

FERDINAND H. THUNG

Geestmodellen en modelgeesten

Verklarende modellen in de transculturele psychiatrie

Twintig jaar geleden ontwikkelde de Amerikaanse psychiater en cultureel antropoloog Kleinman een theorie van de 'Explanatory Models'. Zo'n Verklarend Model (VM) bestaat uit ideeën, opvattingen of theorieën over de oorzaak van de ziekte, het begin van de symptomen, de pathofysiologie en het verloop en de behandeling ervan. Allen die betrokken zijn bij de hulpverlening, de arts of hