culturele factoren in de psychosociale omgeving

Naima is een alleenstaande moeder die haar sociale omgeving zowel voor praktische hulp als voor emotionele ondersteuning hard nodig heeft. Voor praktische hulp gaat ze naar haar vader, voor ondersteuning bij de opvoeding naar haar moeder en voor problemen op het relationele vlak naar een vriendin. Ze vindt dit lastig, omdat schaamtevolle zaken in de familie snel doorverteld worden. Daardoor verlies je aanzien. Dit geldt niet voor haar geheim. Ze is ervan overtuigd dat haar moeder en zussen het niet verder vertellen. Vader mag het absoluut niet weten, zeker niet zolang de biologische vader zijn zoon niet erkent. Naima bespreekt niet met haar moeder waarom het haar niet lukt alles te vergeten wat er tijdens haar relatie is gebeurd, ondanks het feit dat moeder wel laat merken dat zij ook nog met gebeurtenissen van vroeger in haar maag zit. Vriendinnen luisteren wel, maar Naima voelt zich door hen niet echt begrepen.

Hoewel Naima een breed sociaal netwerk heeft, voelt ze zich onvoldoende gehoord en begrepen. Ze houdt belangrijke zorgen achter voor haar familie en wanneer ze er wel over spreekt met vriendinnen, lijken zij haar niet het gevoel te kunnen geven dat ze begrepen wordt.

4 Culturele elementen tussen patiënt en hulpverlener

Naima geeft de voorkeur aan een vrouwelijke behandelaar. Ze praat makkelijker met een vrouw, zeker over de schaamtevolle zaken uit haar leven. Ze vindt het belangrijk om daarin een goed en vertrouwelijk contact met de behandelaar op te bouwen. Omdat dat uitbleef, is eerder contact met de ggz afgebroken. Door haar huisarts voelde ze zich wel serieus genomen, evenals door de maatschappelijk werkende. Religie van de behandelaar speelt geen rol voor haar. Wel geeft ze aan dat ze eerder bij een hulpverlener van Marokkaans-Berberse komaf moeite had om alles te vertellen. Schaamte is bij een landgenote meer aan de orde.

5 Algehele culturele inschatting

Bij het ontwikkelen van depressieve symptomen en prss-gerelateerde klachten lijken de gevoelens van schaamte en schuld van Naima over haar seksuele relatie met haar vroegere geliefde een rol te spelen. De last wordt nog zwaarder omdat die man hun zoontje niet erkent en zij zich daarover niet uit durft te spreken, terwijl zij die erkenning wel nodig heeft. Naima voelt zich verscheurd en gevangen in tegenstellingen tussen enerzijds normen waarmee ze is opgevoed (zoals: je kind is een bastaard, vergeving moet je verdienen, anderen teleurstellen mag niet) en anderzijds de normen uit haar Nederlandse omgeving (zoals: geef openheid over wie de vader is van je kind, kom op voor jezelf).

Het Culturele Interview zet haar aan het denken. De behandelaar geeft met respect voor haar denkwijze woorden aan het dilemma van de botsende waarden en normen waarin zij verstrikt is geraakt. Voor een verdere behandeling is van belang dat Naima zich vrij voelt om vertrouwelijk met een behandelaar te praten. Een behandelaar van Marokkaanse herkomst heeft daarom in haar geval niet de voorkeur. Verder is het van belang belangrijke mensen uit haar sociale netwerk te betrekken bij de behandeling en de dilemma's van Naima te bespreken. *Last but not least* is een empowerende benadering nodig: Naima is een vrouw met een groot potentieel. Ze is goed opgeleid en sociaal vaardig, en het aanboren van haar eigen kracht zal een helende werking hebben.

Overwegingen

In het geval van Naima heeft het Culturele Interview een belangrijke rol vervuld in het traject naar verdere behandeling. Door het gesprek over haar culturele context en de invloed hiervan op het ontstaan en in stand houden van haar klachten heeft Naima zicht gekregen op de dilemma's waar ze zich voor geplaatst ziet, en ze heeft hiervoor erkenning gekregen.

Het aantal gesprekken met de POG-GGZ is gelimiteerd (vijf tot maximaal zeven gesprekken) en Naima besluit na afloop daarvan dat ze haar eerdere behan-

deling weer wil oppakken. Omdat EMDR niet wordt aangeboden door de POGGZ, besluit ze terug te gaan naar de categorale instelling waar ze eerder was ingeschreven. Op haar verzoek wordt haar een behandelaar toegewezen met een niet-Marokkaanse herkomst.

Ik heb in de loop van de tijd veel ervaring opgedaan met het Culturele Interview. Het is een goed instrument om klachten samen met de patiënt in een culturele context te plaatsen. Daarbij moet een behandelaar beschikken over basiskennis over de grote wereldgodsdiensten en over achtergronden van oorlogen en conflicten in de wereld. Die basiskennis kan het gevoel bij de patiënt versterken dat de behandelaar daadwerkelijk geïnteresseerd is. Het mooie is dat in de praktijk de patiënt en diens verhaal mij als behandelaar prikkelen om me te verdiepen in het land van herkomst en in geloofsovertuigingen. Daarbij moet opgepast worden niet in culturele sjablonen te denken. Dat is niet realistisch en niet helpend. Ieder individu kan zo zijn eigen insteek hebben.

In mijn praktijk gebruik ik het Culturele Interview dat Simon Groen (2006, 2008) heeft ontwikkeld. De vragenlijst gebruik ik echter enkel als geheugensteun. Mijn ervaring is dat het niet goed werkt om de vragen letterlijk te stellen en dat het beter is de formulering af te stemmen op de patiënt. Ook de volgorde van de thema's houd ik in het gesprek niet altijd aan, omdat ik het van belang vind de patiënt de lijn van het gesprek te laten bepalen. De meerwaarde is dat deze werkwijze de vertrouwensrelatie vergroot en dat je zo achterliggende thema's en informatie op het spoor komt die je niet kunt bevragen, omdat ze alleen maar uit zichzelf verteld kunnen worden. Afhankelijk van de patiënt en van de situatie bespreek ik de thema's uit het Culturele Interview in aparte gesprekken (zoals bij Naima) of weef ik ze door de reguliere gesprekken heen.

Een goede hantering van het Culturele Interview vraagt een grote mate van betrokkenheid en interesse van de behandelaar. Maar het vraagt ook iets van de patiënt, namelijk om af te stappen van de directe klacht en op een andere manier te kijken naar de problematiek, vanuit de veronderstelling dat er verband is tussen context, herkomst en klacht. Dat vraagt soms enige uitleg, omdat de patiënt in eerste instantie komt voor klachtenvermindering. Overigens komt dit ook elders in behandelingen voor als het gaat om het verband tussen het verleden en de huidige klachten. Ook dan is dat verband voor een patiënt niet altijd direct duidelijk of acceptabel.

Naima kreeg door het Culturele Interview weer vertrouwen in de betekenis van een ggz-behandeling van haar klachten. Ze gaf aan dat de betrokkenheid en interesse van de behandelaar dit bewerkstelligde en dat ze door de vragen zelf weer ging nadenken over haar biculturaliteit en zich vrijer voelde om dit met anderen te delen. Voor de behandelaar was van belang dat er door het werken met het Culturele Interview belangrijke informatie naar voren kwam over Naima's eigen visie op haar problematiek en de dilemma's van schaamte, ge-

heimhouding en religie waarmee zij worstelde. In het Culturele Interview kon Naima haar geheim delen en werden haar klachten in een context van cultuur en identiteit geplaatst. Dat had een helende werking. Dat er sprake was van verschillende etnische achtergronden, was voor Naima eerder een voor- dan een nadeel. Door het Culturele Interview was zij in de gelegenheid om afstand te nemen van het complexe geheel van tegenstrijdige visies en loyaliteiten.

Het Culturele Interview is goed toepasbaar in de praktijk van de POH-GGZ. Voor veel patiënten is de POH-GGZ de eerste kennismaking met geestelijke gezondheidszorg en dat maakt het extra belangrijk om enerzijds aandacht te schenken aan het opbouwen van een goede werkrelatie en anderzijds zorgvuldige diagnostiek te doen. Daar hoort onmiskenbaar bij dat de POH-GGZ zich verdiept in de culturele context van de patiënt en de betekenis hiervan voor ziekte en herstel.



Hoofdstuk 8

Het Culturele Interview in de maatschappelijke opvang

Mirjam den Hertog

Stichting Centrum Vaartserijn is een middelgrote instelling voor de opvang en begeleiding van dak- en thuislozen in de stad Utrecht. De bewoners zijn op enigerlei wijze dakloos geraakt. Sommigen hebben jarenlang op straat geleefd, maar hebben zich toch laten verleiden om structurele zorg te accepteren. Anderen zijn vanwege scheiding en/of schulden acuut dakloos geworden en beschikken niet (meer) over een sociaal netwerk waarop zij kunnen terugvallen. Weer anderen hebben al een uitgebreide rondgang langs zorginstellingen gemaakt maar hun (woon)plek nog niet gevonden.

Eenheid versus verscheidenheid

De bewoners van Centrum Vaartserijn – voor het overgrote deel zijn het mannen – hebben allemaal problemen ondervonden in hun leven die zij niet meer op eigen kracht konden oplossen. Dat verbindt hen. De aard van die problemen kan echter heel erg uiteenlopen. Naast dakloosheid hebben vrijwel alle bewoners financiële moeilijkheden. Daarnaast zijn verslaving en psychische/psychiatrische klachten, al dan niet in combinatie met een verstandelijke beperking, de meest voorkomende problemen. Velen hebben geen of een zeer beperkt sociaal vangnet.

Alle bewoners krijgen na opname een individueel traject aangeboden waarin hun mogelijkheden en beperkingen worden geïnventariseerd en bewerkt. Daarbij hanteren wij de acht leefgebieden van het zogenaamde 8-fasenmodel (Van Leeuwen-den Dekker & Heineke 2008).¹ Er wordt intensief samengewerkt met instellingen in Utrecht op het gebied van verslaving, psychiatrie, schuldhulpverlening en inkomen, en sociale zekerheid. Doel is om de bewoner te laten doorstromen naar een passende, zo zelfstandig mogelijke woonvorm. In het kader van maatschappelijke participatie wordt van alle bewoners verwacht dat zij een vorm van dagbesteding hebben.

Tijdens het verblijf in Centrum Vaartserijn krijgt een bewoner te maken met verschillende professionals die vanuit hun eigen discipline bijdragen aan het individuele traject. Maatschappelijk werkers verzorgen de aanmelding en opname en proberen een beeld te krijgen van de voorgeschiedenis en hulpverleningsgeschiedenis van de aangemelde cliënt. De trajectbegeleiders begeleiden de individuele trajecten en onderzoeken en regelen de doorstroommogelijkheden. Groepswerkers begeleiden de dagelijkse gang van zaken binnen Centrum Vaartserijn, verzorgen maaltijden, houden toezicht op de hygiëne, organiseren activiteiten en zorgen in brede zin voor een prettig en veilig leefklimaat. Van alle bewoners wordt verwacht dat zij ‘een handje meehelpen in huis’: het schoonhouden van hun eigen kamer, het opruimen van de unithuiskamer en het draaien van een kantinedienst gemiddeld eens per half jaar. Als een bewoner nog niet beschikt over een vorm van externe dagbesteding, wordt verwacht dat hij werkzaamheden verricht bij de technische of huishoudelijke dienst, in de tuin of in het dierenverblijf.

De 24-uursopvang

Centrum Vaartserijn is een opvangvoorziening voor dak- en thuislozen in de stad Utrecht en direct aangrenzende gemeenten, met een nachtopvang (passantenverblijf) van 12 bedden, een 24-uursopvang en een RIBW-voorziening van 22 bedden voor oudere (ex)dak- en thuislozen die fysieke zorg behoeven. Daarnaast zijn er verschillende ambulante begeleidingsteams.

De 24-uursopvang heeft zestig plaatsen, verdeeld over zes units van elk tien kleine kamers. Bewoners verblijven er gemiddeld tussen een half en anderhalf jaar. In de grote centrale kantine eten en recreëren de bewoners gezamenlijk. Een huishoudelijke dienst zorgt voor wassen, drogen en herstellen van kleding. Er is een aparte woonunit waar de bewoners in de laatste fase van hun verblijf in de opvang meer zelfstandigheid hebben en bijvoorbeeld zelf koken, wassen en de verblijven samen schoonhouden.

Indicatie en toewijzing van zorg verlopen via een centraal loket: de stedelijke Brede Centrale Toegang (BCT). De BCT is de toegangspoort tot voorzieningen die verblijf, dagactiviteiten of begeleiding aan huis bieden in de maatschappelijke opvang, de geestelijke gezondheidszorg, de verstandelijk gehandicaptenzorg of de verslavingszorg. Voorwaarde voor toelating zijn binding met de regio Utrecht en het beschikken over een verblijfsvergunning. De meeste bewoners hebben een AWBZ-indicatie, de anderen (maximaal twintig plaatsen) krijgen zorg vanwege de wmo (Wet Maatschappelijke Ondersteuning).

De schaalgrootte van de 24-uursopvang en de staat en inrichting van het pand – verouderd en gehorig – zorgen voor veel beheersmatige problemen die vaak vragen om een directieve aanpak. Algemene huisregels, fatsoensregels en collectieve afspraken rondom middelengebruik en (on)gewenst gedrag zijn noodzakelijk om het leefklimaat veilig en beheersbaar te houden.

Maatwerk

De bewoners van Centrum Vaartserijn kenmerken zich door een grote diversiteit in herkomst, leeftijd, problematiek en cognitief niveau. Dat vraagt om een individuele benadering, evenals individuele afspraken over bijvoorbeeld middelengebruik en dagbesteding. Het leveren van maatwerk staat centraal in de werkwijze. Gemiddeld is ruim een derde deel van de bewoners van allochtone afkomst. Er zijn relatief veel bewoners van Marokkaanse afkomst, de grootste allochtone bevolkingsgroep in Utrecht. Ook zijn diverse Afrikaanse landen goed vertegenwoordigd. Andere landen van herkomst zijn bijvoorbeeld Afghanistan, Armenië, Cuba, Turkije en Suriname. Bewoners vanuit Midden- en Oost-Europa, de zogenaamde moe-landers, zijn onder strikte condities welkom.² Echter, ook onder de autochtone bewoners zijn de cultuurverschillen soms groot. Bijvoorbeeld tussen de rasechte Utrechter uit de volkswijk Ondiep en de academicus van middelbare leeftijd die door omstandigheden (scheiding, gedwongen verkoop van huis) financieel aan de grond is geraakt. Beiden zijn terug te vinden onder de bewoners van de 24-uursopvang.

Van alle bewoners wordt verwacht dat zij in meer of mindere mate Nederlands kunnen spreken. Een aantal bewoners volgt een inburgeringscursus en

krijgt daar ook Nederlandse les. In de gemeenschappelijke ruimtes binnen Centrum Vaartserijn is het regel dat er Nederlands wordt gesproken.

Dilemma's

Met zo'n grote verscheidenheid in herkomst en cultuur is het een kunst om een huiselijke gemeenschap te vormen en een grootste gemene deler te vinden voor plezierig samenleven. De culturele verschillen wegen soms zwaarder dan de overeenkomsten. Onbekend maakt onbemind. De term 'respect' valt vaak en daar wordt verschillend inhoud aan gegeven. Vaak is ook moeilijk te onderscheiden wanneer er sprake is van culturele factoren, psychische klachten, verstandelijke beperkingen, gedrag ten gevolge van middelengebruik, opvoeding, persoonlijke eigenschappen of een combinatie daarvan. Veel bronnen van cultuurconflicten, soms bijna verworpen tot een cliché, passeren de revue op de werkvloer van Centrum Vaartserijn.

Een veel voorkomend probleem is de uitvoering van de kantinediensten. Alle bewoners worden geacht om ongeveer eens per half jaar op een weekenddag na de maaltijden de kantine op te ruimen, tafels schoon te maken, te veggen en te helpen bij de avondvaat. Het valt op dat veel mannen van allochtone herkomst moeite hebben met deze opdracht en soms ronduit weigeren. Wat ligt hieraan ten grondslag? Schoonmaken is vrouwenwerk? Trots? Luiheid? Andere ons onbekende drijfveren? Voor je het weet is het oordeel geveld en zit je met de bewoner in een machtsstrijd zonder winnaars. Maar wat moet je dan? Onderscheid maken in culturen? De een wel en de ander niet? Dat is niet uit te leggen. Maar wat dan wel?

Ook dagbesteding in het algemeen is regelmatig een bron van onbegrip en conflicten. De regel is dat iedereen een vorm van dagbesteding heeft, afgestemd op de mogelijkheden van de persoon op dat moment. Een enkeling heeft een betaalde baan. Velen hebben (tijdelijk) een uitkering en worden geacht onbetaald werk te verrichten. Naast de gangbare vormen van vrijwilligerswerk (koffie schenken in een bejaardentehuis, helpen op een kinderboerderij en dergelijke) zijn er in Utrecht speciaal voor de bijzondere doelgroepen vele dagbestedingsprojecten. Voor veel bewoners van allochtone herkomst is werken zonder daarvoor betaald te worden geen optie. Hun bezwaren, die vaak te maken hebben met status en positie, zijn voor hen onoverkomelijk.

Botsingen

In de Nederlandse samenleving wordt veel waarde gehecht aan begrippen als eigen verantwoordelijkheid, zelfreflectie en individualiteit. Ook in de hulpverlening zijn dat centrale waarden. In de begeleiding van bewoners kan dit echter tot onbegrip en botsingen leiden en passen cliënten niet altijd in de

hulpverleningscontext van Centrum Vaartserijn. De casus van Mohamed illustreert dat.

Mohamed is 47 jaar en komt uit Somalië. Hij verblijft in het passantenverblijf (nachtopvang). In een gesprek met maatschappelijk werk wordt bekeken in hoeverre hij meer zorg nodig heeft. Doorstroom naar de 24-uurszorg behoort wellicht tot de mogelijkheden. Mohamed is zeer traditioneel gekleed. Hij heeft een lange baard en een stok. Hij bidt vaak en langdurig en raakt daarbij in een soort trance. De verwijzer heeft slechts summiere informatie gegeven. Mohamed heeft in Somalië nauwelijks onderwijs genoten. Zijn ex-vrouw en vier kinderen verblijven in Engeland. Hij heeft geen baan en is dakloos. Niet duidelijk is of er psychische klachten zijn. Hij spreekt gebrekkig Nederlands. Zijn neiging om anderen tot zijn geloof te willen bekeren, roept irritatie op bij de overige passanten.

Wanneer de maatschappelijk werkster hem in haar kantoor uitnodigt, geeft hij haar geen hand. De deur van het kantoor moet open blijven, omdat zijn geloof hem verbiedt alleen met een vrouw in een ruimte te zijn. Ondanks zijn moeizame Nederlands stelt hij zich coöperatief op en verstrekt de nodige informatie. Gevraagd naar zijn hulpvraag geeft hij aan dat het niet aan hem is om vragen of eisen te stellen. Hij behoeft slechts een bed. Al het andere ligt in de handen van Allah. Dat zet hij kracht bij door veelvuldig 'Inshallah' (als God het wil) in zijn antwoorden te werven. Op verschillende manieren probeert de maatschappelijk werkster achter zijn motieven en drijfveren te komen. Maar het lukt niet om tot hem door te dringen. Voor hem is Allah degene die zijn lot en leven bepaalt.

In een daarop volgend opnameoverleg wordt de afweging gemaakt deze man wel of niet op te nemen. Het feit dat hij vrouwen geen hand geeft en niet met hen alleen in een ruimte wil verblijven, is lastig en roept discussie op. Alle trajectbegeleiders zijn vrouw, daarin valt dus geen keuze te maken. Maar om hem om die reden niet op te nemen, voert te ver, vindt men. De taal is een barrière, maar is te overbruggen door een tolk. Zijn uiterlijk en de manier waarop hij zijn geloof beleeft en uitdraagt, vallen op en menig medebewoner bekijkt hem met spot of argusogen. Maar wellicht valt daarover wat met hem af te spreken.

Niettemin wordt hij niet opgenomen in de 24-uursopvang. Het belangrijkste argument daarbij is dat er om een traject te doen welslagen overeenstemming moet zijn over het doel en de middelen om daar te komen. Verwacht wordt dat bewoners naar vermogen een eigen verantwoordelijkheid dragen ten aanzien van hun traject. Het feit dat Mohamed zo nadrukkelijk de verantwoordelijkheid in handen van God legt, wordt als een onoverkomelijke belemmering gezien.

Achteraf kunnen we ons de vraag stellen of dit een goede beslissing is geweest. Hebben we ons niet te veel laten leiden door de uitingen van zijn geloof? Hebben we genoeg moeite gedaan om daardoor heen te kijken en zijn opvattingen over het geloof met een imam te bespreken, zijn werkelijke hulpvraag te horen en erachter te komen welke verantwoordelijkheden hij in dat kader wel neemt of kan nemen? Wellicht niet. We zijn voornamelijk uitgegaan van onze eigen norm en gebrekkige kennis van de islam. Centrum Vaartserijn heeft geen islamitisch geestelijk verzorger. De casus maakt duidelijk dat

het wellicht wel goed zou zijn om contact te leggen met een imam om hierin voor bewoners ruimte te creëren en op dit soort vragen ook zelf een beter antwoord te krijgen.

Het Culturele Interview

Eind 2010 wordt in Centrum Vaartserijn een training gegeven in het kader van interculturalisatie van de instelling en worden de culturele formulering en het Culturele Interview geïntroduceerd. Het interview is ontleend aan de geestelijke gezondheidszorg, maar is wat betreft vorm en inhoud aangepast aan de manier waarop in de maatschappelijke opvang in het algemeen en Centrum Vaartserijn in het bijzonder wordt gewerkt (zie bijlage 6).³ Het interview is geïntegreerd in het 8-fasenmodel. De introductie van het Culturele Interview, in de vorm van een interactieve workshop, vindt in twee etappes plaats. In de eerste bijeenkomst wordt uitleg gegeven over nut en noodzaak van het interview en de toepassing in de maatschappelijke opvang. Het doel is om tot verheldering te komen van de betekenis die cultuur, herkomst en migratie in positieve en negatieve zin hebben voor:

- 1 het gedrag dat ertoe heeft geleid dat de cliënt in de opvang terecht is gekomen;
- 2 de mogelijkheden om de regie over zijn eigen leven te hernemen en wat daar voor nodig is.

De tweede bijeenkomst vindt twee maanden later plaats. In de tussentijd hebben alle medewerkers hun huiswerk gemaakt en het Culturele Interview afgenomen bij een van de bewoners. Het enthousiasme over de effecten van het interview is groot. Vrijwel iedereen heeft ervaren dat het afnemen van dit interview, waarbij de volle aandacht uitgaat naar de cliënt, een positief effect heeft op het contact, zoals onderstaande casus laat zien. Er worden kanten van de persoon zichtbaar die eerder verborgen bleven. Er ontstaat begrip voor de situaties waarin iemand verzeild is geraakt en eventueel gedrag dat daarbij hoort. Wat overigens niet betekent dat hiermee het wondermiddel is gevonden dat een succesvol traject verzekert.

Fouad is 38 jaar oud en afkomstig uit Afghanistan. Hij woont sinds negen jaar in Nederland. Hij is gevlucht voor het Taliban-regime. Begin 2011 wordt hij opgenomen in Centrum Vaartserijn na dakloos te zijn geraakt na een scheiding. Hij maakt een goede start en er worden in goed overleg begeleidingsdoelen opgesteld. Met zijn (vrouwelijke) trajectbegeleider heeft hij een redelijk contact. Echter gaandeweg verandert hij in zijn houding naar medewerkers en medebewoners. Hij weigert hen bijvoorbeeld te groeten en negeert hen opzichtig. Zijn opmerkingen worden als neerbuigend ervaren. Tegelijkertijd lijkt hij alles en iedereen in de gaten te houden en krijgt zijn aanwezigheid iets intimiderends. Afspraken met zijn trajectbegeleidster komt hij steeds minder na. Veelvuldig beklaagt hij zich over gebrek aan respect van anderen. Erg veel

respect naar anderen toe toont hij echter zelf niet. Zijn opmerkingen naar vrouwelijke medewerkers worden dermate denigrerend van aard, dat besloten wordt hem de wacht aan te zeggen: óf hij stelt zijn houding bij en hij werkt constructief mee, óf zijn verblijf zal eenzijdig worden beëindigd. In het gesprek dat volgt laat een medewerkster op niet mis te verstane wijze haar boosheid over zijn houding blijken.

Fouad lijkt overdonderd en krijgt de tijd om een keuze te maken. Het kan twee kanten op gaan, schatten zijn begeleiders in. Of hij laat zich er niets aan gelegen en hij pakt acuut zijn biezen. Of hij kiest eieren voor zijn geld en voegt zich naar de eisen die aan hem gesteld zijn. Na enkele dagen geeft hij aan te willen blijven. Hij houdt woord en geleidelijk verandert zijn houding. Zijn trajectbegeleider neemt hem, zoals inmiddels te doen gebruikelijk in deze fase van verblijf, het Culturele Interview af. Daarin vertelt hij over zijn jeugd in Afghanistan, het leven van alledag daar en de keuzes die hij en zijn familie hebben moeten maken. Naast de bruikbare informatie voor het begeleidingstraject, levert ook de exclusieve aandacht een waardevolle bijdrage aan het contact tussen Fouad en zijn begeleider. Hij blijkt in het verleden een gepassioneerd worstelaar te zijn geweest. Inmiddels worstelt hij bij een Utrechtse vereniging. Ook met vrouwen.

In het geval van Fouad creëert het Culturele Interview nieuwe openingen in het begeleidingscontact en het verblijf. Dat is echter niet altijd het geval, zoals het voorbeeld van de Turkse cliënt Emiran laat zien.

Emiran, een Turkse man van 41 jaar oud, verblijft in het passantenverblijf en heeft zich aangemeld voor de 24-uursopvang. Het wachten is nog op de toewijzing van een AWBZ-indicatie. Emiran is gescheiden en heeft acht kinderen bij vijf vrouwen. Hij is dakloos geraakt en zwerft al enige tijd zonder vaste woon- of verblijfsplaats in en om Utrecht. Een makker van hem verblijft al enige tijd in de opvang en Emiran komt regelmatig bij hem op bezoek, waardoor hij al bekend raakt in huis bij medewerkers en bewoners. Erg populair maakt hij zich vooralsnog niet. Zijn toon en taalgebruik zijn niet erg beschaafd te noemen, zacht uitgedrukt. Met enige huiver ziet het groepswerk zijn opname tegemoet.

Inderdaad valt zijn gedrag al direct in negatieve zin op. Zijn toon is eisend en dwingend. Als zijn wensen niet direct worden ingewilligd, trakteert hij medewerkers op scheldpartijen en ander verbaal geweld. Veelvuldig moet hij worden gecorrigeerd, soms in de vorm van een time-out. Dat is een schorsing van enkele uren of, bij ernstige verstoringen, voor langere tijd. De gesprekken tussen hem en zijn trajectbegeleider verlopen uiterst moeizaam. Over niets is overeenstemming. Hoewel hij goed Nederlands spreekt, lijkt hij een volstrekt andere taal te spreken. Hij schreeuwt vooral. Medebewoners gaan hem uit de weg. Bij het team ontstaat, gezien zijn gedrag, ernstige twijfel over de haalbaarheid van een traject bij Centrum Vaartserijn.

De coördinator groepswerk besluit hem het Culturele Interview af te nemen. Daarin komt een aantal zaken naar voren. Emiran is op driejarige leeftijd naar Nederland gekomen met zijn ouders. Zijn vader behoort tot de eerste generatie gastarbeiders. In die tijd was inburgering nog geen voorwaarde. Vader heeft dan ook nooit de Nederlandse taal geleerd. De familie behoorde in Oost-Turkije tot een afgescheiden bevolkingsgroep die door de andere bevolkingsgroepen daar stelselmatig werd onderdrukt. Die situatie werd zo nijpend dat men geen andere moge-

lijkheid meer zag dan te vluchten naar West-Europa. Ze vestigden zich aanvankelijk in Duitsland en zijn vervolgens naar Nederland verhuisd. Overigens blijkt uit het interview dat in de streek waar Emiran vandaan komt uitermate traditionele opvattingen heersen ten aanzien van de positie van vrouwen en het huwelijk. Emiran geeft aan deze opvattingen te delen. Zijn uitspraken over bijvoorbeeld eerwraak zijn erg moeilijk om te begrijpen en te volgen.

Het verblijf in Europa brengt de familie, met name vader, niet wat werd gehoopt en verwacht. Vader raakt gedesillusioneerd en wrokkig en voelt zich stelselmatig achtergesteld. In deze sfeer groeit Emiran op. Het diepgewortelde idee dat hem als Turkse migrant in velerlei opzicht onrecht wordt aangedaan door de Nederlandse overheid, neemt hij van zijn vader over. Ook zijn eigen leven lijkt een opeenstapeling van teleurstellingen en mislukkingen. Het lijkt wel alsof Emiran letterlijk moet schreeuwen om gehoord te worden. De verantwoordelijkheid voor alles wat er mis ging in zijn leven legt hij bij de Nederlandse maatschappij.

Op grond van de informatie uit het Culturele Interview en een gevoel van mededogen dat daaruit ontstaat, wordt besloten Emiran nog een kans te geven. Getracht wordt zo veel mogelijk te focussen op zaken die wel goed gaan, in plaats van op zijn gedrag. Maar het helpt niet. Hij blijft zo hard schreeuwen en eisen dat veel medebewoners niet meer in zijn nabijheid willen verkeren en de kantine uitlopen wanneer hij binnenkomt. Zijn begeleiders krijgen geen contact met hem. Besloten wordt hem een termijn van enkele weken te geven om een andere plek te zoeken. Hij zal daarbij geholpen worden. Emiran reageert zeer heftig en verontwaardigd op dit besluit. Hij begrijpt niet waaraan hij dit te danken heeft en waarom hem wederom onrecht wordt aangedaan. Het kringetje is weer rond.

Het welslagen van een traject in de maatschappelijke opvang valt of staat met de overeenstemming met de bewoner over vorm en inhoud van dat traject. Contact en commitment zijn sleutelwoorden. Als dat ontbreekt, loopt vrijwel elk traject vroeg of laat stuk. In de trajecten van zowel Fouad als Emiran hebben culturele factoren invloed op het contact met hun begeleiders. Dat lijkt althans zo. Emiran verwijt zijn begeleiders veelvuldig dat zij hem discrimineren. Dat staat zo op de voorgrond dat er geen ruimte meer is om te onderzoeken en te bespreken waarom hij zich werkelijk zo gedraagt. Het Culturele Interview, min of meer toevallig in die periode gepland, geeft echter meer inzicht in en begrip voor zijn gedrag en situatie. De gedwongen migratie destijds en het gevoel niet gewenst te zijn hebben klaarblijkelijk diepe sporen nagelaten, ook bij de volgende generatie waartoe Emiran behoort. Zijn gedrag verandert echter niet en uiteindelijk weegt dan het belang van Centrum Vaartserijn als leefgemeenschap zwaarder dan het belang van Emiran.

Ook de houding van Fouad naar vrouwen roept aanvankelijk veel weerstand op en staat een goed contact met zijn begeleiders in de weg. Fouad trekt daarmee als het ware een schild op tussen zichzelf en zijn begeleiders. De neiging is groot dit simpelweg te verklaren als een onoverbrugbaar verschil in cultuur. Maar dankzij de lange adem, doorvragen en oprechte interesse van zijn vaste begeleidster kruipt Fouad uit zijn schulp en accepteert hij de aangeboden hulp. En ziet men de mens Fouad in plaats van de Afghaan.

Inbedding in het begeleidingstraject

Het Culturele Interview krijgt meer en meer een vaste plaats in het begeleidingstraject van de 24-uursopvang van Centrum Vaartserijn. Het proces van introductie naar implementatie heeft ongeveer een jaar geduurd. Aanvankelijk vroeg Centrum Vaartserijn naar meer feitelijke kennis van andere culturen, zoals de Arabische en Afrikaanse cultuur. In plaats daarvan werd het Culturele Interview aangeboden. De medewerkers zijn unaniem enthousiast hiermee aan de slag gegaan. Na een periode van oefenen is de volgende procedure afgesproken.

In het eerste begeleidingsgesprek met de trajectbegeleider krijgt de bewoner altijd een begeleidingsmap uitgereikt. Daar worden verschillende belangrijke documenten in ondergebracht, zoals de persoonsbeschrijving en het begeleidingsplan, alsmede een waardenoefening (oefening in het ontdekken van betekenisvolle thema's) en een wensenprofiel. Het Culturele Interview en de uitwerking daarvan zijn ondergebracht bij de persoonsbeschrijving. Het Culturele Interview zelf wordt bij voorkeur afgenomen in de eerste fase van de begeleiding, dat wil zeggen binnen een maand of twee na toewijzing aan een trajectbegeleider (doorgaans binnen twee weken na opname).

Elke trajectbegeleider is gekoppeld aan een vaste groepswerker. Gezamenlijk bewaken zij de rode draad in de begeleiding en de afspraken die in dat kader worden gemaakt, ieder vanuit zijn eigen discipline en taakopvatting. Wenselijk kan dan ook zijn dat zij gezamenlijk het Culturele Interview afnemen. Dat kan in een keer of in etappes. De afname kan uitgebreid zijn, waarbij alle thema's de revue passeren. Bij sommigen zal afname van het interview slechts in beperkte mate en vorm mogelijk zijn, bijvoorbeeld vanwege cognitieve beperkingen, of pas later in de begeleiding plaatsvinden. Ook hierin wordt maatwerk geleverd. Een eerste brede evaluatie van het werken met het Culturele Interview moet nog volgen.

Enkele conclusies zijn echter al duidelijk:

- Een belangrijke les van de introductie van het Culturele Interview is dat bepaald gedrag vaker ten onrechte wordt opgevat als een cultuuruiting. Er is bijvoorbeeld meer kennis nodig van de islam om uitspraken en gedragingen van bewoners in hun context te kunnen duiden en met bewoners te bespreken. Wanneer het niet lukt om ogenschijnlijke culturele barrières in het contact te overwinnen, kan bijvoorbeeld de hulp van een imam worden ingeschakeld, of moet duidelijker worden geformuleerd welke kennis wij missen en hoe we die kunnen aanvullen.
- Het Culturele Interview is geen probleemoplosser, maar een integraal deel van het traject dat alle bewoners krijgen aangeboden. De maatschappelijke opvang heeft eigen thema's die daarin van belang zijn en integratie met de leefgebieden van het 8-fasenmodel is van belang. Daarvoor is in Centrum Vaartserijn een eerste aanzet gedaan.

- Het Culturele Interview is een instrument dat zowel de hulpverleners als de bewoners van de 24-uursopvang van Centrum Vaartserijn waarderen vanwege het positieve effect op het onderlinge contact. Een volgende stap kan zijn om het ook bij andere organisatieonderdelen te introduceren, bijvoorbeeld bij de afdeling ambulante woonbegeleiding. De voordelen en positieve effecten zullen daar vermoedelijk even groot zijn.
- De maatschappelijke opvang is een bijzonder deel van de zorgsector, waar de bewoners, zoals gezegd, problemen ondervinden in hun leven die zij niet meer op eigen kracht kunnen oplossen. Ze zijn maatschappelijk op drift geraakt. Het verdient aanbeveling om migratie als thema in het Culturele Interview in relatie tot dit op drift geraakt zijn, nadrukkelijker onder de loep te nemen.
- De 24-uursopvang van Centrum Vaartserijn is een voorziening voor zestig bewoners die dicht op elkaar leven. Dat vraagt om een duidelijk en afgemeten regime, waarin men zich aan de regels houdt, om botsingen en escalaties te voorkomen. Zo'n klimaat roept echter vanzelfsprekend reacties op, en dan is cultuur en het gewenste 'respect' een voor de hand liggend argument in de onderlinge omgang, zoals in de beschreven casuïstiek duidelijk wordt. Daarbij komt dat de meeste bewoners ergens in hun leven in de clinch hebben gelegen met de (westerse) samenleving, of het gevoel hebben gehad daarvan geen deel meer te mogen uitmaken. Bij het stellen van grenzen, kan 'cultuur' worden ingezet als argument in de dagelijkse omgang tussen bewoners onderling, tussen bewoners en begeleiders, en uiteindelijk ook tussen bewoners en de samenleving. Soms is dat misschien terecht en in andere gevallen meten mensen zich een slachtofferidentiteit aan. De uitdaging voor de maatschappelijke opvang, en Centrum Vaartserijn in het bijzonder, ligt erin om met het Culturele Interview door die 'identiteitenstrijd', die zo voor de hand ligt bij deze doelgroep, heen te kijken. Het instrument daarvoor is reflectie op de eigen reacties en 'onderbuikgevoelens' die het gedrag en de overtuigingen van bewoners oproepen. We zoeken het gesprek over de zaken die deze 'opposities' in context plaatsen, over wat die bewoner werkelijk beweegt en hoe hij zijn herkomst en cultuur beleeft, en wat voor plek hij die geeft in zijn leven in Nederland. Waar ziet hij overeenkomsten en waar verschillen?

Tot slot

Voor zover bekend is Centrum Vaartserijn de eerste instelling voor maatschappelijke opvang in Utrecht, en wellicht in Nederland, die op deze manier met intercultureel werken omgaat. Interculturalisatie is in de maatschappelijke opvang een thema dat meer aandacht verdient, zeker gezien de grote culturele en etnische diversiteit van cliënten in de opvangvoorzieningen. Het Culturele Interview helpt om daar op een genuanceerde en positieve manier mee om te gaan.

Noten

¹ Het 8-fasenmodel van MOVISIE (Van Leeuwen-den Dekker & Heineke 2008) is in de maatschappelijke opvang en de vrouwenopvang de meest gebruikte begeleidingsmethode. Het model onderscheidt acht fasen in een individueel begeleidingstraject, elk met specifieke doelen, werkwijzen en instrumenten. Daarnaast worden acht leefgebieden benoemd, waarop begeleidingsactiviteiten zich kunnen richten: huisvesting; financiën; sociaal functioneren; psychisch functioneren; zingeving; lichamelijk functioneren; praktisch functioneren; en dagbesteding.

² De overheid vindt dat te veel arbeidsmigranten uit Midden- en Oost-Europa gebruikmaken van de maatschappelijke opvang tijdens hun verblijf in Nederland. Niet-rechthebbende moe-landers worden geweerd uit de instellingen voor maatschappelijke opvang.

³ Het Culturele Interview voor de maatschappelijke opvang (ci-mo) is ontwikkeld door Huub Beijers en Gerdien Tempelman, zie bijlage 6.



Casus 6

Het Culturele Interview in de jeugdzorg

Monica Jorna

Trajectum is een multifunctionele organisatie voor jeugdzorg in de provincies Utrecht en Gelderland. Kinderen en jeugdigen van 0 tot 14 jaar met ernstige ontwikkelings- en opvoedingsproblemen en hun ouders/verzorgers kunnen er terecht voor verschillende vormen van intensieve ambulante, semimurale en residentiële behandeling. Trajectum werkt competentiegericht, oplossingsgericht en gezinsgericht en er is altijd sprake van een systeembenadering. Problemen van kinderen worden gezien in de context van het gezin en hun ouders worden binnen hun mogelijkheden benaderd als competente opvoeders. De hulpvraag en het hulpaanbod worden in samenspraak met de ouders vastgesteld. Zo ontstaat dialooggestuurde hulp. Ouders worden uitgenodigd om mee te denken over het meest passende antwoord op hun hulpvraag en dragen op basis hiervan medeverantwoordelijkheid voor het slagen van de hulp.

De etnische samenstelling van de Nederlandse bevolking is de afgelopen veertig jaar sterk veranderd. Ook bij de cliënten van Trajectum is deze ontwikkeling te zien. Helaas is de culturele diversiteit binnen het personeelsbestand nog beperkt. Daardoor komt het vaak voor dat hulpverleners en cliënten verschillen in culturele achtergrond. Trajectum schoolt daarom medewerkers in het ontwikkelen van interculturele competenties.¹ Een kind maakt onderdeel uit van een gezin, een familie, een buurt én een cultuur. Binnen die wereld zullen de aanknopingspunten voor verandering gevonden moeten worden. Cultuur behelst opvattingen en betekenissen die niet altijd uitgesproken worden, omdat ze als vanzelfsprekend ervaren worden. Tenminste, door mensen die dezelfde culturele achtergrond delen. Als dat niet zo is kunnen, onbedoeld en soms onbewust, cultuurverschillen leiden tot onbegrip en misverstanden.

Het Culturele Interview (Rohlof et al. 2002; Groen 2006) is ontwikkeld voor de ggz en door mij geïntroduceerd binnen Trajectum. Om het bruikbaar te maken voor de jeugdzorg heb ik het aangevuld met vragen omtrent opvoeding en culturele verklaringen voor ontwikkelingsproblematiek (zie kader). Het Culturele Interview blijkt ook in de jeugdzorg een goed hulpmiddel bij het verkennen van de wereld van allochtone cliënten en sluit goed aan bij de dialooggestuurde hulp van Trajectum. De antwoorden van ouders geven zicht op hoe zij het ouderschap ervaren, welke waarden zij belangrijk vinden in de opvoeding, hoe de eigen achtergrond hierin meespeelt, en de wijze waarop zij de huidige cultuur en leefomstandigheden ervaren met betrekking tot hun gezinsleven. Daarnaast geeft het interview een beeld van het verklaringsmodel van ouders voor de problematiek van kind en gezin.

Enkele voorbeelden van vragen die zijn toegevoegd

1 Culturele factoren gerelateerd aan opvoeding/gezinsleven:

- Wie zijn de belangrijkste mensen in uw omgeving?
- Hoe zouden zij uw gezin omschrijven?
- Wat vinden zij van de opvoeding die u uw kinderen geeft?
- Wat vinden zij sterke kanten van u als vader/moeder?
- Zouden zij zich wel eens zorgen maken om uw gezin? Waarover dan?
- Waar zijn uw kinderen geboren?
- Welke cultuur drukt het meest een stempel op uw kinderen?
- Wie van de kinderen is het meest Nederlands?
- Wie het minst?
- Is er verschil in hoe uw generatie opgroeide en hoe uw kinderen nu opgroeien? Zo ja, wat?
- Wat vindt u belangrijk in de opvoeding?
- Is er een duidelijk verschil tussen de taken van vader en moeder in de opvoeding?
- Is er bij de opvoeding een verschil tussen jongens en meisjes?
- Wat vindt u van de Nederlandse manier van opvoeden?
- Voedt u uw kinderen hier anders op dan u in uw cultuur/land van herkomst zou doen? Zo ja, waarom?
- Wat vindt u van het schoolstelsel in Nederland?
- Wie is er thuis de baas? Hoe belooft u en hoe straft u?
- Van wie ontvangt u steun in de opvoeding?

2 Culturele verklaringen van kindproblematiek (bijv. ADHD/ASS)

Culturele verklaring van de klachten:

- Is er volgens u een verschil in psychisch ziek en lichamelijk ziek?
- Wat is volgens u de oorzaak van de problemen van uw kind?
- Zijn de klachten die uw kind heeft bekende klachten in uw cultuur?
- Hoe worden de klachten van uw kind binnen uw cultuur verklaard? Hoe wordt daar tegenaan gekeken? Wat vindt u van die verklaring?
- Is er een relatie tussen uw religie en de klachten van uw kind?
- Is het in uw land/streek van herkomst gebruikelijk om over dit soort problemen te praten?
- Hoe denkt u dat uw familie denkt over de problemen van uw kind?

Visie van ouders en benodigde hulpbronnen bij het oplossen van de klachten:

- Wie zou u in uw land van herkomst om hulp gevraagd hebben?
- Hoe worden kinderen met soortgelijke problematiek geholpen in uw cultuur/land van herkomst? (bijv. bidden, met rust laten, verzorgen, rituelen)
- Welke hulp heeft uw kind volgens u nodig om van zijn klachten af te komen of ermee om te leren gaan?
- Is er iemand die u goed begrijpt in uw omgeving en met wie u over uw klachten kunt praten?
- Is er iemand in het land van herkomst op wie u graag een beroep zou doen of met wie u graag

over uw kind zou willen praten?

- Wie steunt u hier?
 - Is uw familie het eens met de hulp die u bij ons gezocht hebt?
 - Ondersteunt u anderen, mensen in de familie bijvoorbeeld?
 - Wie mist u het meest uit uw land van herkomst?
 - zou hij/zij u nu voor raad geven?
-

Binnen Trajectum wordt het Culturele Interview sinds 2011 gebruikt door de gezinsbegeleiders en ambulant werkers. Wanneer de hulpverleners onvoldoende zicht hebben op het gezin of de samenwerking moeizaam verloopt, kiezen zij steeds vaker voor het Culturele Interview. De eerste geluiden zijn positief. Men is vooral enthousiast over het positieve effect ervan op de samenwerkingsrelatie. Het interview geeft verder meer zicht op hoe ouders aankijken tegen de ontwikkelingsproblemen van hun kinderen en biedt aanknopingspunten voor de behandeling. Daarnaast leidt het tot meer begrip bij medewerkers voor de situatie waarbinnen deze ouders moeten opvoeden. De navolgende casus illustreert de relevantie van het Culturele Interview in de jeugdzorg. Mijn gedachten en overwegingen daarbij zijn als kadertekst weergegeven.

Younes

Van een jong Marokkaans-Nederlands echtpaar is de vrouw in Nederland geboren en getogen. Haar ouders zijn afkomstig uit het Rifgebergte in Marokko. Haar vader kwam als gastarbeider naar Nederland. Later volgden zijn vrouw en vijf kinderen. In Nederland werden nog vijf kinderen geboren. Het gezin woonde in een kleine flat. Er was weinig geld en er waren veel spanningen. De vrouw heeft geen fijne jeugd gehad. Ze wilde het ouderlijk huis zo snel mogelijk verlaten. Ze kon goed leren en heeft de havo afgemaakt. Daarna is ze gaan werken. Om te kunnen trouwen en een eigen bestaan op te bouwen, had ze een inkomen nodig. Ze leerde haar echtgenoot kennen tijdens een vakantie in Marokko. Hij is nu acht jaar in Nederland. Hij heeft een paar jaar lagere school gehad en leefde als herder in het Rifgebergte. Daar bewaart hij goede herinneringen aan.

De echtgenoten kenden elkaar nog maar kort, enkele maanden, toen ze besloten te trouwen. Zij hebben inmiddels drie zoontjes tussen de een en acht jaar. Het middelste jongetje, Younes van drie, heeft een ontwikkelingsachterstand. Zijn ouders krijgen moeilijk grip op zijn gedrag. De hulpvraag van de ouders is: 'Wat is er met onze zoon aan de hand en hoe kunnen wij hem helpen?' Younes wordt geplaatst op een dagbehandelingsgroep voor diagnostiek en behandeling. Hij gaat daar drieënhalve dag per week naartoe. Eens in de maand heb ik als gezinsbegeleidster een gesprek met de ouders. Bij het behandelteam is er

een vermoeden van een Autisme Spectrum Stoornis (Ass), maar er is nog geen diagnose gesteld. Ik kies ervoor het Culturele Interview af te nemen, omdat de samenwerking tussen ouders en pedagogisch medewerkers in de dagbehandeling stroef verloopt. Er zijn regelmatig kleine misverstanden en irritaties over en weer.

Contact leggen met de ouders

In de gezinsbegeleiding heb ik een goed contact met Younes' moeder, maar zijn vader kwam niet mee. Vader heeft een drukke baan, en de ouders hebben het zo verdeeld dat moeder vooral de contacten met school en hulpverlening voor haar rekening neemt. Als reden geven de ouders dat moeder beter Nederlands spreekt. Ik heb haar uitgelegd waarom ik Younes' vader wilde leren kennen, maar desondanks kwam hij niet mee op onze eerste afspraak.

Wanneer ouders niet verschijnen op afspraken, kan dit een gevoel van onmacht of irritatie te weegbrengen. Maar we kunnen het ook opvatten als informatie. Blijkbaar is er iets wat ik nog niet zie of begrijp waarom deze vader niet komt. Ik vat het op als onderdeel van mijn werk om hierachter te komen. Het inzetten van het Culturele Interview zie ik als mogelijkheid om deze mensen en hun beweegredenen beter te leren kennen.

Om vader toch te bereiken heb ik met moeder afgesproken dat ik 's avonds, als hij thuis is, op huisbezoek kom. Ik word hartelijk ontvangen. Na wat informeel gesproken te hebben met elkaar introduceer ik het Culturele Interview met de volgende toelichting:

'Als gezinsbegeleidster voer ik gesprekken met alle ouders van de kinderen die bij ons in behandeling zijn. Zij zijn immers de belangrijkste mensen in het leven van hun kind. Wij kunnen hun kind pas begrijpen als we hun familie kennen. Sommige ouders zijn zelf opgegroeid met een andere cultuur. Hoe belangrijk die cultuur is, merk je pas als je er weg bent. Dat heb ik zelf ook gemerkt toen ik een aantal jaren in het buitenland woonde. Ik had andere gewoontes, wist soms niet hoe ik mij diende te gedragen en daar werd ik onzeker van. Er zijn veel verschillen tussen culturen, dat zie je bijvoorbeeld in hoe mensen hun kinderen grootbrengen. Maar er zijn ook overeenkomsten. Zo hebben veruit de meeste ouders het beste met hun kinderen voor, ongeacht waar ze vandaan komen. Om ook kinderen en ouders die een andere achtergrond hebben goed te kunnen begrijpen en goed te kunnen helpen, wil ik graag het Culturele Interview afnemen. Het bevat vragen over zaken als geloof, opvoeding en de manier waarop u tegen de problemen van uw kind aankijkt. Vindt u het goed om hierover met elkaar te spreken?'

De ouders vinden het prima. Maar eerst vraagt vader mij wat over mijn leven. Of ik getrouwd ben, kinderen heb, hoe oud ze zijn, of het goed gaat met ze. Hoeveel ik werk en wie er dan voor mijn kind zorgt. Of mijn ouders nog leven en waar die wonen.

In allochtone gezinnen is het gebruikelijk om elkaar eerst wat te leren kennen. Ik kies er bewust voor om ook het een en ander over mijzelf te vertellen om zo een relatie met elkaar op te bouwen. Vanuit die relatie is het voor cliënten gemakkelijker om over hun eigen leven te vertellen.

Vervolgens bevraag ik de ouders met als leidraad het door ons aangepaste Culturele Interview. Vader begrijpt de vragen goed, maar heeft soms moeite zich uit te drukken in het Nederlands. Moeder springt dan bij.

Ik kies ervoor niet alle vragen een voor een af te gaan, maar beperk me tot de vragen die ik relevant en gepast acht. De Nederlandse wijze van communiceren is vaak expliciet en direct, in tegenstelling tot de Marokkaanse. Daar is de omgang vooral gericht op harmonie. Er worden meer metaforen gebruikt en het taalgebruik is bedekter. Nederlandse ‘duidelijkheid’ kan aanvallend of confronterend overkomen. Ik hou hier rekening mee en kies ervoor om niet door te vragen over de partnerrelatie van de ouders. Dat lijkt mij op dit moment te bedreigend. Soms stel ik de vraag op een indirecte manier. Bijvoorbeeld: ‘Ik hoor wel eens van andere ouders dat ze zich schamen voor de problemen van hun kind. Wat vindt u daarvan?’

Twee uur duurt het gesprek en het levert veel relevante informatie op. Ik noem hierna een aantal aspecten die van belang zijn voor de gezinsdiagnostiek en die aanknopingspunten geven voor de behandeling van Younes en de samenwerking met zijn ouders.

Culturele identiteit

Younes’ ouders spreken thuis Berbers. Moeder spreekt vloeiend Nederlands, vader matig. Zij voelen zich beiden Marokkaan en gaan voornamelijk om met Marokkanen. Het maakt wel een verschil dat moeder hier geboren en getogen is. Zij spreekt beter Nederlands, weet hoe de maatschappij in elkaar zit en heeft meer opleiding gevolgd. Daar heeft vader wel eens moeite mee. Hij vindt eigenlijk dat zijn vrouw te veel buitenshuis werkt en zich meer op haar gezin zou moeten richten. Vader heeft het naar zijn zin op zijn werk. Hij werkt uitsluitend met Nederlanders. Daar heeft hij geen moeite mee. De sfeer is goed. Maar het zullen geen vrienden worden, daar zijn ze te verschillend voor.

In Marokko was vader schaapherder. Nu is hij chauffeur bij een cateringbedrijf. Hij is trots op wat hij bereikt heeft. De omstandigheden waaronder moeder opgroeide waren armoedig. Op school zag zij dat Nederlandse kinderen in luxe en vrijheid opgroeiden. Die tegenstelling heeft moeder als pijnlijk en moeilijk ervaren. Zij heeft een havodiploma en leerde gemakkelijk. Nu werkt ze als schoonmaakster. Het klassenverschil tussen haar en de gezinnen waar ze werkt ervaart moeder als vernederend. Ze schept er genoeg in dat, wanneer ze in Marokko zijn, zij de rijke dame is en mensen voor haar kan laten werken. Het zich achtergesteld voelen is een thema voor moeder. Zo heeft ze ook wel eens het gevoel dat de pedagogisch medewerkers denken dat ze het beter weten. Daar hoeven ze bij haar niet mee aan te komen. Ze weet echt wel hoe je kinderen moet opvoeden. Haar oudste zoon is een uitmuntende leerling en ze krijgt niets dan complimenten over hem. En Younes is nu eenmaal anders dan andere kinderen. Daar kan hij niets aan doen. Zo heeft Allah het blijkbaar gewild.

Vader heeft ondanks zijn gebrek aan opleiding een baan waar hij trots op is. Moeder kan goed leren maar heeft dit, door de omstandigheden waarin zij opgroeide, niet kunnen omzetten in diploma's. Nu doet ze werk dat ze niet leuk vindt. De status van haar baan is laag. Moeder heeft zich vaak in een minderwaardige positie gevoeld en heeft daar een gevoeligheid voor ontwikkeld. Mogelijk heeft dit meegespeeld in de irritaties tussen haar en de pedagogisch medewerkers. In zekere zin is de relatie hulpvrager-hulpverlener een ongelijkwaardige relatie. Ouders zijn afhankelijk van ons voor hulp aan hun zoon. Als de hulpverlener zonder de verschillende posities te benoemen als opvoeddeskundige met moeder in gesprek gaat, zullen zijn opvoedingsadviezen geen gehoor vinden. Vanuit deze wetenschap hebben we met Younes' ouders besproken wat onze verschillende posities zijn en wat ons gemeenschappelijk doel is. De pedagogisch medewerkers hebben expertise op het gebied van de ontwikkeling van bijzondere kinderen. Ouders hebben kennis over, en ervaring met opvoeden. Daarnaast kennen zij Younes het beste. Ons gemeenschappelijk doel is er samen achter te komen bij welke aanpak Younes baat heeft, zowel thuis als in de behandelgroep. Door zijn moeder aan te spreken op haar kwaliteiten wordt de relatie gelijkwaardiger.

Beide ouders zijn praktiserend moslim. Vader bezoekt regelmatig de moskee, moeder af en toe. De ouders doen mee aan de ramadan en vieren de islamitische feestdagen. Het doet hen goed dat er in de dagbehandeling van Younes aandacht is voor het Suikerfeest. Ook is het mogelijk om er halal te eten. Moeder geeft aan dat ze betwijfelt of hier goed genoeg op gelet wordt. Wanneer vader naar het toilet is, vertrouwt moeder mij toe dat zij wel gelovig is, maar eigenlijk moskeebezoek en het dragen van een hoofddoek onbelangrijk vindt. Ze doet dit vooral om zich te conformeren aan haar familie en echtgenoot. Geloof zit voor haar in je hart. De ouders aanvaarden de ontwikkelingsproblemen van hun middelste zoon. Allah heeft het zo gewild. Ze ervaren vooral berusting vanuit hun geloof.

Ik merk dat ik mij ongemakkelijk voel dat moeder buiten vader om mij iets toevertrouwt. Ik ben als therapeut opgeleid met de boodschap dat geheimen taboe zijn. Later realiseer ik me dat in de niet-westerse wij-cultuur van Younes' ouders het gebruikelijker is om sommige dingen te bespreken met vrouwen onderling. Geheimen kunnen in dienst staan van de groep/familie. Ik krijg de indruk dat de ouders het prettig vinden om over hun geloof te spreken. Het lijkt alsof ze bevestiging zoeken in de acceptatie van hun geloofsovertuiging. In de Nederlandse samenleving worden moslims regelmatig geconfronteerd met negatieve uitlatingen over hun geloof. Door te spreken over de rol die religie speelt in hun leven, voelen ouders zich gekend en geaccepteerd in een belangrijk onderdeel van hun bestaan.

Opvoeding en opvoeden

De opvoeding van de ouders vertoont overeenkomsten en verschillen. Beiden komen uit een groot gezin en zeggen streng te zijn opgevoed. Er was een duidelijke hiërarchie en lijfstraffen waren gebruikelijk. Vader groeide op in een omgeving waar dit voor de meeste gezinnen zo was. Er was veel sociale controle en er waren duidelijke regels. Vader was veel buiten en er waren altijd andere kinderen om mee te spelen. Het gezin van moeder leefde geïsoleerd. De buitenwereld werd als beangstigend en onveilig ervaren. Voor moeder waren thuis en het leven daarbuiten twee gescheiden werelden.

De ouders hebben niet het voornemen om ooit terug te keren naar Marokko, maar sparen wel om een (vakantie)huis te laten bouwen in het geboortedorp van vader. Vooral vader vindt het belangrijk om daar te laten zien hoe goed ze het hier hebben. Moeder vindt dat soms wat overdreven. Zij wil juist in Nederland laten zien dat ze het goed hebben. Zo dragen de kinderen alleen (dure) merkkleding. Beide ouders werken veertig uur per week en hebben daarnaast de zorg voor drie kleine kinderen. Vooral moeder voelt zich regelmatig overbelast. Toch peinst ze er niet over minder te gaan werken. Materiële welstand ziet zij als het hoogste goed voor haar kinderen. Het laat aan de buitenwereld zien dat je het goed gedaan hebt. Ook geeft het een positie waarin je niet afhankelijk bent van mensen met meer geld.

De ouders plaatsen kanttekeningen bij de opvoeding van Nederlandse kinderen. Ze zien er in hun ogen vaak slordig uit en tonen weinig respect. Zij vinden het juist belangrijk dat hun kinderen zich fatsoenlijk gedragen en er netjes uitzien. Ze vinden het niet getuigen van respect dat de kinderen de pedagogisch medewerkers bij de voornaam noemen. Thuis hebben zij Younes hierop aangesproken en hem verteld dat hij voortaan netjes 'juf' moet zeggen.

Dit was op de groep niet bekend. De pedagogisch medewerkers vonden het onpersoonlijk

om juf genoemd te worden en leerden Younes hen bij de naam te noemen. Aan beide kanten wordt respect als belangrijke waarde onderkend. Ouders waren oprecht verbaasd de beweegredenen van de groepsleiders te horen en onderschreven het belang van een persoonlijke relatie. Op die grond vonden ze het niet erg als Younes hen bij de voornaam noemde. Een mooi voorbeeld waaruit blijkt dat irritaties en onbegrip ontstaan wanneer je elkaars beweegredenen niet kent.

De ouders van Younes vinden dat kinderen moeten weten wie de baas is. Maar ze slaan hun kinderen niet. Als ze niet luisteren, moeten ze naar hun kamer. Het is de ouders inmiddels duidelijk geworden dat dat bij Younes niet werkt. Hij heeft een andere aanpak nodig. Hier zijn ze nog zoekende in. Ze maken graag gebruik van ons aanbod om daarover mee te denken. Ze vinden dat Younes al beter luistert sinds hij naar de dagbehandeling gaat. Ze merken dat hij vooruitgaat in zijn ontwikkeling en daar zijn ze blij mee. Moeder heeft een paar keer op de groep meegedraaid en pakt sommige dingen nu anders aan. Ze heeft meer geduld met Younes, neemt hem vaker bij de hand en laat met plaatjes zien wat ze van hem wil. Dat werkt.

Mijn ervaring is dat het voor veel ouders prettig is, zeker in het begin, om binnen de veiligheid van het eigen huis met mij in gesprek te gaan. Younes' ouders fleuren beiden op als ze vertellen over hun achtergrond en huidige gezin. Gaandeweg het gesprek ontstaat steeds meer gezamenlijkheid. Moeder laat zich zelfs lovend uit over de groep. Iets wat niet eerder voorkwam. De andere aanpak die Younes nodig heeft, is nu een gezamenlijk vertrekpunt geworden waarover we met elkaar van gedachten kunnen wisselen. De ouders willen hun kinderen behoeden voor de armoede waarin ze zelf zijn grootgebracht. De valkuil is dat ze overbelast raken doordat ze zo veel aan het werk zijn. Later in de gezinsbegeleiding is dit een thema geworden.

Ontwikkelingsproblemen

De wederzijdse familie ziet dat Younes zich anders ontwikkelt, maar daar wordt niet over gesproken. Moeder ziet het aan de blik waarmee haar moeder naar haar kleinzoon kijkt. En soms wordt er een zijdelingse opmerking gemaakt: 'Younes kan dat niet', of 'Younes is moeilijk.' Ook de ouders onderling spreken weinig over dit soort zaken. Dat zijn ze niet gewend. Vader zegt wat lacherig dat hij het ook wel eens ongemakkelijk vindt dat Nederlanders altijd over van alles willen praten. Zijn visie is dat je als vader en moeder doet wat je moet doen en dat is het. Zo vindt hij dat er ook weinig te zeggen valt over de ontwikkelingsproblemen van Younes. Hij ziet dit als de wil van Allah. Hij heeft vertrouwen in dit kind en wacht af wat de toekomst brengen zal.

Ik vraag hem wat dat betekent voor zijn manier van opvoeden. De ouders

vertellen dat ze hebben gemerkt dat je met Younes anders om moet gaan. Vader vertelt trots: ‘Younes kan echt wel wat! Hij praat misschien nog niet zo goed, maar puzzelen kan hij als de beste. Als ik hem vraag welke juf er vandaag was, dan zegt hij niets. Maar als ik hem foto’s van de juffen laat zien, dan wijst hij je zo de goede aan.’

Uit wat de ouders vertellen blijkt dat zij inzicht hebben in de beperkingen en mogelijkheden van hun zoon en hun benadering van Younes sluit daarbij aan.

Wanneer ik Younes’ ouders vraag hoe ze verklaren dat de ontwikkeling van Younes zo anders verloopt dan die van zijn broers, geeft moeder aan daar wel een idee over te hebben. Ze vertelt dat ze tijdens de zwangerschap van Younes geen ijzerpillen heeft geslikt. Ze ziet hierin een mogelijke oorzaak van zijn problemen. Bij de andere twee kinderen heeft ze dat wel gedaan en die zijn kerngezond. De ouders kennen weinig kinderen in Marokko met dergelijke problemen. Ze vragen zich af of die er niet zijn of juist weg worden gehouden van andere mensen. Ze denken dat er in Nederland meer kennis is over dit soort problemen. Ze zijn blij dat Younes in Nederland geboren is en hier goede hulp kan krijgen. Het is volgens hen een beproeving van Allah om voor dit bijzondere kind te zorgen. Hij weet dat zij het aankunnen. Deze gedachte geeft hen kracht.

Er is nog geen diagnose gesteld, maar het vermoeden is dat er sprake is van *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* en/of een Autisme Spectrum Stoornis. Informatie over hoe Younes thuis wordt ervaren, zijn sterke kanten en zijn beperkingen, leveren een bijdrage aan de diagnostiek. Als er meer duidelijkheid is over de aard van de problematiek, zullen zijn ouders moeten worden voorgelicht over de mogelijkheden van hulp en onderwijs voor Younes en het gezin. Een gesprek met de kinderarts kan duidelijkheid geven over wat al dan niet een rol gespeeld kan hebben bij het ontstaan van de problemen. Nu heeft moeder het idee dat zij iets heeft nagelaten wat mogelijk de oorzaak is van de problemen van haar kind. Ik zou moeder meteen kunnen zeggen dat ik daar anders over denk, maar mijn inschatting is dat het meer indruk maakt wanneer de kinderarts dit met haar bespreekt. In de Marokkaanse cultuur heeft een medicus een gezagspositie. Die positie kan ingezet worden om moeder ervan te overtuigen dat haar geen blaam treft.

Familierelaties

Younes’ vader is de enige van zijn familie die in Nederland woont. Hij mist zijn familie en is blij dat hij hen eens per jaar kan opzoeken. Hij wil dan vooral

laten zien dat het hem goed gaat. De familie van moeder is groot. Zij wonen allemaal in de buurt. Moeder heeft een moeilijke jeugd gehad en de familieverhoudingen zijn zeer gespannen. Moeder heeft weinig vertrouwen in haar familie en in de Marokkaanse gemeenschap in Nederland. Vader heeft een paar vrienden en trekt veel op met zijn zwager. Hij vindt het lastig dat zijn vrouw sommige dingen overneemt van de Nederlanders. Zo gaat zij soms met een vriendin op stap en gaat er dan vanuit dat vader kookt en eet met de kinderen. Vader vindt eigenlijk dat dit niet kan en daar ruziën ze dan over. Anderzijds is hij ook trots op zijn vrouw. Hij vindt haar slim en een goede moeder. Vader praat niet met andere mensen over de problemen die zij onderling hebben. Dat vindt hij onbehoorlijk.

Beide ouders hebben de Marokkaanse nationaliteit, maar zijn in een andere omgeving opgevoed. Vader is groot geworden in een eenduidige omgeving waar de rolverdeling tussen vrouwen en mannen duidelijk was. Moeder kwam buitenshuis in aanraking met andere waarden en gewoonten dan bij haar thuis. Zij is een kind van twee culturen die beide invloed op haar identiteit hebben. Dat geeft soms wrijving. Gezien de traditionele rolverdeling die vader gewend is, kan het lastig voor hem zijn dat zijn vrouw meer ingeburgerd is in Nederland. Dat maakt zijn positie kwetsbaar. Moeder daarentegen heeft ervaren hoe haar zussen en moeder zich moesten schikken naar de wil van haar vader en broers. Dat heeft haar strijdbaar gemaakt. Zij wil het anders.

Hulpverlening

Vader heeft geen ervaring met hulpverleners. Hij ervaart ons gesprek als prettig. Hij zegt het geen probleem te vinden dat ik een andere culturele achtergrond heb. Wel denkt hij dat ik misschien bepaalde ideeën heb over Marokkaanse mannen. Hij maakt een grapje over dat ik vast denk dat alle Marokkaanse mannen de baas zijn, terwijl hij thuis echt niets heeft in te brengen. Moeder heeft in het verleden wel contact gehad met hulpverleners, maar daar wil ze nu verder niet op ingaan. Wel geeft ze aan dat ze zich door hen niet begrepen heeft gevoeld. Ze zegt: 'Ze hadden er geen idee van hoe het er bij ons aan toe ging.' Onze gesprekken vindt ze prettig. Ze voelt zich begrepen, is blij dat ik ook moeder ben en wel eens wat over mijn eigen zoon vertel. Ze wil graag iedere maand een gesprek. Ik vraag hoe vader daar tegenover staat. Hij zegt niet zo veel te vertellen te hebben, maar als het nodig is komt hij. We spreken af dat ik de ene keer met moeder alleen spreek en de andere keer met beide ouders.

Het Culturele Interview geeft gelegenheid te spreken over waar je vandaan komt en wie je bent. Ik denk dat dat maakt dat Younes' moeder zich begrepen voelt. We spreken nu over Younes in

de context van zijn gezin. Ik kan naar hem kijken vanuit het perspectief van zijn ouders. De ouders voelen voldoende veiligheid om te luisteren naar wat ik als lid van het behandelteam heb te zeggen over hun zoon.

Tot slot

Binnen Trajectum zijn de geluiden over het Culturele Interview tot nu toe positief. Dat geldt zowel voor de professionals als voor de ouders. Het geeft medewerkers houvast in het aangaan van een gesprek over de culturele en religieuze achtergrond van ouders en de invloed daarvan op hun ouderschap. Wel vraagt het culturele sensitiviteit van professionals om te bepalen wat gevoelig ligt, waarover doorgesproken kan worden, en waarvoor de tijd misschien nog niet rijp is. Daarnaast is het van belang dat medewerkers zich bewust zijn van hun eigen achtergrond. Gebrek hieraan kan leiden tot onbedoelde projecties of gevoeligheden die een open dialoog in de weg kunnen staan.

Clënten vinden het doorgaans prettig te kunnen spreken over hun eigen achtergrond, over afkomst en familie; ze voelen zich gekend en erkend in wie ze zijn. Dat legt de basis voor onderling vertrouwen en samenwerking. Daarnaast levert het veel informatie op over de wereld waarin een kind opgroeit, de wijze waarop hij wordt ervaren door zijn ouders, en de visie van ouders op de ontwikkelingsproblemen van hun kind. Behandeladviezen kunnen nu afgestemd worden op dit specifieke gezin. Dit alles draagt bij aan dialooggestuurde hulp vanuit een systemisch perspectief.

In deze casus leverde het Culturele Interview mij niet alleen waardevolle informatie op. Het deed vooral Younes' moeder goed om zich gewaardeerd te voelen als goede, betrokken ouder. Het had ook een gunstige uitwerking op mijn samenwerkingsrelatie met de ouders. Ze voelden zich gerespecteerd als adequate ouders. Dat stelde hen in staat om vanuit een gevoel van (h)erkenning en veiligheid van perspectief te wisselen. Ze konden als ouders naar hun zoon kijken, maar waren eveneens in staat om vanuit mijn professionele blik naar de problematiek te kijken.

Noot

¹ Een aantal medewerkers heeft de training Beschermjassen gevolgd en twee mensen zijn opgeleid als trainer Beschermjassen. Beschermjassen, afgeleid van het Franse enveloppement is een begrip uit de interculturele systeemtherapie. In Nederland is het een werkmodel dat is ontwikkeld door Kitlyn Tjin A Djie (Tjin A Djie & Zwaan 2007).

A stylized, light-colored map of Europe is visible in the background of the page. The map is composed of various shades of light blue and green, with darker green areas representing landmasses and lighter blue areas representing water. The map is positioned in the lower half of the page, with the title box overlapping its upper portion.

Hoofdstuk 9

Implementatie van het Culturele Interview

Huub Beijers, Rob van Dijk

Wat moet een professional weten, kunnen en willen om het Culturele Interview af te nemen en tot een culturele formulering te komen? Welke beroepshouding wordt gevraagd? Wat is ervoor nodig om het Culturele Interview en de culturele formulering in de werkpraktijk en de organisatie in te bedden? Hoe verhouden het Culturele Interview en de culturele formulering zich tot elkaar en hoe verhouden ze zich tot diagnostiek en behandeling? Waar moeten we het interview positioneren in het hulpverleningsproces, wie voert het uit en voor welke patiënten is het bedoeld? Welk effect mogen we ervan verwachten en hoe evalueren we dat?

Deze vragen hebben van doen met de kwaliteitszorg waarmee de implementatie en de toepassing van het instrument gepaard moet gaan. Kwaliteitszorg is het geheel van activiteiten dat ondernomen wordt om de kwaliteit van de zorg (c.q. van de zorginstelling) te onderzoeken, te borgen of te verbeteren en openbaar te maken. We gaan in dit hoofdstuk in op enkele aspecten van kwaliteitszorg: de interculturele competenties die nodig zijn voor het goed uitvoeren van het Culturele Interview en het opstellen van een culturele formulering. We staan stil bij scholing en training voor professionals om deze competenties te ontwikkelen en bij de vraag waar we resultaat mogen verwachten van het inzetten van de culturele formulering en het Culturele Interview. We eindigen met enkele vingervijzingen voor de implementatie, zoals registratie en positionering in het behandelproces.

Interculturele competentie

De benodigde competenties voor het afnemen van het Culturele Interview en het opstellen van een culturele formulering zijn niet specifiek. Het gaat immers om competenties die vereist zijn voor interculturele hulpverlening in het algemeen. Waar gaat het dan om? Shaffer en Steiner (2006) alsook Richters (2003) wijzen op de noodzaak voor hulpverleners om een intersubjectieve ruimte te kunnen ontwikkelen waarin zij en de patiënten elkaars wereld verkennen. Dat is nodig om te kunnen komen tot gedeelde opvattingen over probleemstelling, haalbare oplossingen en de werkrelatie. Thema's als migratie, acculturatie, maatschappelijke positie, identiteit en herkomst zijn daarin naar onze mening onvermijdelijke gespreksonderwerpen. Volgens Kunneman (2006) is de hulpverlener een normatieve professional van wie niet alleen wetenschappelijke, maar ook persoonlijke diepgang wordt gevraagd. Immers, zo stelt hij, 'de existentiële en morele leerprocessen aan de kant van de psychiater (en in de omgeving van hun patiënten) (zijn) minstens zo belangrijk (...) als hun empirisch-analytische kennis en hun methodische en farmacologische instrumentarium' (2006: 864). In zijn visie is een adequate behandeling een transformatieproces waarin de patiënt, op grond van de interactie met een hulpverlener, tevoorschijn komt met eigenschappen, inzichten en vaardigheden die in de interactie op voorhand niet werden verondersteld. Vanuit een an-

tropologisch perspectief bezien is de gezondheidszorg een vorm van cultuurproductie (Bartels 2002).

Wat is nu interculturele competentie? Fitzgerald (2005), die ervan uitgaat dat alle klinische interacties intercultureel zijn, spreekt in het algemeen over het vermogen om deel te nemen aan de alledaagse wirwar van sociale relaties. We moeten leren begrijpen waarom hulpverleners en patiënten doen zoals ze doen en de verhalen vertellen die zij vertellen. Sue (1998) is meer specifiek. Volgens hem gaat het om een combinatie van culturele kennis, een wetenschappelijke opstelling, het opstellen en toetsen van hypothesen, en om *dynamic sizing*, het vermogen op de patiënt in- en uit te zoomen. Colijn en Sevinç (2010: 98) spreken van ‘het vermogen van individuen om een effectieve interpersoonlijke relatie en werkrelatie aan te gaan die cultuurverschillen overstijgt’. Dit vermogen stoelt volgens hen op drie elementen: culturele kennis, samenwerking met de groep (*community*) waaraan hulpverleners hun diensten aanbieden, en culturele sensitiviteit. Op die drie aspecten gaan we kort in.

Culturele kennis

Culturele kennis gaat onder meer om het verschil tussen cultuur, herkomst en identiteit, basale kennis over de (ziekmakende) betekenis van racisme, discriminatie en chronische uitsluiting, besef van koloniale en internationale verhoudingen in het hier en nu, en toen en daar. De lijst kan niet uitputtend genoeg zijn. Maar het gaat ook om het kunnen toepassen van die kennis en het maken van keuzes daarin op grond van de situatie die de hulpverlener aantreft. Die kennis gaat om meer dan om kennis van ‘migrantengroepen’. Cultuur opvatten als een gedeeld wereldbeeld dat voortdurend in ontwikkeling is, ge(re)produceerd en getransformeerd wordt in het dagelijks verkeer tussen mensen, impliceert ook dat onze kennis nooit compleet is. We werken met andere woorden altijd vanuit een positie van incompleetheid of gebrek aan deskundigheid (Dean 2001). De kennis van de ander is nooit ‘af’. Kleinman en Benson (2006) waarschuwen ervoor in opleiding en scholing niet uitsluitend in competenties te denken. Dat kan tot de gedachte leiden dat het gaat om een set culturele *do's and don'ts* of een lijstje culturele kenmerken (Jenks 2011) en om een technische vaardigheid waarin hulpverleners te scholen zijn. Het gaat erom dat de hulpverlener zich kan verplaatsen in het perspectief van de patiënt, het gaat om begrip voor de ander, zijn opvattingen en gedrag.

Kennis in de hulpverleningscontext betreft vooral het kennen van de begrippen waarlangs cultuurverschillen zich ordenen en bruggen te slaan zijn, alsook het kunnen toepassen van die inzichten in het geval van individuele patiënten. Medisch antropologen zoals Jenks (2011) waarschuwen voor het gevaar cultuur te essentialiseren en te reïficeren tot een tastbaar, zichtbaar, waarneembaar kenmerk van sociale groepen te maken. Cultuur wordt dan snel gezien als bagage, gewoonten of uiterlijke kenmerken.

Community

Samenwerking met de gemeenschap waar de patiënt uit afkomstig is, is in Nederland een knelpunt. In systeemgerichte benaderingen kan daar op patiëntniveau nog wel eens sprake van zijn. Evenals bij interventies gericht op gezondheidsbevordering. Over het algemeen is er echter een kennis- en communicatiekloof tussen de zorgsector en migrantengemeenschappen (Beijers 2010). Culturele en etnische diversiteit in de samenstelling van het personeelsbestand zou daaraan dienstbaar kunnen zijn, maar laat in veel gevallen nog te wensen over.

Culturele sensitiviteit

Culturele sensitiviteit heeft volgens Colijn en Sevinç (2010: 99) betrekking op ‘(...) het ontwikkelen van antennes voor cultuurverschillen in interpersoonlijk contact en de invloed daarvan op het therapeutisch proces, en de vaardigheid om met die cultuurverschillen respectvol en constructief om te gaan. Sensitiviteit houdt ook in dat hulpverleners zich ervan bewust zijn dat cultuur niet alleen een zaak van de vreemde ander is, maar ook verweven met diens eigen gewone manier van doen.’ Een cultureel sensitieve houding behelst volgens die beide auteurs:

- besef van de eigen culturele bepaaldheid;
- besef dat de hulpverlener vaak behoort tot een dominante cultuurgroep;
- besef van de betrekkelijkheid van de eigen hulpverleningsvisie en dat de patiënt die niet altijd deelt;
- het opvatten van de hulpverlening als een ontmoeting van twee behandelvisies.

Het medisch bedrijf zet de verhalen van patiënten om in ‘medische narratieven’, waarbij psychosociale elementen uit beeld verdwijnen en hun relevantie verliezen (Taylor 2003). Er wordt vaak betoogd dat de hulpverlener moet kunnen beschikken over een antropologische blik of antropologische antennes. Het antropologisch perspectief krijgt vele invullingen (Beijers & Van Dijk 2010). Naar onze mening kijken antropologen naar de sociale wereld van de ander en beschrijven die vanuit een *emic*- én een *etic*-perspectief (Harris 1969). Het *emic*-perspectief verwijst naar de ervaringen en beleavingswereld van de onderzoekspopulatie, van de patiënt; het *etic*-perspectief op een benadering waarin *emic*-perspectieven met elkaar vergeleken worden. Toegepast op ziekte en gezondheid kunnen vanuit een *emic*-perspectief mensen het horen van stemmen relateren aan vooroudergeesten die iemand lastigvallen of raad geven, aan magie of aan de interventie van bovennatuurlijke krachten, zoals *djinns*. Vanuit een *etic*-perspectief wordt de rationaliteit van deze verklaring vergeleken met de rationaliteit van het classificeren van deze stemmen als een psychotisch verschijnsel. Het gaat met andere woorden om een combinatie van (re)contextualiseren en vergelijken.

De vereiste interculturele competentie is niet in kort bestek aan te leren. Het is een voortdurende leerproces van kennis en vaardigheden verwerven, toepassen, reflecteren en aanpassen (Papadopoulos 2006). Dit leerproces is op vele wijzen op gang te brengen en te onderhouden. Of specifieke trainingen daaraan een effectieve bijdrage kunnen leveren is een veronderstelling die vooralsnog niet bewezen is (Kleinman 2005; Bhui et al. 2007). Wij delen deze terechte constatering. Het is echter geen reden om van scholing af te zien. Wel is het zo dat training alleen onvoldoende is, als deze niet ingebed is in een leerproces waarvan ook collegiale consultatie, intervisie en supervisie deel uitmaken.

Training en scholing

Het Culturele Interview is niet vormvast en vereist ook geen vormvastheid. Er zijn verschillende varianten en hulpverleners geven aan dat zij de vragen van het Culturele Interview in eigen bewoordingen stellen, aanvullen en aan de orde stellen afhankelijk van het verloop van het contact met de patiënt. Voor een succesvolle implementatie zijn de behandelaren, hun kennis, hun begrip, motivatie en attitude zonder enige twijfel dé kritische factor. Het Culturele Interview wil de hulpverlener uitdagen open te staan voor de patiënt en zijn verhaal. Dat vraagt de bereidheid *out of the box* te denken, buiten de eigen vertrouwde kaders te kijken, grenzen te verkennen en zo nodig te verleggen. Dat is volgens Van Dijk en Boedjarath (2002) het wezen van de transculturele psychotherapie. Training en scholing gericht op deze competenties wordt in Nederland in diverse vormen aangeboden voor verschillende sectoren van de zorg. Een voorbeeld van toepassing in de huisartsenopleiding is elders in dit boek uitgebreid besproken (zie hoofdstuk 7). Instructie in het gebruik van het Culturele Interview en het gebruik van de culturele formulering wordt echter ook in het kader van bij- en nascholing gegeven. Op grond van onze eigen ervaringen met scholing formuleren we enkele observaties.

Onze trainingen, cursussen en workshops richten zich op de hulpverleners die in het primaire proces actief zijn. In de geestelijke gezondheidszorg gaat het om behandelaren (voornamelijk psychiaters, psychotherapeuten, sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, orthopedagogen en psychologen) en verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten, maatschappelijk werkenden en reclasseringswerkers. In de maatschappelijke opvang zijn het vooral maatschappelijk werkenden en trajectbegeleiders.

De trainingen zijn erop gericht om ervaring op te doen met het Culturele Interview zelf en met de daaropvolgende keuzes die in de behandeling van de patiënt(en) moeten/kunnen worden gemaakt. Deze werkwijze is *practice near*. Een terugkerend onderdeel daarin is het opbouwen van ervaring in het afnemen van het interview. Dat gebeurt doorgaans op twee manieren. Enerzijds bevragen deelnemers tijdens de training elkaar aan de hand van enkele voor dit

doel aangepaste vragen uit het Culturele Interview. Anderzijds moeten deelnemers het Culturele Interview zelf toepassen in het contact met een patiënt en vervolgens de betekenis van de uitkomsten ervan voor de diagnostiek en behandeling in de training in een gesimuleerde patiëntbespreking doorspreken. De deelnemers en de trainers/docenten beoordelen dit. Door zo aan den lijve het Culturele Interview te ervaren raken de deelnemers overtuigd van de relevantie en de mogelijkheden van het instrument.

De duur van de workshops, cursussen en trainingen die wij aanbieden varieert afhankelijk van de gewenste competentie van anderhalf uur (introductie) tot enkele dagdelen (toepassing en gebruik van het Culturele interview en de culturele formulering). Het gaat in de scholing in het algemeen om het verwerven van kennis en inzicht, om het toepassen van het instrument en van de informatie die het instrument genereert en om kritische reflectie op de eigen positie en rol als hulpverlener. In de scholing wordt gebruikgemaakt van diverse leermiddelen: ondersteunende literatuur zoals het boek *Cultuur Classificatie en Diagnose* (Borra et al. 2002); filmmateriaal zoals *Ftah-al-Bab* (Open de deur, 2011, een film van Rinske Bosch) of *Ik droomde van een grote watervlakte* (2009, een film van Petit-Jouvet 2009); simulaties van behandelplan- of casuïstiekbesprekingen; gespreksvormen, werkvormen en spelsituaties die implementatie ondersteunen zoals het Stellingenspel; en de observatieoefening Cultuur in je achternaam. In het navolgende kader beschrijven wij de opzet van een van de scholingen.

Workshop Culturele Interview

Onderwijsdoelen:

- De cursist is bekend met de uitgangspunten, inhoud, mogelijkheden en beperkingen van het Culturele Interview.
- De cursist kan aangeven hoe het Culturele Interview in te passen is in zijn werkomgeving.

Tijdsduur:

Anderhalf tot twee uur.

Opbouw:

- 1 Introductie onderwerp en opbouw workshop
- 2 Vertoning videoportret Redouan (onderdeel dvd Ftah-al-Bab)
- 3 Toelichting bij ontstaan en kenmerken van het Culturele Interview
- 4 Bespreken van vragen over het Culturele Interview
- 5 Stellingenspel

Uitwerking:

- Ad 2 Getoond wordt een van de drie portretten van Marokkaanse migranten met psychiatrische problemen die onderdeel uitmaken van de dvd Ftah-al-Bab, door Steunpunt GGZ Utrecht ontwik-

keld om de dialoog met de Marokkaanse gemeenschap over de psychiatrie aan te gaan (Bosch 2011).

Redouan is een Marokkaanse man die stemmen hoort, cannabis en cocaïne gebruikt (heeft) en als gevolg van het middelengebruik in detentie heeft gezeten. In het videoportret vertelt Redouan zijn verhaal over het ontstaan van zijn klachten. Het portret is een afwisseling van fragmenten uit een open interview met Redouan en door hem gemaakte video-opnamen van zijn dagelijks leven.

De cursisten krijgen vooraf twee kijkvragen mee:

- Welke informatie uit het verhaal van Redouan is van belang voor de diagnostiek en behandeling?
- In hoeverre komt Redouan overeen met het beeld van ‘de Marokkaanse migrant’?

Het videoportret laat de rijkdom aan relevante informatie zien in het levensverhaal van Redouan, als daar de ruimte voor geboden wordt en er sprake is van een open en respectvolle houding. Het toont ook dat het denken en handelen van Redouan op een aantal punten ‘afwijkt’ van het stereotiepe beeld of cultureel archetype van de Marokkaanse migrant zoals dat naar voren komt uit de literatuur. Daarmee wordt het risico van culturaliseren – het uitsluitend duiden van opvattingen en gedrag als cultureel – zichtbaar gemaakt. Het onderstreept het belang van een dynamische cultuuropvatting en van het hebben van oog voor de persoonlijke invulling van en omgang met culturele repertoires van de sociale groepen waarin de patiënt participeert. In dit kader is het Culturele Interview een waardevolle handreiking.

Ad 3 In kort bestek wordt ingegaan op de volgende punten:

- de samenhang tussen de Cultural Formulation of Diagnosis en het Culturele Interview;
- de thema's die in het Culturele Interview aan de orde komen en het belang daarvan voor diagnostiek en behandeling;
- het gebruik en de inpassing van het Culturele Interview in de verschillende sectoren van de gezondheidszorg;
- de vuistregels en praktijklessen op basis van de ervaringen tot nu toe.

Ad 4 Cursisten krijgen de vragenlijst van het Culturele Interview en de bijbehorende pocket card uitgereikt. Ze worden in de gelegenheid gesteld de lijst door te nemen en met elkaar te bespreken. Plenair worden vragen die bij lezing gerezen zijn, besproken en beantwoord.

Ad 5 Met behulp van een stellingenspel bediscussiëren de cursisten de mogelijkheden en toepasbaarheid van het Culturele Interview in hun eigen werkomgeving. De cursisten krijgen drie of meer stellingen voorgelegd met de vraag hierover een mening te formuleren. De stellingen worden een voor een voorgelegd. De afhandeling van elke stelling is als volgt:
Als eerste wordt de cursisten gevraagd of zij het met de stelling eens zijn of niet. Er zijn drie opties: eens/niet eens/weet niet. De cursisten maken hun keuzes kenbaar door met anderen met dezelfde keuze bij elkaar te gaan staan. Van elke groep worden een of twee cursisten gevraagd hun keuze te beargumenteren.

Vervolgens, na een ronde argumenten, worden de cursisten opnieuw gevraagd op de stelling

te reageren. De keuze is nu tussen eens/niet eens. De mogelijkheid van geen mening vervalt. Wederom maken ze hun keuze kenbaar door zich aan te sluiten bij het groepje gelijkgezinden. Cursisten die van mening veranderen, wordt gevraagd om dit te beargumenteren.

Voorbeelden van stellingen

- 1 Het Culturele Interview dient standaardonderdeel te zijn van de intake van elke patiënt ongeacht zijn of haar herkomst of culturele achtergrond.
 - 2 Het Culturele Interview in deze vorm sluit niet aan bij mijn werkomgeving; aanpassingen zijn nodig.
 - 3 Het afnemen van het Culturele Interview is specialistenwerk.
-

Uitkomsten van de inzet van het Culturele Interview

Wat is de betekenis van het Culturele Interview in de praktijk van de (geestelijke) gezondheidszorg en aanpalende domeinen, zoals de jeugdzorg en maatschappelijke opvang? Wat melden hulpverleners hierover na scholing in het gebruik van het Culturele Interview? We hebben ons hiervan een beeld gevormd tijdens workshops, cursussen en trainingen die we over dit onderwerp gegeven hebben. In het navolgende schetsen we onze bevindingen en vullen deze aan met informatie uit de vakliteratuur.

Hulpverleners die deelgenomen hebben aan een training of cursus over het gebruik van het Culturele Interview, rapporteren effecten 1) bij henzelf, 2) bij de patiënt, 3) in de hulpverleningsrelatie en 4) in de diagnostiek. We lopen deze vier aspecten achtereenvolgens door.

Effecten bij hulpverleners

Hulpverleners vertellen ons vaak dat ze zich beter in staat voelen een invoelende of empathische relatie op te bouwen met de patiënt en meer begrip krijgen voor diens situatie. Ze geven aan opvattingen en gedrag van de ander minder vaak als exotisch of onbegrijpelijk te duiden. Ze rapporteren dat ze het gesprek als prettig ervaren en dat zij zich een positief beeld van de patiënt vormen. Bäärnhjelm en Scarpinati Rosso (2009) rapporteren wat dit betreft vergelijkbare resultaten. Professionals krijgen een realistischer en meer valide beeld van de patiënt en zijn minder geneigd deze te zien als 'enkel exotisch'. Ook valt op dat behandelaars zich meer bewust zijn van het effect van hen op de ander en andersom, van overdrachts- en tegenoverdrachtsreacties.

Wanneer hulpverleners het interview met elkaar oefenen, worden die effecten goed zichtbaar. Dat blijkt een aantal unieke ervaringen op te leveren die de potentiële kracht van het Culturele Interview blootleggen. In een training in de forensische psychiatrie¹ vroegen behandelaars elkaar onder meer waar ze zelf

en waar hun ouders vandaan komen. Zij kregen daarvoor acht minuten. Na afloop van een enerverende ronde vragen en antwoorden vertelden twee deelnemers dat zij erachter waren gekomen dat hun vaders in hetzelfde kamp in Nederlands-Indië hadden gezeten. Ze raakten daar niet over uitgepraat. Ze werkten al vijftien jaar met elkaar, maar dit was nooit ter sprake gekomen. Na het afnemen van dezelfde trainingsvragen in een andere workshop gaven deelnemers aan dat ze in minder dan tien minuten meer over elkaar te weten te zijn gekomen dan in de dag die ze tot dan toe met elkaar hadden doorgebracht. Tijdens een cursus konden de deelnemers die allen uit een ander land kwamen, niet meer ophouden met elkaar te bevragen aan de hand van de vier vragen. Ook zij gaven aan dat ze meer over elkaar hadden geleerd dan tot dan toe het geval was.

Deze en andere praktijkervaringen maken duidelijk dat deelnemers van workshops en cursussen binnen korte tijd persoonlijke informatie met elkaar delen die zij normaal niet vaak en niet zomaar geven. Het is informatie die voorbehouden is aan intimi en niet vanzelfsprekend in een zakelijke of functionele omgeving ter tafel komt. Cultuur blijft in veel van de gesprekken immers impliciet. Soms gaat het om gevoelige informatie. Zo vertelde een deelnemer in deze oefening voor het eerst dat zijn vader ‘fout’ was tijdens de oorlog.

Waarom reageren deze hulpverleners alsof ze net een bijzonder gesprek hebben gehad waarin ze veel nader tot de ander zijn gekomen in minder dan tien minuten? De context waarin de vragen worden gesteld, namelijk het vanuit een open en geïnteresseerde houding meer willen weten van iemands culturele achtergrond en leefwereld, creëert klaarblijkelijk bij deelnemers een sfeer van intimiteit om gevoelige informatie te delen. Behalve de context speelt ook het thema van de vragen een rol. De vragen naar identiteit (wie ben je, was je en word je?) horen tot het meest intieme gebied en verkleinen de afstand tussen de vraagsteller en degene die antwoord geeft. Het zijn vragen die doorgaans niet gesteld worden en identiteit is iets waarbij men gewoonlijk niet stilstaat. De vraag waar je vandaan komt, doet een appèl op de ander: vertel me wie je bent. Het houdt ook erkenning van de ander en zijn leven in. De ander geeft zich voor een deel bloot. Het daagt de ander uit om zichzelf te laten zien. Dat is terug te zien in de non-verbale reacties van eerst de bevroegde en dan de vraagsteller: een (soms wat verlegen) glimlach, naar elkaar toedraaien, veel oogcontact, een ontspannen lichaamshouding.

Effecten bij patiënten

Over hun patiënten vertellen de hulpverleners dat het vertrouwen en de waardering van patiënt en naasten voor de behandeling en in de competenties van de hulpverlener toenemen. Patiënten waarderen de aandacht voor hun persoon, leefsituatie en opvattingen. Er is op dit terrein nog maar weinig onderzoek gedaan (zie ook hoofdstuk 2). We veronderstellen dat deze aandacht de

werkrelatie verstevigt, de inzet van de kant van de patiënt vergroot en bijdraagt aan de therapietrouw. Sommige hulpverleners geven dit ook expliciet aan in de evaluatie van trainingen. Ze wijzen ook op de empowerment van de patiënt door de aandacht voor zijn verhaal. Patiënten plaatsen hun leefsituatie dan in een kader dat is verbonden met hun herkomst en het migrantenbestaan en de daarbij behorende verhalen en culturele noties. Dit zet de patiënt in zijn kracht en geeft zicht op mogelijkheden om met de problemen om te gaan (Beijers & Tempelman 2009; Borra 2008; Groen 2008; Ecklund & Johnson 2007).

Een casus uit een van de trainingen illustreert dit. Het betreft een jongeman van Marokkaanse herkomst met stemmingsproblemen die tijdens het afnemen van het Culturele Interview vertelt hoe hij gedurende zijn verblijf in Nederland vergeten is hoe familieleden en anderen in het land van herkomst deze problemen interpreteerden en ermee omgingen. In zijn jeugdjaren had hij dezelfde klachten gehad, maar die brachten hem toen niet zo uit balans. Het gesprek daarover brengt inzicht in zijn problematiek, relateert die opnieuw aan zijn sociale omgeving en biografie, en plaatst de problematiek in een context waaraan hij kracht kan ontleen.

Effecten in de hulpverleningsrelatie

Bäärnhielm (2003) beschouwt de therapeutische alliantie als een combinatie van een transactie van verschillende verklaringsmodellen en een transformatie van de betekenissen die beide partijen geven aan de gepresenteerde problemen. Het Culturele Interview biedt een basis voor het bereiken van overeenstemming tussen patiënt en behandelaar over een gezamenlijke taal of gezamenlijk idioom en voor het realiseren van de voorwaarden voor effectieve interculturele communicatie. Wat dit laatste betreft gaat het om het bereiken van technische, cognitieve, verklarende en affectieve congruentie tussen de communicerende partijen (Pinto 2000).

Beijers (2004) geeft aan dat die communicatie niet alleen interpersoonlijk is, maar zich ook afspeelt tussen de instelling en de patiënt (mesoniveau) en tussen het achterliggende bestuurlijk en beleidsmatig zorgbeleid en de patiënt (macroniveau). Patiënten ervaren de meest urgente knelpunten op interpersoonlijk niveau en dan vooral op het terrein van de technische (taal) en verklarende voorwaarden voor goede communicatie (verschillen in interpretatie van het probleem). Daarnaast wijzen ze ook op knelpunten op institutioneel niveau en met name op het ontbreken van de voorwaarden voor goede communicatie. Dan gaat het respectievelijk om onbekendheid met en onbegrip voor geldende regels en protocollen, gebrek aan herkenbaarheid van de instelling, en om het ontbreken van binding met het aanbod en het zoeken van toevlucht in complementaire en alternatieve geneeswijzen.

Uit een van de trainingen komt de volgende casus naar voren die illustreert hoe

het Culturele Interview bijdraagt aan het scheppen van ruimte en het ontstaan van een therapeutische alliantie. Mohamed, een patiënt van Marokkaanse herkomst, is opgenomen in verband met stemmingsproblemen. Vaak komt hij te laat op afspraken met zijn behandelaar. Hij toont te weinig betrokkenheid bij de behandeling en is ongemotiveerd volgens zijn behandelaar, bij wie sprake is van toenemende irritatie. Het Culturele Interview geeft de behandelaar inzicht in de herkomst van Mohamed en diens geschiedenis. Hij studeerde in Marokko en werd vanwege zijn politieke activiteiten langdurig gemarteld door de politie. Na zijn vlucht naar Nederland slaagde hij erin zijn studie voort te zetten. Hij rondde zijn studie echter niet af. Na verschillende baantjes te hebben gehad, is hij gaan werken als buschauffeur. Hij wordt voortdurend gepest door autochtone collega's. Mohamed is blij zijn verhaal te kunnen vertellen. Dat hij aan kan geven waar hij vandaan komt en wie hij eigenlijk is.

Terugkijkend geeft zijn behandelaar aan met andere ogen naar Mohamed te hebben leren kijken. Hij heeft meer begrip gekregen voor zijn leefsituatie en de moeite die het hem kost zich in te passen in de Nederlandse behandelomgeving. Uit de woorden van de behandelaar wordt duidelijk dat door het Culturele Interview beiden de relatie ontdekken tussen het traumatiserende verleden en de last die discriminatie in het heden op zijn schouders legt, en hoe de combinatie van beide ervaringen in zijn levensverhaal samenvloeien.

Effecten in de diagnostiek

De laatste groep effecten betreft het diagnostisch proces, de interpretatie van de gepresenteerde problemen en de vertaling naar classificatie en diagnose. Het beeld dat we van dit aspect van het hulpverleningsproces krijgen, is dat hulpverleners door het includeren van culturele factoren in de diagnostiek de behandeling meer aan kunnen laten sluiten bij de cultuur, context en geschiedenis van de patiënt. De casus van de oudere vrouw van Zweedse herkomst (zie casus 4) is hiervan een illustratie. In deze casus blijkt dat de informatie uit het Culturele Interview niet leidt tot spectaculaire veranderingen in de DSM-classificatie, maar wel drastische gevolgen heeft voor de beschrijvende diagnostiek. Daardoor wordt de behandeling anders ingezet en verschuift deze van een structurerende naar een narratieve aanpak. We vinden in de Nederlandse literatuur bevestiging van deze waarnemingen, in tegenstelling tot Bäärnhielm (2003) en Kirmayer (2010) die wel veranderingen in de DSM-classificatie rapporteren. De DSM-classificatie wordt op basis van een culturele formulering verfijnd en er wordt meer rekening gehouden met informatie over de migratie dan in de reguliere diagnostiek (Bäärnhielm & Scarpinati Rosso 2009). Shaffer en Steiner (2006) geven aan dat deze aanpak tot een meer adequate en valide behandelaanpak leidt. Ze benadrukken evenals Groen (2008) dat een actieve rol van de professional in het versterken van de banden en de identificatie van patiënten met hun etnische en culturele afkomst belangrijk is.

Ondersteuning door het management

Wat is er, behalve het koesteren van realistische verwachtingen, voor nodig om het Culturele Interview goed in te zetten? Wat is nodig om het Culturele Interview te laten beklijven, in te laten bedden en een olievlekwerking teweeg te brengen? Workshops, trainingen en cursussen dragen bij aan de toepassing van de culturele formulering en het Culturele Interview. Scholing is echter slechts een van de factoren in de succesvolle implementatie ervan in een instelling voor geestelijke gezondheidszorg. Onze ervaring is dat te vaak geleund wordt op scholing van hulpverleners alleen. De praktijk leert dat dit onvoldoende is voor een effectieve en duurzame inpassing. Hulpverleners en instellingen melden na scholing nogal eens dat het Culturele Interview weliswaar gezien wordt als een belangrijk instrument, maar dat het te weinig wordt gebruikt. De toepassing is te zeer afhankelijk van de individuele voorkeur of affiniteit van behandelaren. Bovendien blijkt dat behandelaren het Culturele Interview bij voorkeur inzetten als probleemoplosser bij behandelingen die onvoldoende op gang komen of vastlopen, een werkwijze die zich overigens niet beperkt tot dit instrument (Van Dijk 1989).

De kinder- en jeugdpsychiatrie heeft wat dat betreft een streepje voor, omdat het idioom waarvan de culturele formulering gebruikmaakt, er meer gemeengoed is dan in de volwassenenpsychiatrie, ook al is het Culturele Interview daar tot wasdom gekomen (zie hoofdstuk 5). Stilstaan bij de ontwikkeling van de identiteit van de patiënt is in de kinder- en jeugdpsychiatrie gebruikelijk. Het betrekken van het systeem bij diagnostiek en behandeling wordt er als wenselijk gezien, evenals de reflectie op factoren die de relatie tussen behandelaar en patiënt beïnvloeden (met name gender).

Dat heeft ook een keerzijde. Het leidt ertoe dat behandelaren niet altijd te overtuigen zijn van de meerwaarde van het Culturele Interview, zo blijkt uit de reacties. 'Dat is ten onrechte,' meent een psychotherapeute uit de kinder- en jeugdpsychiatrie, 'want er zit echter meer in, onze instrumenten zijn nog veel te wit.' De sleutel ligt volgens haar in het vergroten van de cultuursensitiviteit van behandelaren en de ervaren urgentie dat het nodig is om het Culturele Interview daarbij te gebruiken. Ze meent dat, meer dan om professionele nieuwsgierigheid, het gaat om de bereidheid te zoeken naar betekenissen en de relaties tussen herkomst, eigen opvoeding, migratie en de problematiek van het kind. Haar collega's zouden bereid moeten zijn om vaker kritisch naar zichzelf te kijken, aarzelingen en onzekerheden uit te spreken, en uit te werken in dialoog met de patiënt en diens systeem.

Onderdelen van de geestelijke gezondheidszorg waar het Culturele Interview op dit moment nog minder in beeld is, zijn bijvoorbeeld de ouderenpsychiatrie, de verslavingszorg en de langdurige zorg. Van de ouderenpsychiatrie is bekend dat het aandeel ouderen van allochtone herkomst beperkt is en dat de urgentie van interculturalisatie minder wordt gevoeld. In de verslavingszorg is

het aandeel allochtone patiënten aanzienlijk, maar is vooralsnog het biomedisch model dominant en ligt de focus op ontgiftig en ontwenning. Deze argumenten gaan niet op voor de langdurige zorg. In sommige gevallen lijden patiënten die daar verblijven een ‘verlaten’ bestaan en is er weinig contact meer met familie of gemeenschap. Dat geldt ook voor de patiënten van allochtone herkomst. Het Culturele Interview zou in deze sector een functie kunnen hebben als herstelinstrument, gericht op ‘kwartier maken’ (Kal 2001) en het herstel van de verbindingen met de buitenwereld. Het gebruikmaken van het Culturele Interview in de heteroanamnese zou in dat kader, net als in de kinder- en jeugdpsychiatrie, van groter belang kunnen zijn.

Ons is duidelijk geworden dat de inbedding van de culturele formulering en het Culturele Interview ook de organisatie van de zorg moet betreffen. Managers kunnen daarbij helpen door het gebruik en de toepassing van het Culturele Interview expliciet en meetbaar op te nemen in de kwaliteitszorg. De behandelverantwoordelijke professional is daarin degene die het Culturele Interview en de culturele formulering in beeld moet houden. Hij moet ervoor zorgdragen dat het met voldoende expertise wordt ingezet en dat de uitkomsten vertaald worden naar een culturele formulering die richting geeft aan de behandeling. Een expertgroep die regelmatig casuïstiek bespreekt en uitwisselt kan de kennis van transculturele vraagstukken binnen de organisatie vasthouden en verhogen. Deze kan tevens consultatie bieden wanneer behandelingen vastlopen of lastige dilemma’s optreden.

Een terugkerende vraag betreft de inpassing van het Culturele Interview in het primaire behandelproces. Wanneer in het hulpverleningsproces is het Culturele Interview het best in te zetten? Ook hier biedt de praktijk verschillende opties: in de intake of tijdens de behandeling, bij iedere patiënt of alleen op indicatie. Onze indruk is dat het interview het best tot zijn recht komt, als het wordt ingezet in het begin van de diagnostische fase. Onze voorkeur gaat ernaar uit om het instrument bij iedere patiënt in te zetten. Of dat mogelijk is, hangt sterk af van de mogelijkheden. In ieder geval is inzet van het Culturele Interview gewenst als de hulpverlener constateert of vermoedt dat er tussen hem en de patiënt mogelijk culturele verschillen spelen. Er is overigens een kanttekening. Patiënten zijn vaak hoger opgeleide migranten die zich als volledig geïntegreerd in de Nederlandse samenleving beschouwen en niet meer stil willen staan bij hun verleden.

Wat ontegenzeggelijk aan de inbedding van het Culturele Interview en de culturele formulering bijdraagt is het opnemen ervan in het elektronisch patiëntendossier (zie hoofdstuk 4). De culturele formulering dient met de behandeling ‘mee te lopen’ en regelmatig aangevuld en bijgesteld te worden op basis van nieuwe informatie uit de behandeling. De uitkomsten van het Culturele Interview zijn immers een momentopname.

Rest nog de rol van de antropologen in het ontwikkelen, maar vooral de toepassing van het Culturele Interview. De ervaringen tot nu toe laten zien dat er geen eenduidig antwoord is op deze vraag. De ervaringen met de inzet van een antropoloog in De Evenaar zijn positief (zie de hoofdstukken 2 en 4). Het hangt van omstandigheden af of de implementatie van het Culturele Interview gebaat is bij de inzet van een cultureel antropoloog of niet. Een risico van het inzetten van antropologen voor het afnemen van het Culturele Interview dat onder ogen moet worden gezien, is dat het Culturele Interview vereenzelvigd kan worden met het werk van antropologen in de ggz, terwijl het vooral bedoeld is om hulpverleners antropologische antennes te geven. We zien de inzet van cultureel antropologen vooral als overgangsfase om de introductie van het Culturele Interview te bespoedigen. De betrokkenheid van antropologen bij de ontwikkeling en promotie van het Culturele Interview maakt wel duidelijk dat deze vorm van *anthropology in medicine* de nodige deining in de gezondheidszorg teweeg heeft gebracht.

Noot

¹ Met dank aan Simon Groen; de drie voorbeelden komen uit zijn trainingspraktijk.



Hoofdstuk 10

Het Culturele Interview:

handreiking naar hulpvragers

Rob van Dijk, Huub Beijers, Simon Groen

In dit boek is de toepassing van het Culturele Interview in de Nederlandse zorg in beeld gebracht. Wat daarbij onmiddellijk opvalt, is dat hulpverleners, ongeacht of het nu psychiaters, psychologen en verpleegkundigen in de ggz zijn of huisartsen, jeugdwerkers en andere hulpverleners, positief reageren op de werking van het Culturele Interview. Ze zijn enthousiast over de informatie die het brengt en over de verbetering van de kwaliteit van de hulpverleningsrelatie. Het Culturele Interview sluit klaarblijkelijk aan bij een breed gevoelde behoefte. Het wordt in toenemende mate gebruikt, ondanks een dagelijkse praktijk die steeds meer onder tijdsdruk staat, aan protocollen onderhevig is en evidentie vraagt. We zien dat het Culturele Interview ook nieuw elan bij hulpverleners te weeg brengt. Het is enerzijds hanteerbaar gereedschap dat hout snijdt in de interculturele zorg en ‘cultuur’ een plaats geeft, anderzijds ook een instrument dat in onderwijs bij kan dragen aan de overdracht van expertise. De tastbaarheid van interculturalisatie en cultuursensitiviteit is met andere woorden nog nooit zo groot geweest.

Terugkerend geluid is dat het Culturele Interview een belangrijke aanwinst is voor de interculturele hulpverlening. Frank Kortmann, hoogleraar transculturele psychiatrie spreekt zelfs van een mijlpaal (Groen & Laban 2011). Het Culturele Interview is naar onze mening het best te zien als een uitnodigend gebaar van hulpverleners naar degenen die een beroep op hen doen. Het is een uitnodiging aan de hulpvrager om de hulpverlener deelgenoot te maken van zijn leefwereld.

Een uitnodiging die blijk geeft van de intentie de ander te willen kennen, van oprechte interesse in zijn persoon, culturele achtergrond en sociale context. Een erkenning van de patiënt als mens, als subject en die hem regie geeft over zijn eigen verhaal. Uit reacties van patiënten (onder andere opgetekend door Piksen in hoofdstuk 2) is dan ook op te maken dat zij zich door het afnemen van het Culturele Interview gekend, erkend en gehoord voelen. Het Culturele Interview is op die manier een vorm van empowerment. Een dergelijk gebaar is uitermate relevant. Het effect van (psycho)therapeutisch handelen hangt immers meer samen met de persoonlijkheid van de therapeut en de kwaliteit van zijn relatie met de patiënt dan met de specifieke therapeutische methode (Kortmann 2010a, b).

In dit afsluitende hoofdstuk maken we de balans op. Het is een tussenbalans, want het Culturele Interview is nog volop in ontwikkeling. We reflecteren op het karakter en de werkzaamheid van het instrument, de essentie van de ontmoeting van behandelaar en patiënt, en op de competenties die nodig zijn om ermee te werken. We schetsen hier slechts enkele hoofdlijnen. Voor een dieper gaande reflectie op de culturele formulering en het Culturele Interview verwijzen we naar de vier beschouwingen in *Het Culturele Interview. In gesprek met de hulpvrager over cultuur en context. Deel 2: Beschouwingen*.¹

Een noodverband voor DSM-IV

De culturele formulering als onderdeel van de vierde editie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV, APA 1994) en in haar verlengde het Culturele Interview als instrument zijn primair ontwikkeld om de cultuursensitiviteit van de diagnostiek te vergroten. Aanleiding was de kritiek dat de eerdere edities van de DSM (APA 1980, 1987) teveel uitgingen van de universele ziektebeelden en te weinig oog hadden voor cultuurgebonden variaties. Een van de aanpassingen was de toevoeging van de culturele formulering als bijlage bij de DSM-IV. Kritiek van transculturele psychiaters en medisch antropologen op de classificaties leidde verder niet tot wezenlijke aanpassingen van het psychiatrisch classificatiesysteem zelf (Borra et al 2002). De introductie van de culturele formulering riep vervolgens de vraag op naar een richtlijn en hulpmiddelen om de benodigde informatie te verzamelen. Dit leidde in Nederland tot de ontwikkeling van het Culturele Interview.

Zijn we nu met de culturele formulering en het Culturele Interview waar we moeten zijn? Maken beide instrumenten de DSM-IV cultuursensitief? Volgens Van der Stel (zie beschouwing 1 in *Het Culturele Interview. In gesprek met de hulpvrager over cultuur en context. Deel 2*) is de culturele formulering een relevante, maar op zich nog onvoldoende reparatie van de cultuurblindheid van de DSM. Hij spreekt van een 'noodverband'. De op Westerse leest geschoeide psychiatrie laat de culturele dimensie van de diagnostiek en behandeling goeddeels impliciet en schiet daardoor schromelijk tekort. Een cultuursensitieve DSM vraagt volgens hem om een radicaal perspectief, waarin het culturele meegenomen wordt in alle aspecten van het classificatiesysteem. Van der Stel staat niet alleen in zijn kritiek. Eerder betoogde Richters (2002) al dat de inzet van de culturele formulering op zich de DSM niet cultuursensitiever maakt, maar dat het er ook om gaat hoe hulpverleners met dit instrument aan de slag gaan.

Het is geen reële verwachting dat met het Culturele Interview alle interculturele manco's van de Westerse geestelijke gezondheidszorg te repareren zijn. Het getuigt van realiteitszin het instrument te zien als slechts een deel van de oplossing en niet als wondermiddel voor alle kwalen van de Westerse psychiatrie. Wie dat over het hoofd ziet, werkt slechts mythevorming rond het Culturele Interview in de hand en koestert onvervulbare beloftes. We moeten de neiging onderdrukken alle positieve ontwikkelingen te projecteren op het gebruik van het Culturele Interview en tegelijkertijd niet onderschatten wat het Culturele Interview wel kan betekenen.

Uitnodiging tot een dialoog

Wat hebben we geleerd over de aard van het Culturele Interview? Hoe moeten we het typeren? In de bijdragen aan dit boek is duidelijk geworden dat het geen

gestructureerd interview of psychodiagnostische test is zoals die doorgaans worden gebruikt in de (geestelijke) gezondheidszorg. Het interview is van een andere orde dan bijvoorbeeld de Harvard Trauma Questionnaire, de Beck Depression Inventory of dichterbij huis de Utrechtse Copinglijst. Het Culturele Interview ‘meet’ niets. Vormvastheid en vraaggetrouwheid zijn niet essentieel. Behalve algemene aanwijzingen over het belang van een goede introductie, houdingsaspecten bij de behandelaar en *informed consent* worden er op voorhand nauwelijks afnamecondities benoemd. Wie het Culturele Interview ziet en hanteert als een gebruikelijke vragenlijst of test, slaat mogelijk de plank mis. De vragen vormen dan een keurslijf. De patiënt wordt dan primair gezien als databank. Er is dan kortom geen sprake van een dialoog, maar van een ondervraging. De invalshoek is meer ziektegericht dan patiëntgericht. Het afnemen van het Culturele Interview kan daarom verwarrend zijn voor hulpverleners die gewend zijn vragenlijsten als waarde op zich te nemen. Het Culturele Interview krijgt namelijk afhankelijk van patiënt en het verloop van het gesprek zijn vorm en formulering.

Het Culturele Interview fungeert als een steun in de rug voor hulpverleners om met patiënten in gesprek te gaan over onderwerpen die doorgaans niet of weinig aan de orde komen in intakegesprekken en de daarop volgende contacten. Over hun leefwereld en de betekenis die zij aan problemen of tegenslagen in hun leven geven. Daarmee wil het Culturele Interview de hulpverlener ook uitdagen open te staan voor de patiënt en zijn verhaal. Dat geeft nieuwe en soms verrassende perspectieven op de patiënt en zijn klachten en problemen, zoals de casusbeschrijvingen in dit boek duidelijk maken (o.a. Somers: casus 3; Degen: casus 4 en Tempelman: casus 5). Het onthult ook de culturele lens die de waarneming van de hulpverleners vormt en stereotiepe beelden die zij in de duiding van het vreemde hanteren.

Het Culturele Interview is echter meer. Het daagt hulpverleners uit om *out of the box* te denken. Soms vraagt de hulpverlening in concrete gevallen om een kritische reflectie op ingesleten professionele paden en op persoonlijke routines en referentiekaders. We verwachten dat dit vaker voorkomt in de zorg aan cultureel anderen, dat wil zeggen als de hulpverlener bij zijn patiënt culturele repertoires bemerkt of vermoedt die afwijken van de zijne. Het verkennen en zo nodig verleggen van grenzen van het professioneel handelen is volgens Van Dijk en Boedjarath (2002) het wezen van de transculturele psychotherapie. In die zin helpt het Culturele Interview bij de onderbouwing en legitimering van creatief of innovatief professioneel handelen. Ook draagt het bij aan zorg op maat die openstaat voor het verhaal van de patiënt zonder het culturele en sociale uit het oog te verliezen. Het Culturele Interview draagt zo bij aan het individualiseren en contextualiseren van de zorg.

Volgens Groen (zie beschouwing 4 in deel 2) maakt het goed gebruik van het Culturele Interview en de culturele formulering de hulpverlener in zijn werk-

wijze en houding een beetje tot antropoloog. Alle versies van het Culturele Interview hebben gemeen, dat ze de betekenisgeving van de patiënt evenveel belang geven als de betekenisgeving door de hulpverlener. Er wordt recht gedaan aan het verhaal van de patiënt, dat in de gezondheidszorg doorgaans ondergeschikt is aan het biomedische perspectief. Omdat het Culturele Interview zich daarbij niet alleen richt op het perspectief van de patiënt, maar ook op de onderliggende betekenis van de psychische of maatschappelijke problematiek, ziet Groen het Culturele Interview als een persoonsgerichte etnografische methode.

De werkzaamheid van het Culturele Interview

Goethe doet in zijn *Kleurenleer* (1810, 1997) een uitspraak over het licht, die kan helpen inzichtelijk te krijgen waaruit de werkzaamheid van het Culturele Interview bestaat. Hij stelt dat het wezen van het licht niet uit te drukken is, maar alleen te beschrijven is aan de hand van de effecten: de kleuren. Zo redenerend wordt het wezen en de werkzaamheid van het Culturele Interview kenbaar in zijn effecten. Dus is de vraag waar en hoe deze effecten zichtbaar worden.

Anders dan men zou verwachten leidt het afnemen van een Cultureel Interview en het opstellen van een culturele formulering in de hulpverleningspraktijk niet tot opzienbare verschuivingen in de classificatie van de stoornis, ook al wordt daarvan in het buitenland wel melding gemaakt (Kirmayer 2010, Bäärnhielm & Scarpinato Rosso 2009). De bijdragen aan dit boek laten wel zien dat de beschrijvende diagnose wordt aangepast of andere accenten krijgt. Dat is ongeteneggelijk relevant voor het behandelplan.

De werkzaamheid van het Culturele Interview is veel subtieler. Ze is tweeledig: het afnemen van het interview beïnvloedt zowel proces als product van de hulpverlening. Aan de ene kant draagt het bij aan contactgroei, een bredere kijk op de problematiek van de patiënt en zelfreflectie bij de hulpverlener. Aan de andere kant levert het interview gezichtspunten op die relevant zijn voor diagnostiek en behandeling. Vooral door het opstellen van een culturele formulering en het integreren ervan in het behandelplan komen deze resultaten het meest tot hun recht. Kortom, het Culturele Interview levert relevante oriëntatiepunten voor de opbouw van een relatie met de patiënt en de behandeling of begeleiding. Daar komt bij dat het Culturele Interview het luisteren benadrukt. Daarmee genereert het de helende werking van het luisteren. De kunst van het luisteren is geen nieuw, maar een sterk op de achtergrond geraakt aspect van de hulpverlening (Jackson 1992). Het Culturele Interview sluit zo aan bij de psychodynamische traditie in de geestelijke gezondheidszorg en eerder bij de meer verklarende dan bij de beschrijvende diagnostiek, maar dan wel met een interculturele opmaak.

In een breder perspectief bezien draagt het afnemen van het Culturele Inter-

view volgens Beijers (zie beschouwing 3 in deel 2) bij aan het creëren van een intersubjectieve ruimte voor patiënt en hulpverlener, een essentiële voorwaarde voor elke vorm van hulpverlening. De klinische werkelijkheden van hulpverlener en patiënt, ofwel het totaal van opvattingen die verband houden met de ziekte en het genezen, kunnen in meer of mindere mate verschillen. Dat noodzaakt volgens Kleinman (1980) tot onderhandeling tussen beide partijen over aard en oorzaak van de klachten om te komen tot een gemeenschappelijke visie op de klachten en de behandeling ervan. Kortmann (2010, 2011) geeft aan dat de hulpverlener de patiënt moet leren kennen en begrijpen. Daarvoor is nodig te weten hoe deze in het leven staat. Daardoor kan hij beter inspelen op de verwachtingen van de patiënt en neemt vermoedelijk ook de therapietrouw toe. Hij onderscheidt verschillende fasen in het hulpverleningsproces en geeft aan dat het soms nodig is een compromis te sluiten en soms om consensus te bereiken. Het is daarom van belang dat hulpverlener en patiënt in dialoog komen tot een compromis (met name in de kennismakingsfase) of consensus (met name in therapeutisch-diagnostische fase) om cultuurverschillen te overbruggen. Dat biedt de basis om in de derde, persoonlijke fase van de klinische ontmoeting de geïndiceerde behandeling te vertalen naar ‘zorg op maat’.

Het Culturele Interview draagt bij aan de positionering van hulpverlener en patiënt en doet een gedeelde ruimte ontstaan. Het interview helpt om de ervaren afstand te overbruggen en geconstateerde verschillen van inzicht vruchtbaar te benaderen. Het helpt om te verifiëren of er voldoende overeenstemming bestaat over de klachten en de in te zetten behandeling en het helpt om eventuele overeenkomsten en verschillen in kaart te brengen. Zo bezien is het Culturele Interview een middel om de aanwezigheid van de voorwaarden voor behandeling na te gaan en zo nodig te scheppen. Het Culturele Interview is daarmee geen diagnostisch instrument in engere zin, maar een transactie die de condities voor succesvolle behandeling realiseert. In een transactie ontstaat iets nieuws: behandelaar en patiënt beïnvloeden elkaar over en weer, zodanig 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. Het Culturele Interview is daarmee essentieel onderdeel van een helingsproces.

De bezieling van het Culturele Interview

De schilder Paul Klee stelde dat kunst niet het zichtbare weergeeft, maar zichtbaar maakt. Hem parafraserend kunnen we stellen dat het Culturele Interview niet objectief de cultuur van de patiënt weergeeft, maar deze in een communicatief proces interpreteert en zichtbaar maakt. Het Culturele Interview is een instrument dat bestaat uit een lijst van vragen over identiteit, ziekteverklaring en sociaal functioneren. Vergeleken met de ‘harde’ medische technologie, is het Culturele Interview ‘zacht’. Het onderscheidt zich door het feit dat de hulp-

verlener zich het instrument eigen moet maken om het te activeren. Van Dijk vergelijkt dit met de musicus die een partituur tot leven brengt door het zich eigen te maken, zich in te leven in de bedoeling van de componist, door de bladmuziek te interpreteren en uit te voeren in nauw contact met zijn publiek. Zo ook moet het Culturele Interview leven in geblazen worden, bezield worden door de behandelaar (zie beschouwing 2 in deel 2). Het gaat niet alleen om de vragen, maar ook om de interpretatie en invulling die eraan wordt gegeven en de wijze waarop ze in de relatie met de patiënt worden ingevoegd. Het vraagt van de hulpverlener een open, respectvolle houding, gekenmerkt door niet-wetende nieuwsgierigheid en door open willen staan voor zingevingvragen. Het vraagt ook het beheersen van de kunst van het luisteren. Een dergelijke houding die bijdraagt aan 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. Dat maakt niet het instrument, maar de behandelaar en hoe deze met het instrument omgaat tot voorwaarde voor van goede zorg. Alleen bezield door een betrokken en soms 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 Deel 2 bevat beschouwingen op het Culturele Interview: R. van Dijk, H. Beijers & S. Groen (red.) (2012), *Het Culturele Interview. In gesprek met de hulpvragers over cultuur en context. Deel 2: Beschouwingen*. Utrecht: Pharos. Het boek is te bestellen via www.pharos.nl.

Bijlagen

Bijlage 1

Literatuur

- Akbiyik, D., Sumbuloglu, V., Berksun, O., Senturk, V. & Priebe, S. (2009). Symptoms of Turkish patients with depression in Ankara and Berlin. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 33, 3, 412-420.
- APA (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (derde editie). Washington: American Psychiatric Press.
- APA (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (derde editie – revised). Washington: American Psychiatric Press.
- APA (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (vierde editie). Washington: American Psychiatric Press.
- Asperen, E. van (2003). *Interculturele communicatie en ideologie*. Utrecht: Pharos.
- Bäärnhielm, S. (2003). *Clinical encounters with different illness realities: Qualitative studies of illness and restructuring of illness meaning among two cultural groups of female patients in a multicultural area of Stockholm*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Bäärnhielm, S. & Scarpinati Rosso, M. (2009). The cultural formulation: A model to combine nosology and patients' life context in psychiatric diagnostic practice. *Transcultural Psychiatry*, 46, 3, 406-428.
- Baba Ali, G. (2011). Hulpverlening vanuit intercultureel perspectief. Goed of slecht? *Contrast*, 3/4, 43-45.
- Bala, J. & Essen, J. van (2007). *Als glas in lood. Integratieve behandeling van vluchtelingenkinderen en -gezinnen*. Utrecht: Pharos.
- 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.
- Beijers, H. (2004). *People with a mission. Meanings of psychosocial distress of Cape Verdean migrants*. Master thesis AMMA, Universiteit van Amsterdam.
- Beijers, H. (2010). De drie verlegenheden van de interculturele community benadering. In H. Beijers & R. van Dijk (red.), *Kralen zonder ketting, een verkenning van het antropologische perspectief in de psychiatrie* (p. 143-150). Diemen: AMB.
- Beijers, H. & Dijk, R. van (red.) (2010). *Kralen zonder ketting. Een verkenning van het antropologisch perspectief in de psychiatrie*. Diemen: AMB.
- Beijers, H. & Tempelman, G. (2009). Cultureel interview overbrugt cultuurverschillen. *Phaxx*, 16, 1, 10-13.
- Bekkum, D. van & Sevinç, F. (2005). Cultuur in overdracht. *Cultuur Migratie Gezondheid*, 2, 4, 2-12.

- Benish, S. (2011). Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth: A direct-comparison meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 58, 3, 279-289.
- Bhugra, D. (2005). Cultural identities and cultural congruency. a new model for evaluating mental distress in immigrants. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 84-93.
- 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.
- Blackhart, C. (2010). Rejection elicits emotional reactions but neither causes immediate distress nor lowers self-esteem: A meta-analytic review of 192 studies on social exclusion. *Personality and Social Psychology Review*, 13, 269-309.
- Blom, M., Hoek, H., Spinhoven, P., Hoencamp, E., Haffmans, J. & Dyck, R. van (2010). Treatment of depression in patients from ethnic minority groups in the Netherlands. *Transcultural Psychiatry*, 47, 3, 473-490.
- Bolton, P., Bass, J., Neugebauer, R., Verdelli, H., Clougherty, K., Wickramaratne, P. & Weissman, M. (2003). Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: a randomized controlled trial. *Journal American Medical Association*, 289, 23, 3117-3124.
- Boon, A., Haan, A. de & Boer, S. de (2010). Verschillen in etnische achtergrond van forensische en reguliere jeugd-ggz-cliënten. *Kind en Adolescent*, 31, 1, 16-28.
- Borra, R. (2005). *Diagnostisch interview Turkse vrouwen. Op weg naar cultuurgevoeliger diagnostiek*. Delft: Eburon.
- Borra, R. (2008). Working with the cultural formulation in therapy. *European Psychiatry*, 23, S43-S48.
- Borra, R., Dijk, R. van & Rohlof, H. (2002). *Cultuur, classificatie en diagnose. Cultuursensitief werken met DSM-IV*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Brondolo, E., Brady Ver Halen, N., Pencille, M., Beatty, D. & Contrada, R.J. (2009). Coping with racism: a selective review of the literature and theoretical and methodological critique. *Journal of Behavioral Medicine*, 32, 64-88.
- Bruggeman, L. & Dees, M. (2004). De kleurrijke huisartspraktijk. *Cultuur Migratie Gezondheid*, 1, 4, 48-52.
- Bui, H.-N. (2009). Parent-child conflicts, school troubles, and differences in delinquency across immigration generations. *Crime & Delinquency*, 55, 3, 412-441.
- Caracci, G. (2008). Using DSM IV Cultural formulation to enhance psychodynamic understanding. In J. Mezzich & G. Caracci (eds.), *Cultural formulation. A reader for psychiatric diagnosis* (p. 183-195). New York: Jason Aronson.
- CBS (2008). *Jaarrapport integratie 2008*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- CBS (2010). *Jaarrapport integratie 2010*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.

- Chang, D. (2009). Making cross-racial therapy work: A phenomenological study of clients' experiences of cross-racial therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 56, 4, 521-536.
- Colijn, S. & Sevinç, F. (2010). Interactie. In J. de Jong & S. Colijn (red), *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie* (p. 91-107). Utrecht: De Tijdstroom.
- Collins, S. & Arthur, N. (2010). Culturally infused counselling: a fresh look at a classic framework of multiculturally counseling competencies. *Counseling Psychology Quarterly*, 23, 2, 203-216.
- Comas-Diaz, L. & Jacobsen, F. (1991). Ethnocultural transference and countertransference in the therapeutic dyad. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 392-402.
- Day-Vines, N., Wood, S., Grothaus, T., Craigen, L., Holman, A., Dotson-Blake, K. & Douglass, M. (2007). Broaching the subjects of race, ethnicity, and culture during the counseling process. *Journal of Counseling & Development*, 85, 401-409.
- Dean, R. (2001). The myth of cross-cultural competence. *Families in Society*, 82, 6, 623-530.
- Dieperink, C., Dijk, R. van & Vries, S. de (2007). Vijftien jaar GGZ gebruik door allochtonen: groei en diversiteit. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 62, 9, 710-721.
- Dijk, R. van (1989). Cultuur als excuus voor een falende hulpverlening. *Medische Antropologie*, 1, 2, 131-144.
- 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. 55-66). Diemen: AMB.
- Dijk, R. van & Boedjarath, I. (2002). Wat een geluk dat niemand weet, dat ik Repelsteeltje heet! Op zoek naar het wezen van de transculturele psychotherapie. In E. van Meekeren, A. Limburg-Okken & R. May (red.), *Culturen binnen psychiatriemuren* (p.122-136). Amsterdam: Boom.
- Division Social and Transcultural Psychiatry (2008). *Expanded version Outline Cultural Formulation of Diagnosis*. Toronto: McGill University.
- Duin, B., Maiburg, H. & Nijholt, A. van (2009). *Competentieprofiel en de eindtermen van de huisarts*. Utrecht: Concilium voor de Huisartsopleiding.
- Ecklund, K. & Johnson, W. (2007). Toward cultural competence in child intake assessments. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 356-362.
- Eisma, M. (2011). De dictatuur van het IQ. *Groene Amsterdammer*, 22 augustus 2011, 30-34.
- Ende, M. van de (2006). Voorwoord. *Tijdschrift voor Systemtherapie*, 18, 2.
- Fabrega, H. Jr. (2008). Psychiatric diagnosis. A cultural perspective. In J. Mezzich & G. Caracci (eds.), *Cultural formulation. A reader for psychiatric diagnosis* (p. 3-27). New York: Jason Aronson.
- Fassaert, T. (2011). *Ethnic differences and similarities in care for anxiety and depression in the Netherlands*. Academisch proefschrift. Vrije Universiteit.

- Fassaert, T., Peen, J., Straten, A. van, Wit, M. de, Schrier, A., Heijnen, H., Cuijpers, P., Verhoeff, A., Beekman, A. & Dekker, J. (2010). Ethnic differences and similarities in outpatient treatment for depression in the Netherlands. *Psychiatric Services*, 61, 690-697.
- Fitzgerald, M. (2005). Doubling the cloak of (in)competence in client/therapist interactions. *Medical Anthropology Quarterly*, 19, 3, 331-347.
- Feijo de Mello, M., de Jesus Mari, J., Bacaltchuk, J., Verdelli, H., & Neugebauer, R. (2004). *A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders*. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience.
- Gelso, L. & Mohr, J. (2001). The working alliance and the transference/countertransference relationship: Their manifestation with racial/ethnic and sexual orientation minority clients and therapists. *Applied & Preventive Psychology*, 10, 51-68.
- Gemert, F. van (1998). *Ieder voor zich. Kansen, cultuur en criminaliteit van Marokkaanse jongens*. Academisch proefschrift. Amsterdam: Het Spinhuis.
- Goethe, J.W. (1997). *Kleurenleer*. (Oorspronkelijk 1810). Zeist: Vrij Geestesleven.
- Gordon, T. & Helmer, O. (1964). *Report on a long-range forecasting study*. Santa Monica: Rand Corporation.
- Groen, S. (2006). *Beknopte versie van het culturele interview*. Beilen: De Evenaar.
- Groen, S. (2008). Een nieuwe versie van het culturele interview. Toepassing en evaluatie van een vragenlijst voor cultuursensitieve diagnostiek in de GGZ. *Cultuur Migratie Gezondheid*, 5, 2, 96-104.
- 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.
- 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.
- Grolleau, D., Young, A. & Kirmayer, L. (2006). The McGill Illness Narrative Interview (MINI). An interview schedule to elicit meanings and modes of reasoning related to illness experience. *Transcultural Psychiatry*, 43, 4, 671-691.
- Haj-Yahia, M. & Sadan, E. (2011). Contextualizing interventions with battered women in collectivist societies: Issues and controversies. *Aggression & Violent Behavior*, 16, 331-339.
- Harmesen, J. (2003). *When cultures meet in medical practice*. Academisch proefschrift Erasmus Universiteit.
- Harris, M. (1968). *The rise of anthropological theory. A history of theories of culture*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Hinman, C. (2003). Multicultural considerations in the delivery of play therapy services. *International Journal of Play Therapy*, 12, 107-122.
- Hofstede, G. (2007). *Allemaal andersdenkenden*. Amsterdam: Contact.
- Hollan, D. (1997). The relevance of a person-centred ethnography to cross-

- cultural psychiatry. *Transcultural Psychiatry*, 34, 2, 219-234.
- Ince, D. & Pijll, M. van der (2009). *Culturele diversiteit in opgroeien en opvoeden: feiten en cijfers*. Factsheet. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Jackson, S. (1992). The listening healer in the history of psychological healing. *American Journal of Psychiatry*, 149, 12, 1623-1633.
- Jenks, A. (2011). From 'lists of traits' to 'open-mindedness'. Emerging issues in cultural competence education. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 36, 2, 209-235.
- Jezewski, M. & Sotnik, P. (2001). *The rehabilitation service provider as culture broker: Providing culturally competent services to foreign born persons*. Buffalo: Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange.
- Jongmans, D. (1977). Gastarbeider en gezondheidszorg: conclusie. *Medisch Contact*, 32, 16, 518.
- Kal, D. (2001). *Kwartiermaken – werken aan ruimte voor mensen met een psychiatrische achtergrond*. Meppel: Boom.
- Kalmthout, A. van (2007). Jip en Janneke in 'vreemdelingenbewaring'. *Migrantenrecht*, 8, 330-331.
- Kamperman, A. (2005). *Deconstructing ethnic differences in mental health of Surinamese, Moroccan and Turkish migrants in The Netherlands*. Academisch proefschrift. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Kickbusch, I. (2004). Health and citizenship: The characteristics of 21st century health. *World Hospitals and Health Services*, 40, 4, 12-14.
- Kirmayer, L. (2010). *DSM-ven beyond. The place of culture in psychiatric nosology*. Key note speech. Internationale conferentie Migration, next generations and the future of psychiatry, Amsterdam 13-16 juni 2010.
- 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.
- 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. (1987). Anthropology and psychiatry. The role of culture in cross-cultural research on illness. *British Psychiatric Journal*, 151, 447-454.
- Kleinman, A. (1988a). *The illness narratives. Suffering, healing, and the human Condition*. New York: Basic Books.
- Kleinman, A. (1988b). *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.
- Koning, N. de (2003). Kanttekeningen vanuit de kinder- en jeugdpsychiatrie. In R. van Dijk & N. Sönmez (red.), *Cultuursensitief werken met DSM-IV* (p. 69-75). Rotterdam: Mikado.

- 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.
- Kunneman, H. (2006). Van ontologische eenkennigheid naar ontologische complexiteit. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48, 11, 857-865.
- Laban, K. (2010). Meer marginale inlanders in GGZ-land Nederland gewenst. In H. Beijers & R. van Dijk (red.), *Kralen zonder ketting. Een verkenning van het antropologisch perspectief in de psychiatrie* (p. 38-41). AMB: Diemen.
- Laban, K., Attia, A. & Hurulean, E. (2009). Asielzoekers en vluchtelingen. In J. de Jong & S. Colijn (red.), *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie* (p. 563-576). Utrecht: De Tijdstroom.
- 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.
- Langeveld, A. (2008). *Kwaliteit in diversiteit. Onderzoek naar interculturalisatie van de huisartszorg*. Utrecht: LHV.
- Leeuwen-den Dekker, P. van & Heineke, D. (2008). *Het 8-fasenmodel, planmatig werken in de maatschappelijke opvang*. Utrecht: MOVISIE.
- Leong, F., Kim, H. & Gupta, A. (2011). Attitudes toward professional counseling among Asian-American college students: Acculturation, conceptions of mental illness, and loss of face. *American Psychological Association*, 2, 2, 140-153.
- Lewis-Fernández, R. (1996). Cultural formulation or psychiatric diagnosis. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 20, 2, 133-144.
- Lewis-Fernández, R. (2002). Ontstaansgeschiedenis en toepassing van de cultural formulation of diagnosis. In R. van Dijk & N. Sönmez (red.), *Cultuursensitief werken met DSM-IV* (p. 19-27; 55-63). Rotterdam: Mikado.
- Lewis-Fernández, R. & Díaz, N. (2002). The cultural formulation: a method for assessing cultural factors affecting the clinical encounter. *Psychiatry Quarterly*, 73, 271-295.
- Lim, R. (ed.) (2006). *Clinical manual of cultural psychiatry*. Arlington: APA.
- Limburg-Okken, A. (1989). *Migranten in de psychiatrie*. Academisch proefschrift Universiteit Utrecht. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Limburg-Okken, A. (1996). Intakeprocedures: voorbeeld van een anamnese-protocol. In J. de Jong & M. van den Berg (red.), *Transculturele psychiatrie en psychotherapie* (p. 129-147). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Limburg-Okken, A. & Lutjenhuis, M. (1989). *Handleiding voor een anamnestisch gesprek met migranten bij verholten psychosociale problemen*. Den Haag.
- Limburg-Okken, A. & Sidali, S. (2010). Een anamneseprotocol. In J. de Jong & S. Colijn (red.), *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie* (p. 352-367). Utrecht: De Tijdstroom.

- Lu, F., Lim, R. & Mezzich, J. (1995). Issues in the assessment and diagnosis of culturally diverse individuals. *The American Psychiatric Association Review of Psychiatry*, 477-510.
- Markowitz, J., Spielman, L., Sullivan, M. & Fishman, B. (2000). An exploratory study of ethnicity and psychotherapy outcome among HIV-positive patients with depressive symptoms. *Psychotherapy Practice Research*, 9, 4, 226-231.
- May, R. (1997). *Allochtonen en Nederlanders bij de Haagse Riagg's 1989-1992. Een analyse van registratiegegevens*. Den Haag: Riagg Westhage.
- Mezzich, J. (1995). Cultural formulation and comprehensive diagnosis, clinical and research perspectives. *The Psychiatric Clinics of North America*, 18, 649-656.
- 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.
- Miller, D. (2008). *The comfort of things*. Cambridge: Polity Press.
- Mirdal, G. (1985). The condition of tightness. The somatic complaints of Turkish migrant women. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71, 287-296.
- Nederlands Jeugdinstituut (2011). *Migrantenjeugd. Databank Feiten en Cijfers Jeugd en Opvoeding*, www.nji.nl, geraadpleegd op 01-10-2011.
- Nichter, M. (1981). Idioms of distress: alternatives in the expression of psychosocial distress: a case study from South India. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 5, 4, 379-408.
- Novins, D., Bechtold, D., Sack, W., Thompson, J., Carter, D. & Manson, S. (1997). The DSM-IV Outline for cultural formulation: A critical demonstration with American Indian children *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 1244-1251.
- Papadopoulos, I. (2006). *Transcultural health and social care. Developing culturally competent practitioners*. Edinburgh: Elsevier.
- Pearson Assessment and Information (2007). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information.
- Perez-Sales, P. (2010). Identity and trauma in adolescents within the context of political violence: A psychosocial and communitarian view. *Clinical Social Work Journal*, 38, 408-417.
- Perry, S., Cooper, A. & Michels, R. (1987). The psychodynamic formulation: its purpose, structure, and clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 141, 543-550.
- Pharos (2005). *Wanneer laten tolken? Veldnormen voor de inzet van tolken in de gezondheidszorg*. Utrecht.

- Piksen, B. (2010). *Het gebruik van het Culturele Interview in het veld*. Master thesis. Rijksuniversiteit Groningen.
- Pinto, D. (2000). *Intercultural communication: A Three-Step Method for dealing with differences*, Antwerpen: Garant Uitgevers.
- Pinxten, R. & De Munter, K. (2006). *De culturele eeuw. Basisboek culturele antropologie*. Antwerpen: De Houfekiet.
- Prins, B. & Hart, B. de (2005). Over nut en nadeel van het begrip ‘cultuur’ in migratie- en etnische studies. *Migrantenstudies*, 21, 4, 160-177.
- Pyrooz, D., Fox, A. & Decker, S. (2009). Gangs, migration, and crime: the changing landscape in Europe and the USA. *International Migration & Integration*, 10, 393-408.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2000). *Interculturalisatie van de gezondheidszorg*. Zoetermeer: rvz.
- Richters, A. (2003). Nog steeds op reis met Hermes. De cfd: een paard van Troje in de citadel van de psychiatrie. In R. van Dijk & N. Sönmez (red.), *Cultuursensitief werken met DSM-IV* (p. 27-41). Rotterdam: Mikado.
- Rijkers, A., Campen, J. van & Goudsmit, M. (2011). ‘Niet iedereen hoeft het te weten’. Dementiebeleving bij Marokkaanse ouderen in Amsterdam. *Cultuur Migratie Gezondheid*, 8, 2, 80-90.
- Rogers, E. (1995). *Diffusion of innovations*. New York: Simon & Schuster.
- Rohlof, H. (1996). *De culturele formulering*. Leiden: Centrum 45/De Vonk (digitale publicatie: www.rohlof.nl/cultform.htm, geraadpleegd op 17-10-2011).
- Rohlof, H. & Ghane, S. (2003). Het culturele interview. In R. van Dijk & N. Sönmez (red.), *Cultuursensitief werken met DSM-IV* (p. 49-53). Rotterdam: Mikado.
- Rohlof, H. & Groen, S. (2009). Het Culturele Interview, toepasbaar in de huisartsenpraktijk. *Bijblijven*, 4, 38-43.
- Rohlof, H. & Groen, S. (2010). De Cultural Formulation of Diagnosis. In J. de Jong & S. Colijn (red.), *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie* (p. 365-380). Utrecht: De Tijdstroom.
- 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 Loghum.
- Rousseau, C. (2000). Living conditions and emotional profiles of Cambodian, Central American, and Québécois youth. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 10, 905-911.
- Saxe, G.N., Ellis, B.H. & Kaplow, J.B. (2007). *Collaborative treatment of traumatized children and teens: The trauma systems therapy approach*. New York: Guilford Press.
- Seeleman, C., Suurmond, J. & Stronks, K. (2005). *Een arts van de wereld – Etnische diversiteit in de medische praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Selten, J-P. & Cantor Graae, E. (2005). Social defeat: risk factor for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 187, 191-192.

- Shaffer, T. & Steiner, H. (2006). An application of DSM-IV's Outline for cultural formulation: understanding conduct disorder in Latino adolescents. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 655-633.
- Simon, C. (2011). *En toen wisten we alles. Een pleidooi voor oppervlakkigheid*. Amsterdam: Ambo.
- Stewart, R. (2001). Psychoanalytic case formulation. *Psychotherapy Practice Research*, 10, 202-203.
- Sue, S. (1998). In search of cultural competence in psychotherapy and counseling. *American Psychologist*, 43, 4, 440-448.
- Taylor, J. (2003). Confronting 'culture' in medicine's 'culture of no culture'. *Academic Medicine*, 78, 6, 555-560.
- Team Diversiteitsmanagement (2011). *Pocketcard bij het Culturele Interview*. Den Haag: Parnassia Bavo Groep.
- Tempelman, S. (1999). Duiken in het duister: een gematigd constructivistische benadering van culturele identiteit. *Migrantenstudies*, 15, 2, 70-82.
- Tjin A Djie, K. & Zwaan, I. (2007). *Beschermjassen. Transculturele hulp aan families*. Assen: Van Gorcum.
- Tobin, J. (1986). (Counter)transference and failure in intercultural therapy. *Ethos*, 14, 120-143.
- Veen, N. (2004). *Incidence and follow-up of schizophrenia. Results from a Dutch epidemiological study*. Academisch proefschrift Universiteit Utrecht.
- Verhulst, F. (2000). *Inleiding in de kinder- en jeugdpsychiatrie*. Assen: Van Gorcum.
- Verhulst, F. (2003). Het diagnostisch interview met het kind of de jeugdige. In F. Verhulst & F. Verhey (red.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie* (p. 92-103). Assen: Van Gorcum.
- Vijver, F. van de (2011). Interculturele psychodiagnostiek; zes vuistregels. In R. Borra, R. van Dijk & R. Verboom (red.), *Cultuur en psychodiagnostiek. Professioneel werken met psychodiagnostische instrumenten* (p. 11-23). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Weiss, M., Doongaji, D., Siddharta, S., Wypij, D., Pathare, S., Bhatawdekar, M., Bhawe, A., Sheth, A. & Fernandes, R. (1992). The Explanatory Model Interview Catalogue (EMIC). *British Journal of Psychiatry*, 160, 819-830.
- Weissman, M., Markowitz, J. & Klerman, G. (2000). *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Wepster, D. (2003). Over tegenoverdracht en empathie bij overlevingsschuld en overlevingsschaamte. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 29, 2, 115-132.
- White, M. (2009). *Narratieve therapie in de praktijk. Verhalen die werken*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.
- Willemse, Y. & Trijsburg, R. (2005). Cognitieve gedragstherapie en interpersoonlijke psychotherapie. Een analyse van kritische succesfactoren. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 9, 593-602.
- Wimmer, A. (2008). The making and unmaking of ethnic boundaries: A multilevel process theory. *American Journal of Sociology*, 113, 4, 970-1022.

- Yahyaoui, A. (2010). *Recent developments in family therapy of Maghrebian families in France*. Pre-conference course. Internationale conferentie Migration, next generations and the future of psychiatry. Amsterdam, 13-16 juni 2010.
- Zwart, F. de (2011). Het systeem van etnische categorieën in Nederland. Onbedoelde effecten van institutionalisering. *Migrantenstudies*, 27, 1, 2-22.

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

Femke Boers-Grünefeld (1980) studeerde culturele antropologie aan de Universiteit Utrecht en specialiseerde zich in de medische antropologie aan de Universiteit van Amsterdam. Na haar studie werkte zij onder andere bij Phoenix, een psychiatrische kliniek voor asielzoekers en vluchtelingen, waar zij ervaring opdeed met de culturele formulering. Momenteel is zij docente antropologie aan de Universiteit Utrecht. Daarnaast geeft zij workshops en trainingen over de culturele formulering bij diverse hulpverlenende instanties. E-mail: fgrunefeld@hotmail.com

Lies Bruggeman (1955) is psycholoog en als docent en supervisor verbonden aan de huisartsopleiding van umc St. Radboud te Nijmegen. Zij werkt samen met Guus Busser aan interculturalisatie van de opleiding ten behoeve van zowel patiëntenzorg als aios. Daarnaast is zij werkzaam als psychotherapeut in een vrijgevestigde praktijk, eveneens in Nijmegen. E-mail: L.Bruggeman@elg.umcn.nl

Guus Busser (1953) werkte als huisarts ruim 25 jaar in een achterstandswijk in Nijmegen. Zijn ervaring met mensen vanuit vele andere culturen inspireerde hem ook als docent. Hij ontwikkelt en geeft onderwijs aan medische studenten en huisartsen over de medische zorg aan migranten en patiënten met een lage sociaaleconomische status. E-mail: G.Busser@elg.umcn.nl

Jolanda Degen (1958) is maatschappelijk werkende en systeemtherapeute in opleiding. Zij werkt in de polikliniek ouderenpsychiatrie van GGZ Centraal en als systeemtherapeute bij Karakter, centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie. E-mail: degenjolanda@gmail.com

Rob van Dijk (1954) is medisch antropoloog en werkzaam als adviseur diversi-

teitsmanagement bij Parnassia Bavo Groep. Voordien was hij onder meer 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 verder 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

Patricia Gumbs (1979) is andragoog en sinds 2007 als onderzoeker verbonden aan PsyQ – psychomedische zorg Haaglanden, zorgprogramma Depressie Ambulant. Daar is ze verantwoordelijk voor zowel de organisatie als de coördinatie van dataverzameling, en voor de organisatie en coördinatie van de screening- en meetmomenten van de onderzoekssubjecten uit verschillende onderzoeken die bij het zorgprogramma worden uitgevoerd. Mede vanwege haar eigen culturele achtergrond (Antilliaans-Surinaams) heeft zij zowel affiniteit als ervaring met het werken met cultureel anderen. E-mail: P.Gumbs@parnassiabavogroep.nl

Mirjam den Hertog (1964) studeerde maatschappelijk werk en hoger management voor de gezondheidszorg. Zij werkt als locatiehoofd van de nachtopvang en 24-uursopvang van Centrum Vaartserijn in Utrecht, instelling voor maatschappelijke opvang. Daarvoor werkte zij geruime tijd in de forensische psychiatrie in de Van der Hoeven Kliniek en de Oostvaarderskliniek. E-mail: m.denhertog@centrumvaartserijn.nl

Monica Jorna (1963) begon haar loopbaan als psychiatrisch verpleegkundige. Ze volgde de opleiding maatschappelijk werk aan de Interculturele Leerroute van Hogeschool de Horst en werkte vijf jaar als maatschappelijk werker/zorgmanager in een asielzoekerscentrum. Sinds 1999 werkt ze voor Trajectum als gezinsbegeleidster en aandachtsfunctionaris diversiteit. Recent rondde ze de opleiding tot systeemtherapeut af en bekwaamde zich in de methodiek Be-

schermjassen. Sinds kort heeft zij een eigen trainingsbureau (www.transcultureelperspectief.nl). E-mail: monica.jorna@casema.nl

Blanchefleur Piksen (1983) is psycholoog en maatschappelijk werker. Ze was werkzaam voor VluchtelingenWerk en bij de Zorggroep JADE, onder meer voor alleenstaande minderjarige vluchtelingen en slachtoffers van mensenhandel. Ze studeerde klinische en ontwikkelingspsychologie in Groningen. Ze werkt thans voor Fier Fryslân. E-mail: blanchefleur@tele2.nl

Hans (J.G.B.M.) Rohlof (1950) is als psychiater en hoofd van de polikliniek vluchtelingen werkzaam bij Centrum '45. Hij was een van de oprichters van de afdeling Transculturele Psychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en lange tijd bestuurslid. Sinds kort is hij bestuurslid van de Transcultural Psychiatry Section van de World Psychiatric Association. Hij heeft vele publicaties op het gebied van de transculturele psychiatrie op zijn naam staan. E-mail: h.rohlof@centrum45.nl

Sita Somers (1951) is als kinder- en jeugdpsychiater werkzaam voor Lucertis, kinder- en jeugdpsychiatrie, en Esens, een interculturele ggz-instelling. Ze werkt sinds 1985 in 'migrantenteams' en heeft veel ervaring in het werken met vluchtelingen gezinnen, opgedaan onder meer bij Centrum '45. In workshops en symposia probeert ze de specifieke aspecten van het werk verder te definiëren en te delen. Als bestuurslid van de afdeling Transculturele Psychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie werkt ze aan de inbedding van *culturally infused* denken in behandeling en opleiding. E-mail: s.somers@parnassia-bavogroep.nl

Gerdien Tempelman (1961) is sociaalpsychiatrisch verpleegkundige en medisch antropoloog. Ze werkt voor GGZ Centraal als POH-GGZ in een gezondheidscentrum in Almere. Daar is ze samen met een collega van de afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie verantwoordelijk voor het cultureel spreekuur in de geestelijke gezondheidszorg. Samen met Huub Beijers geeft zij training in de geestelijke gezondheidszorg en de maatschappelijke opvang in het gebruik van het Culturele Interview en de culturele formulering. E-mail: g.tempelman@ggzcentraal.nl

Nienke Verstegen (1984) is medisch antropoloog en werkt als onderzoeker in de Van der Hoeven Kliniek, een instelling voor forensische psychiatrie te Utrecht. Ze is daar verbonden aan het culturenoverleg en neemt het Culturele Interview af. E-mail: nverstegen@hoevenkliniek.nl

Okke Wisse (1958) werkt als geestelijk verzorger in de Van der Hoeven Kliniek, een instelling voor forensische psychiatrie te Utrecht. Hij is daar verbonden aan het culturenoverleg en neemt het Culturele Interview af. E-mail: owisse@hoevenkliniek.nl

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 noemt u 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

Het Culturele Interview – Beknopte versie van Groen (CI-G)

Samenvatting anamnese en ziekte geschiedenis

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 iemand 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. Heeft u dat gevoel wel eens gehad?’

(Bij ja: kort laten vertellen. ‘De bedoeling is dat we het verder gaan bespreken in dit interview.’ Bij 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, hoe mensen met elkaar omgaan in uw cultuur, wat ziek zijn voor u betekent, enz. Ik ga u nu een paar vragen stellen over uw cultuur en uw klachten.’

A Culturele identiteit van het individu

Taal

- 1 Wat is de taal waarmee u bent opgegroeid? Sprak u ook nog een andere taal?
- 2 Welke taal spreekt u nu thuis?

[Indien van toepassing: Met uw vrouw? Met uw kinderen? Met uw vrienden?]

- 3 Hoe goed vindt u dat u Nederlands spreekt?
[Als dat niet duidelijk is: als u dat op een schaal van 1 tot 10 aan zou moeten geven, welk cijfer geeft u zichzelf dan?]
- 4 Kunt u in het Nederlands goed uitleggen wat u bedoelt?

Etniciteit en cultuur

- 5 Hoort u tot een bepaalde groep in uw land die anders is dan andere (etnische) groepen? Zijn uw ouders van dezelfde groep?
- 6 Wat maakt deze groep anders dan andere groepen? Welke gebruiken, opvattingen, positie in de samenleving?
- 7 Hoe belangrijk is het voor u dat u tot die groep hoort?
- 8 Heeft u nu contact met mensen uit die groep of uit uw cultuur?
Zo ja: hoe belangrijk is dat voor u?
Zo nee: zou u dat wel willen?
- 9 Wat vindt u het meest belangrijk aan uw cultuur?
[Bijvoorbeeld: eetgewoonten, respect, familie, feestdagen, eer]
- 10 Hoe vindt u dat uw cultuur verschilt van Nederlandse gewoontes en opvattingen? Is dat belangrijk voor u?
- 11 Vindt u zichzelf goed passen in Nederland? Gaat u met Nederlanders om? Heeft u Nederlandse vrienden of kennissen?

B Culturele verklaringen voor de ziekte

Klachten in cultureel perspectief

- 12 U heeft over uw klachten verteld: hoe noemt u die in uw eigen taal?
- 13 Hoe zouden mensen in uw land van herkomst uw klachten verklaren?
- 14 Hoe zouden mensen met uw klachten omgaan?
- 15 Voelt u zich begrepen door uw familie en omgeving?
- 16 Voelt u zich begrepen door hulpverleners hier?
- 17 Welk deel van de behandeling heeft tot nu toe volgens u het beste geholpen?

C Culturele factoren in de psychosociale omgeving

Familie

- 18 Hoe zou u de verhouding met uw partner omschrijven? Praat u met haar/hem over uw klachten?
- 19 Is er iemand in uw buurt of in uw familie aan wie u raad of advies vraagt?
- 20 Bij wie zocht u vroeger om raad of hulp?

Geloof

- 21 Bent u gelovig?
- 22 Bidt u? Gaat u naar de kerk/moskee/synagoge?
- 23 Is dat anders dan in uw thuisland?
- 24 Haalt u steun uit uw geloof? Hoe was dat vroeger?

D Culturele elementen tussen patiënt en hulpverlener

- 25 Is het voor u belangrijk dat uw hulpverlener een man of een vrouw is of dezelfde religie heeft als u?
- 26 Wat voor werk deed u?
- 27 Neemt u alles aan wat uw behandelaar u vertelt of stelt u daar ook vragen over?

E Observaties

Wat was de stemming van de patiënt voorafgaand aan, tijdens en na afloop van het Culturele Interview? Hoe reageerde zij/hij op de vragen? Bij welke vragen speelden er meer emoties? Wat waren de belangrijke momenten tijdens het interview?

F Samenvatting voor de behandelplanbespreking

© 2009 GGZ Drenthe. De auteursrechten van alle tekst berusten bij GGZ Drenthe en zijn wettelijk beschermd. Gehele of gedeeltelijke overname, in welke vorm dan ook, is alléén toegestaan na voorafgaande schriftelijke toestemming van GGZ Drenthe. Neem hierover contact op met het secretariaat van De Evenaar.

Bijlage 5

Het Culturele Interview in de kinder- en jeugdpsychiatrie

Inleiding

Het Culturele Interview in de ouder- en de ontwikkelingsanamnese is bedoeld om een werkrelatie tot stand te brengen met het cliëntsysteem, te komen tot verheldering van de context waarin het kind wordt opgevoed, en na te gaan welke rol relevante derden en herkomst daarin hebben (school, familie, straat, vrienden, etc.).

In het interview worden veel vragen gesteld en in veel culturen is het niet gebruikelijk om veel te vragen zonder er iets voor terug te geven: er wordt een zekere wederkerigheid verwacht. Als die verwachting niet uitkomt, bestaat de mogelijkheid dat de patiënt afhaakt. Ook de verwachting van de patiënt dat 'de dokter' weet wat er met hem of haar aan de hand is, kan daartoe bijdragen. De vragen veronderstellen bovendien een zekere protoprofessionalisering van de patiënt, die bijvoorbeeld het verband moet kunnen zien tussen hoe/wie de ouders zijn en de klachten van het kind.

Het interview vraagt a priori veel vertrouwen, dat echter in het gesprek ook moet worden gewonnen en het is niet altijd mogelijk aan een cultuurgebonden 'witte' inhoud van de vragen te ontkomen. Op zich is dat niet een onoverkomelijk probleem omdat we zoeken naar elementen die verbinden en die onderscheiden, die zich aandienen in de verschillende relaties die aan de orde zijn: binnen het gezin, op school, in de opvoeding, tussen behandelaar en cliëntsysteem, tussen 'oude' en 'nieuwe' cultuur, etc. In het interview zoeken we dus niet naar sjablonen van een cultuur.

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 iemand 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. Heeft u dat gevoel wel eens gehad? (Bij ja: kort laten vertellen. 'De bedoeling is dat we het verder gaan bespreken in dit interview.' Bij 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 uw kind hier zo goed mogelijk willen helpen, is het van belang dat wij iets weten over uw land of cultuur. Dus wat uw leefgewoontes zijn, hoe mensen met elkaar omgaan in uw cultuur, wat ziek zijn betekent, enz. Ik ga u nu een paar vragen stellen over uw cultuur en hoe u tegen de klachten van uw kind aankijkt.'

A Cultureel interview in de ontwikkelingsanamnese

Indien nodig wordt een tolk aangeboden. De keuze voor het inschakelen van een tolk is aan de behandelaar (zie ook de brochure *Wanneer laten tolken? Veldnormen voor de inzet van tolken in de gezondheidszorg* (Pharos 2005)).

Als behandelaar maakt u de inschatting of het verstandig is om eerst de klachtgerichte vragen te stellen (eerst § 1, dan II) of eerst te investeren in het leggen van contact en het opbouwen van vertrouwen (eerst § II, dan I).

I Culturele verklaringen voor de ziekte

Klachten in cultureel perspectief

- U heeft over de klachten van uw kind verteld: hoe noemt u die in uw eigen taal?

Toelichting De formulering van de vragen hoeft niet letterlijk te worden gevolgd. Stem uw vragen af op degenen die u voor u heeft. U stelt vragen die niet vanzelfsprekend zijn en die sommigen niet zomaar tegenover u durven te beantwoorden. Deel de zorg die mensen hebben en zorg dat ze wat te 'halen' hebben.

- Hoe zouden (oudere) mensen in uw land van herkomst deze klachten verklaren?

Toelichting Is er een 'oorspronkelijk' verklaringsmodel en is dat nog relevant voor de ouders.

- Hoe zouden die mensen met deze klachten omgaan?
- Voelt u zich begrepen door uw familie en omgeving met betrekking tot de klachten van uw kind? Hoe kijkt u familie ertegen aan dat u bij ons hulp zoekt? Zijn zij het eens met deze stap?
- Voelt u zich begrepen door hulpverleners hier?
- Welk deel van de behandeling heeft tot nu toe volgens u het beste geholpen?
- Heeft u ook andere vormen van behandeling gezocht die passen bij uw ideeën over de achtergrond van de problemen (geloof, traditionele genezers, etc.)?

II Culturele identiteit van het kind

- Wat is de taal waarmee uw kind is opgegroeid? Sprak hij/zij ook nog een andere taal? Welke taal spreekt hij op school en met vrienden? Welke taal spreekt u

thuis met uw kind? Wie spreekt welke taal met het kind/de kinderen? Hoeveel talen worden er thuis gesproken?

Toelichting Punt van aandacht is: Wanneer wordt welke taal gesproken? Worden verschillende talen door elkaar heen gesproken, en is dit duidelijk afgebakend?

- Volgt en accepteert uw kind dezelfde culturele waarden en normen die u belangrijk vindt? Of is hij/zij veranderd en meer in de Nederlandse cultuur opgegaan? Kunt u daar samen over praten?

Toelichting Dit is een lastige vraag omdat het een beoordeling impliceert van de Nederlandse context. De vraagsteller wordt mogelijk niet als neutraal gezien. Houd er ook rekening mee dat culturen bijna nooit eenduidig zijn. Je wilt weten of dit spanningen oplevert en/of verschillen bespreekbaar zijn.

- Vindt u dat hij/zij goed past in Nederland? Gaat hij met Nederlanders om? Heeft hij Nederlandse vrienden of kennissen? Wat vindt u daarvan?
- Hoe zou hij het vinden om met mij alleen (behandelaar/Hollandse dokter, etc.) te zijn, dat wil zeggen zonder ouders of familieleden. Vindt hij dat gewoon?

Toelichting Bij deze vraag is ook aan de orde of de ouders zelf dit goed vinden en of het gebruikelijk is om dit zo te doen, of dat het een zaak van de familie is. Vaak liggen die zaken niet zo zwart-wit en kan vertrouwen groeien.

B Cultureel interview in de ouderanamnese

I Etniciteit en culturele identiteit

Herkomst

- Kunt u vertellen waar u vandaan komt (geboorteplaats/woonplaats) en hoe u hier in Nederland bent terechtgekomen? Wat was eigenlijk de aanleiding voor u om naar Nederland te komen?
Waar kwamen uw ouders vandaan? Hoe zag uw familie eruit (broers/zussen/grootouder(s)/andere familieleden/ouder/jonger)?
Komt u uit een familie waar ook andere familieleden bij de opvoeding betrokken waren? En hoe stond men bij u tegenover mensen van een andere cultuur of etniciteit?

Toelichting Migratie kan zowel verlies (bijv. van steunsysteem) als ook verrijking betekenen.

- Hoort u tot een bepaalde groep of gemeenschap in uw land van herkomst die anders is dan andere (etnische) groepen? Waar, wanneer en waarin kwam dat

tot uiting? [Bijvoorbeeld: eetgewoonten, respect, familie, feestdagen, eer]. Zijn uw ouders van dezelfde groep?

Toelichting Er is een risico dat uw patiënt denkt dat u negatief tegen zijn/haar cultuur aankijkt.

- Wat is de taal waarmee u bent opgegroeid? Sprak u ook nog een andere taal?
- Spreekt u goed Nederlands?
- Vindt u zichzelf goed passen in Nederland? Gaat u met Nederlanders om (vrienden of kennissen)? Wat voor verschillen en overeenkomsten ziet u in leefwijze en leefgewoonten?

Toelichting Dit kan voor sommigen een confronterende en moeilijk te beantwoorden vraag zijn. Als u inschat dat dit zo is, ga dan niet té direct op uw doel af.

Gezin van herkomst en eigen opvoeding

- Hoe zag uw opvoeding eruit? Kunt u voorbeelden geven?
 - Bent u door uw ouders opgevoed of waren daar ook anderen bij betrokken?
 - Waren er veel of weinig regels waar u zich aan moest houden? (omgeving?)
 - Waren er veel verschillen tussen opvoeding van jongens en meisjes?
 - Was geloof belangrijk in uw opvoeding?

Toelichting Het is niet altijd vanzelfsprekend dat mensen in een kerngezin zijn opgegroeid, maar wellicht in een grootfamilie, waarin taken en verantwoordelijkheden over verschillende lijnen zijn verdeeld.

II Culturele factoren in de psychosociale omgeving

Familie, gemeenschap en buurt

- Heeft u nu contact met mensen die tot uw cultuur horen? Hoe ziet uw familie er nu uit (broers/zussen/grootouder(s)/andere familieleden/ouder/jonger)? Voelt u zich gesteund en begrepen in uw omgeving? Zo ja: hoe belangrijk is dat voor u? Zo nee: zou u dat wel willen?
- Is dat anders dan dat u in uw gemeenschap (land van herkomst) gewend was? Wat mist u daarin?
- Is er iemand anders in uw buurt of in uw familie aan wie u raad of advies vraagt? Bij wie zocht u vroeger raad of hulp?
- Voelt u zich buitengesloten uit de Nederlandse samenleving? Heeft u daar negatieve ervaringen mee? Hoe kijkt u daar tegenaan?

Toelichting De vraag naar ervaringen met discriminatie is aan de orde. Een directe vraag naar ervaringen met discriminatie wordt in de regel ontkennend beantwoord. Daarom wordt naar uitsluiting gevraagd en naar interpretatie.

Geloof en levensbeschouwing

- Bent u gelovig?

Toelichting Bij deze en de vorige vraag wordt gezocht naar de bescherming en de ‘enveloppenment’ die mensen ervaren.

- Wat betekent geloof voor u? Steunt het u/belast het u? Krijgt u steun vanuit de religieuze gemeenschap?
- Op wat voor manier belijdt u uw geloof (kerk/moskee/synagoge? Is dat anders dan in uw herkomstland)?

III Ouderschap

- Voedt u uw kinderen anders op dan u zelf bent opgevoed? Zo ja, hoe anders? Kunt u dat toelichten?

Toelichting Onderzoek hier wie het gezag heeft in de opvoeding.

- Wat wilt u uw kinderen doorgeven van uw eigen opvoeding en cultuur? Kunt u dat uitleggen of kunt u voorbeelden geven?
- Wat doet u als uw kind niet gehoorzaam is? Doet uw partner hetzelfde?

Toelichting Kunt u daarvan een voorbeeld geven?

- Wat vindt u ervan dat uw kinderen in een ander land opgroeien dan uzelf? Verschilt uw opvoeding van datgene wat u weet over opvoeden in Nederland?
- Is de rolverdeling tussen u en uw partner veranderd sinds u in Nederland bent? Zo ja, hoe? Zijn bij de opvoeding nog meer mensen betrokken behalve u?

Toelichting Denk aan de ‘enveloppenment’: hoe en door wie worden beslissingen genomen (bijv. t.a.v. medicijngebruik). Ouders hoeven niet (samen) uit één land te zijn gemigreerd.

- Heeft uw partner dezelfde ideeën over het ouderschap? Hoe zijn de taken verdeeld?
- Heeft u (regelmatig) contact met de school van uw kinderen? Hoe gaat dat?

Toelichting Heeft geen betrekking op schoolprestaties, maar op de kwaliteit van het contact ouder-school.

Toekomst

- Hoe ziet u de toekomst van uw kinderen? Heeft u bepaalde verwachtingen? Wanneer bent u daarover tevreden?

- Hoe geeft u daar invulling aan? Kunt u uw kind voldoende steunen in zijn/haar keuze? Hoeveel mag uw kind daarin zelf bepalen? Zijn er meningsverschillen, en hoe lost u die dan op?

Toelichting Vragen naar invulling kunnen lastig zijn. Ouders kunnen bijvoorbeeld het idee hebben dat u daar een oordeel over velt. Het kan ook zijn dat ze vinden dat het de school is die over de toekomst beslist.

IV Culturele elementen tussen ouder(s) en hulpverlener

- Is het voor u belangrijk dat de hulpverlener waarmee u of uw kind contact heeft een man of een vrouw is of dezelfde religie heeft als u?

Toelichting Dit kunt u in de regel niet oplossen, maar het bespreekbaar maken haalt de angel eruit.

- Kunt u in het Nederlands goed uitleggen wat u bedoelt, of vindt u het gemakkelijker om in uw eigen taal over dit soort zaken te praten met mij?

Toelichting De keuze voor het inschakelen van een tolk is aan de behandelaar. Sommige onderwerpen worden bij voorkeur in de eigen taal besproken, andere onderwerpen juist beter in het Nederlands.

C Observaties

Wat was de stemming van de ouder(s) voorafgaand aan, tijdens en na afloop van het Culturele Interview? Hoe reageerde zij/hij op de vragen? Bij welke vragen speelden er meer emoties? Wat waren de belangrijke momenten tijdens het interview?

In het gesprek is niet alleen de feitelijke informatie van belang, maar ook de waardering die de ouders daaraan geven: bijvoorbeeld niet alleen ‘tot welke groep, of cultuur vindt u dat u behoort’, maar ook ‘hoe belangrijk is dat voor u’? Daarnaast kan worden gevraagd, maar ook de non-verbale signalen zijn belangrijk. Hetzelfde geldt ook het toetsen of de antwoorden voor beide partners in gelijke mate opgaan. Als dat niet zo is, kunt u daarop doorvragen: waar liggen de verschillen, en hoe gaat u daarmee in de praktijk om?

Wat observeert u bij uzelf als behandelaar (culturele overdracht/tegenoverdracht)?

D Samenvatting voor de behandelplanbespreking

© Huub Beijers en Gerdien Tempelman

h.beijers@keefman.nl; g.tempelman@ggzcentraal.nl

Bijlage 6

Het Culturele Interview in de maatschappelijke opvang

Inleiding

Het Culturele Interview Maatschappelijke Opvang is bedoeld om te komen tot verheldering van de betekenis die cultuur, herkomst en migratie gehad hebben in het leven van uw cliënt, en om de werkrelatie te verbeteren die u heeft met uw cliënt. We zoeken in het interview naar de betekenis die cultuur en migratie in positieve en negatieve zin hebben voor:

- 1 het gedrag dat ertoe heeft geleid dat de cliënt in de opvang terecht is gekomen,
- 2 de mogelijkheden om de regie over het eigen leven te hernemen en wat daarvoor nodig is.

In het interview worden veel vragen gesteld en in veel culturen is het niet gebruikelijk om veel te vragen zonder er iets voor terug te geven. Het interview vraagt op voorhand veel vertrouwen, dat echter in het gesprek ook moet worden gewonnen en het is niet altijd mogelijk aan een cultuurgebonden ‘witte’ inhoud van de vragen te ontkomen. Op zich is dat niet een onoverkomelijk probleem omdat we zoeken naar elementen die verbinden en die onderscheiden. Die dienen zich aan in de verschillende relaties die aan de orde zijn: in de opvangvoorziening, met andere cliënten, in het begeleidingscontact, in het contact met andere hulpverleners en in de situatie die uiteindelijk voor ogen staat. In het interview zoeken we dus niet naar eenduidige sjablonen van een cultuur.

De vragen veronderstellen bovendien het vermogen om te reflecteren en dat met aandacht te doen. Dat kunnen niet alle cliënten langdurig.

In onze aanpak sluiten wij aan bij het 8-fasenmodel. Het 8-fasenmodel van MOVISIE (Van Leeuwen-den Dekker & Heineke 2008) is in de maatschappelijke opvang en de vrouwenopvang de meest gebruikte begeleidingsmethode. Het model onderscheidt acht fasen in een individueel begeleidingstraject, elk met specifieke doelen, werkwijzen en instrumenten. Daarnaast worden acht leefgebieden benoemd waarop begeleidingsactiviteiten zich kunnen richten: huisvesting; financiën; sociaal functioneren; psychisch functioneren; zingeving; lichamelijk functioneren; praktisch functioneren; en dagbesteding. De acht levensgebieden die daarin worden onderscheiden hebben wij samengevat in vier ‘domeinen’ waarnaar wij in het Culturele Interview verwijzen. (1) Materiële bestaans voorwaarden; (2) Gezondheidswelbevinden; (3) Samenleven; (4) Betekenisgevend kader.

Uit de intake en de analysefase van het 8-fasenmodel is al veel informatie bekend die we als voorkennis gebruiken. Daarvan maken we een korte samenvatting:

- a** Levensloop (persoonlijke en sociale gegevens, herkomst)
- b** Voorgeschiedenis voor aanmelding bij maatschappelijke opvang: materieel en sociaal
- c** Voorgeschiedenis voor aanmelding bij maatschappelijke opvang: gezondheid
- d** Eerdere contacten met de maatschappelijke opvang en andere hulpverleningsinstellingen
- e** Beloop van eerdere ervaringen met maatschappelijke opvang

Dit CI-mo is ontwikkeld in samenwerking met Centrum Vaartserijn in Utrecht en richt zich op cliënten van de dak- en thuislozenopvang

Introductie

Doel: Uitleg en toonzetting van het interview

‘Naar onze instelling komen mensen die uit allerlei landen afkomstig zijn. In ieder land en in iedere cultuur hebben mensen hun eigen manier van leven. Dit merk je als je eigen land verlaat en in een ander vreemd land gaat wonen, en in contact komt met mensen die er anders uit zien, een andere taal spreken, en zich gedragen en uiten op een andere manier. Soms kunnen we het gevoel krijgen niet begrepen te worden.

Omdat we u hier zo goed mogelijk willen helpen en we ook graag willen dat u zich hier thuis voelt, is het van belang dat wij iets weten over uw eigen land of cultuur. Dus wat uw leefgewoontes zijn, hoe mensen met elkaar omgaan in uw cultuur, en hoe er met uw problemen in uw cultuur zou worden omgegaan....., enz. Ik ga u nu een paar vragen stellen over uw cultuur en de problemen waarmee u te maken heeft.’

Indien nodig wordt een tolk aangeboden. De keuze voor het inschakelen van een tolk is aan de begeleider (zie ook de Pharos-brochure Wanneer laten tolken? Veldnormen voor de inzet van tolken in de gezondheidszorg 2005).

Culturele Interview Maatschappelijke Opvang

A Culturele identiteit

Taal

Levensgebied Samenleven

- Met welke taal bent u opgegroeid? Sprak u ook nog een andere taal?
- Welke taal spreekt u bij voorkeur in het dagelijks leven? [Indien van toepassing: met mensen in uw omgeving zoals familieleden, of vrienden?]
- Kunt u in het Nederlands goed uitleggen wat u bedoelt?

Toelichting De formulering van de vragen hoeft niet letterlijk te worden gevolgd. Stem uw vragen af op degene die u voor u heeft. Bij deze vragen gaat het niet om problemen en verliezen, maar juist om de kracht: houdt dat positieve aspect in het gesprek.

De keuze voor het inschakelen van een tolk is aan de begeleider. Sommige onderwerpen worden bij voorkeur in de eigen taal besproken, andere onderwerpen juist beter in het Nederlands.

Etniciteit en cultuur

Levensgebied Betekenisgevend kader en samenleven

- Hoort u tot een bepaalde (bevolkings)groep in uw land die anders is dan andere (etnische) groepen? Zijn uw ouders van dezelfde groep?

Toelichting Migratie kan zowel verlies (bijv. van steunsysteem) als ook verrijking betekenen.

- Hoe belangrijk is het voor u dat u tot die (bevolkings)groep hoort?
- Heeft u nu contact met mensen uit die (bevolkings)groep of uit uw cultuur?
Zo ja: hoe belangrijk is dat voor u?
Zo nee: zou u dat wel willen?
- Wat maakt deze groep anders dan andere (bevolkings)groepen? Welke gebruiken, opvattingen, positie in de samenleving?

Toelichting Er is een risico dat uw cliënt denkt dat u negatief tegen zijn/haar cultuur aankijkt.

- Wat vindt u het meest belangrijk aan uw cultuur? [Bijvoorbeeld: eetgewoonten, respect, familie, feestdagen, eer]
- Hoe vindt u dat uw cultuur verschilt van Nederlandse gewoontes en opvattingen? Is dat belangrijk voor u?

Toelichting Dit kan voor sommigen een confronterende en moeilijk te beantwoorden vraag zijn. Als u inschat dat dit zo is ga dan niet té direct op uw doel af.

- Vindt u zichzelf goed passen in Nederland? Gaat u met Nederlanders om? Heeft u Nederlandse kennissen?

B Culturele verklaringen voor de problematiek

Gedrag/probleemsituatie in cultureel perspectief

Levensgebied Gezondheid/welbevinden, materiële bestaansvoorwaarden

- U heeft over uw problemen verteld en hoe u hier in de opvang terecht bent gekomen. Komen die problemen in uw land van herkomst ook voor? Zo ja, hoe worden die dan genoemd? Wat zouden mensen in uw land van herkomst van uw situatie vinden, hoe zouden ze die verklaren, en hoe zouden ze ermee omgaan?
- Bij wie zocht u vroeger raad of hulp?
- Er is in uw leven of in de geschiedenis van uw familie sprake van migratie en u heeft veel achter u moeten laten. Nu bent u in deze zorginstelling omdat u een eigen thuis bent kwijtgeraakt. Wat betekent dat voor u? Is er verband tussen beide?
- Voelt u zich begrepen door hulpverleners hier?
- Wat heeft tot nu toe volgens u het beste geholpen? En waar haalt u kracht uit om met het dagelijks leven om te gaan en naar de toekomst te kijken?
- Welke betekenis hebben werk/dagbesteding en een eigen inkomen voor u? Uit wat voor sociaal milieu komt u in uw land van herkomst (indien van toepassing)?
- Wat zijn uw wensen en verwachtingen met betrekking tot wonen en leven in de Nederlandse samenleving? Hoe woonde u in het land van herkomst (indien van toepassing)?

Toelichting Nota bene: u stelt vragen die niet vanzelfsprekend zijn en die sommigen niet zo-
maar tegenover u durven te beantwoorden. Neem hier de tijd voor.

In onze analyse kijken we naar de levensdomeinen (materiële bestaansvoorwaarden, gezondheid).

Als we zoeken naar de variabelen die (gezond) gedrag bepalen, kijken we in de regel naar:

- 1 Persoonlijke variabelen: bijv. niveau van kennis en vaardigheden, taal, cultureel bepaalde overtuigingen en verklaringen, etc. Is er een 'oorspronkelijk' verklaringsmodel en is dat nog relevant voor de situatie hier?
- 2 Interpersoonlijke en sociale factoren die een bepaald gedrag in stand houden, bijv. een te kleine en beperkende leefkring, druk vanuit de geloofsgemeenschap, angst voor de druk van de sociale omgeving.
- 3 Hulpbronnen: Wat is er/mist er in de omgeving om bepaald gedrag te vertonen? Bijv. toegankelijkheid van de gezondheidszorg, een redelijk inkomen, werk, etc.

Migreren betekent huis en haard achterlaten, vrijwillig of gedwongen. In de maatschappelijke opvang terecht komen betekent huis en haard verloren zijn. Is er een relatie tussen het migratie- en het verliesverhaal? Wat is de betekenis van het vlucht- of migratieverhaal voor het leven van de cliënt? (in termen van verlieservaringen, nieuwe mogelijkheden en kansen). Hoe ziet de persoon zijn wensen en mogelijkheden om weer ergens 'neer te strijken'? Wat verwacht de familie in het land van herkomst? (succesverhalen, financiële bijdragen, schaamte, etc.)

Denk wat betreft werk en inkomen ook aan een sociale val waarvan sprake kan zijn na migratie, en ervaring met discriminatie en onderwaardering.

C Culturele factoren in de psychosociale omgeving

Familie en/of gemeenschap

Levensgebied Samenleven

- Heeft u (nog) contact met familieleden of met landgenoten? Praat u met hen over uw situatie?

Toelichting Denk bijvoorbeeld aan het mislukt zijn als migrant en schaamte.

- Is er iemand uit uw eigen omgeving aan wie u raad of advies vraagt?
- Voelt/voelde u zich begrepen door uw omgeving (vrienden, kennissen, burens, etc.) hier in Nederland?
- Heeft u te maken gehad met negatieve, beledigende of misschien discriminerende ervaringen als migrant?

Toelichting Een directe vraag naar ervaringen met discriminatie wordt vaak ontkennend beantwoord. Als dat het geval lijkt, kan worden gevraagd naar buitengesloten voelen, of de mate waarin men aansluiting vindt, en de interpretatie daarvan.

Geloof

Levensgebied Betekenisgevend kader

- Bent u gelovig?

Toelichting Als religie een belangrijk referentiepunt is, en de cliënt zoekt daarin toevlucht, kan het van belang zijn om het contact met een geestelijke actief te ondersteunen en uzelf daarin te verdiepen.

- Bidt u? Gaat u naar een gebedshuis (kerk, moskee, of ander gebedshuis)?
- Is dat anders dan in uw land van herkomst?
- Haalt u steun uit uw geloof? Hoe was dat vroeger?

D Culturele elementen tussen patiënt en hulpverlener/instelling**Levensgebied** Samenleven

- In dit huis wonen we met veel mensen dicht bij elkaar. Zijn er zaken die daarvoor van belang zijn? Bijvoorbeeld wat betreft geloof, eten en drinken, samenleven met mensen van een andere herkomst, mannen en vrouwen, etc. Zijn er groepen waarmee het moeilijk is om samen te leven, of juist positief?
- Is het voor u belangrijk dat uw begeleider een man of een vrouw is, of hetzelfde geloof heeft als u?

Toelichting Dit kunt u in de regel niet oplossen, maar het bespreekbaar maken haalt de angel eruit.

E Observaties

Hoe reageerde de cliënt op de vragen? Wat viel u op? Wat vond hij van het gesprek?

Wat observeert u bij uzelf als behandelaar (culturele overdracht/tegenoverdracht)?

F Samenvatting voor het begeleidingsplan

Appendix bij het Culturele Interview voor de Maatschappelijke Opvang, versie 1.3

Het acht-fasenmodel vertaald naar vier levensdomeinen.

A Materiële bestaansvoorwaarden

Huisvesting

- Soort huisvesting
- Beleving huisvesting
- Verwachtingen

Financiën

- Soort en hoogte inkomen
- Vaste lasten
- Schulden: hoogte en schuldeisers
- Aflossingsregeling/saneringsplan
- Inkomensbeheer
- Inzicht in financiën
- Bestedingspatroon
- Spaarsaldi

B Gezondheid/ welbevinden

Psychisch functioneren

- Emotionele staat van zijn
- Zelfbeeld, zelfwaardering en zelfvertrouwen
- Psychische klachten
- Trauma's
- Psychiatrische problemen
- Psychiatrische diagnose
- Verslaving
- Mate van ziektebesef
- Behandeling

Lichamelijk functioneren

- Gezondheid
- Gezondheidsklachten
- (Chronische) ziekte
- Handicap
- Allergieën
- Zelfzorg
- Medische behandeling
- Hygiëne en zelfzorg
- Beleving eigen gezondheid
- Sport
- Voeding
- Dag-/nachtritme

C Samenleven

Praktisch functioneren

- Nederlandse taal (spreken en schrijven)
- Huishoudelijke zorg
- Computervaardigheden
- Administratieve vaardigheden
- Plannen en organiseren

Sociaal functioneren

- Contacten met familie, kennissen, hulpverleners, medecliënten
- Opvoeding kinderen
- Sociale vaardigheden
- Houding en gedrag in de maatschappij (waarden en normen, wetgeving)
- Intieme relaties
- Seksualiteit
- Conflicthantering

D Betekenisgevend kader**Zingeving**

- Belangrijke waarden en normen
- Persoonlijke drijfveren
- Levensovertuiging
- Geloofsovertuiging
- Zingevende activiteiten
- Rituelen

Dagbesteding

- Vrijwilligerswerk
- Betaald werk
- Hobby's
- Opleiding of cursus

Bijlage 7

Pocket card Parnassia Bavo Groep

Het Culturele Interview – aandachtspunten

Identiteit

- Taal
- (Etnische en sociale) identificatie
- Betrokkenheid bij land van herkomst/migratie
- Uitsluiting en discriminatie
- Kernwaarden (o.a. omgang andere sekse, verwanten, ouderen, geloof)

Verklaringen voor de klachten

- Ziekte-idioom, naam ziekte
- Klachten
- Verklaring
- Betekenis (patiënt, naasten, gemeenschap)
- Gevolgen voor functioneren
- Hulpzoekgedrag (binnen/buitenland, regulier/alternatief)

Psychosociale omgeving

- Sociale steun, sociale stressoren
- Systeem (positie, rol, verwachtingen)
- Gemeenschap/referentiegroep
- Levensbeschouwing
- Acculturatiestrategie

Hulpverleningsrelatie

- Verwachtingen
- Interpretatie van symptomen
- Communicatie, taalvaardigheid, inzet tolk
- Verschillen in etniciteit, status, gender, leeftijd

Observatie en reflectie

- Invloed aanwezigheid verwanten, tolk
- Contactgroei

- Stemming en (non verbale) reacties patiënt
- Impact verhaal patiënt en reacties hulpverlener

Samenvatting voor behandelplanbespreking

- Complicerende factoren in contact
- Relevante contextuele factoren voor diagnose en behandeling
- Aandachtspunten voor verdere hulpverlening

Het culturele interview en de culturele formulering

Het culturele interview is een handreiking om beter inzicht in de leefwereld en culturele achtergrond van de patiënt te krijgen. De belangrijkste gespreksonderwerpen staan op de andere zijde vermeld. Formulering en volgorde van vragen kunnen per situatie verschillend zijn.

Met deze informatie is het denken en handelen van de patiënt beter te plaatsen. Het voorkomt het denken in stereotypen en doet recht aan het unieke van elke patiënt. Het culturele interview helpt een culturele formulering (zie DSM IV) op te stellen met aanbevelingen voor diagnostiek en behandeling. Meer informatie over het culturele interview is te vinden op het intranet van Zorgservice.

De introductie van het culturele interview bij de patiënt

Een goede introductie is van wezenlijk belang. Een voorbeeld:

In onze instelling komen mensen met verschillende achtergronden, gewoonten en leefwijzen. Velen hebben hun wortels buiten Nederland. Er zijn onderling soms grote verschillen. Dat valt mensen vooral op in het contact met anderen, en ook in de hulpverlening. Ze krijgen dan het gevoel niet begrepen te worden. Om u zo goed mogelijk te kunnen helpen, wil ik meer weten over uw leven en achtergrond. Wat uw gewoontes zijn, hoe volgens u mensen met elkaar om moeten gaan, wat ziek zijn voor u betekent. Ik ga u daarom vragen stellen over uw leven en uw klachten.

Acht vuistregels

- Geef de patiënt de gelegenheid om zijn verhaal te doen
- Maak gebruik van een professionele tolk
- Luister zonder oordelen
- Realiseer je: de context kleurt het verhaal van de patiënt
- Toets of jouw beeld van de cultuur voor deze patiënt opgaat
- Ga na hoe anderen over de opvattingen van de patiënt denken
- Informeer hoe anderen in vergelijkbare situaties handelen
- Nodig uit toelichting en voorbeelden te geven

Meer weten? Team Diversiteitsmanagement (souk@parnassiabavogroep.nl).

Bijlage 8

Pocket card Culturele Interview in de kinder- en jeugdpsychiatrie

A Culturele identiteit kind

- talen in het gezin
- etnische groep
- religie
- acculturatie
- jeugd
- verschillen ouder-kind

A Culturele identiteit ouder

- taal
- eigen opvoeding
- religie
- huwelijk
- etnische groep
- acculturatie
- familieverbanden
- man-vrouw verhouding

B Culturele verklaringen voor de klachten

- ziekte-idioom
- betekenis ziekte (kind, familie, referentiegroep)
- naam ziekte
- interpretatie symptomen
- hulpzoekgedrag
- niet-westerse verklaring

C Culturele factoren in de psychosociale omgeving

- ouderschap
- toekomst kind
- ouders op één lijn?
- opvoedingscultuur
- contact met (groot)familie
- contact met culturele referentiegroep
- positie in familie
- sociale steun
- rol religie
- discriminatie

D Culturele elementen tussen ouder/kind en hulpverlener

- verwachtingen cliënt t.a.v. behandelaar
- interpretatieverschillen
- culturele aspecten in overdracht/ tegenoverdracht
- verschil in cultuur/sociale status
- taalverschillen
- zelfreflectie op werkelijkheid

E Observaties

- Stemming en reacties van de ouders vóór, gedurende en na het interview
- Verschillen tussen partners
- Mate van betrokkenheid

F Samenvatting voor de behandelbespreking

- Korte samenvatting voor presentatie in de diagnostiekbespreking

Culturele formulering

De culturele formulering beschrijft de culturele en sociale betekeniswereld van een cliënt(systeem). Omdat de kinder- en jeugdpsychiatrie veelal een systemische werkwijze hanteert, wordt het cultureel interview zoveel mogelijk geïntegreerd in de bestaande intake-instrumenten. Aan de voorzijde zijn de onderdelen van het Cultureel Interview in steekwoorden geformuleerd. De kleuren van de kopjes geven aan in welk onderdeel van de intake het betreffende onderdeel moet worden ingezet:

- **Behorend bij de ouderamnese**
- **Behorend bij de ontwikkelingsamnese**
- **Geldt voor beide instrumenten**

Het interview wordt afgenomen in de intake- en diagnostiekfase vóór de eerste diagnostiekbespreking, in één of meerdere gesprekken. De resultaten worden opgenomen in het EPD in het daarvoor bestemde formulier. Doel is om de cultuursensitieve diagnostiek en behandeling te bevorderen en te komen tot betere afstemming en contact met het cliëntsysteem.

De culturele formulering maakt deel uit van de DSM-IV TR (negende appendix) en is bedoeld voor cliënten en hun systeem waarmee de behandelaar een aanzienlijke interculturele afstand ervaart. Deze formulering geeft geen kant-en-klaar recepten voor behandeling. Culturen zijn veranderlijk, dynamisch en niet uniform. Ze krijgen inkleuring op het niveau van individu en systeem.

De volledige versie van het 'Cultureel Interview' is opgenomen in het patiëntenhandboek van GGZ Centraal en met achterliggende documenten in te zien via intranet.

Interculturele communicatie

Het is van belang het cultureel interview goed te introduceren. De behandelaar legt uit wat de bedoeling is, toetst of dit begrepen is, en vraagt instemming van de ouders.

Een aanzienlijke interculturele afstand kan de communicatie ernstig belasten. Dat is een probleem van zowel behandelaar als cliënt(systeem). Het interview vraagt a priori veel onderling vertrouwen, dat echter in het gesprek ook moet worden gewonnen.

Het is niet altijd mogelijk om aan een cultuurgebonden 'witte' inhoud van de vragen te ontkomen. Op zich is dat echter niet onoverkomelijk, omdat we in het gesprek zoeken naar elementen die verbinden en die onderscheiden, binnen het gezin, op school, in de opvoeding, tussen behandelaar en cliëntsysteem, tus-

sen ‘oude’ en ‘nieuwe’ cultuur etc. In het interview zoeken we dus niet naar sjablonen van een cultuur.

Een gedeelde taal is essentieel voor goede communicatie. Gebruik daarom een professionele tolk waar nodig.

In het interview worden veel vragen gesteld en in veel culturen wordt een zekere wederkerigheid of balans verwacht in vragen en geven. Als die verwachting niet uitkomt kan de patiënt afhaken. Ook de verwachting van de patiënt dat ‘de dokter’ weet wat er aan de hand is, kan daaraan bijdragen. De vragen veronderstellen bovendien een zekere proto- professionalisering van de patiënt, zowel op het terrein van zijn cultuur als op het terrein van de interpretatie van klachten. Dat gaat niet voor iedereen op.

Reflectie op de eigen behandelcultuur en op de vraag hoe uw (dominante) cultuur zich verhoudt tot die van het cliënt(systeem), zijn voorwaarde voor goede communicatie.

Durf de eigen culturele eigenaardigheden onder ogen te zien en blijf je verbazen.

Dit inlegkaartje is ontwikkeld door Gerdien Tempelman (g.tempelman@ggzcentraal.nl) en Huub Beijers (h.beijers@keefman.nl) (april 2009)

Bijlage 9

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.

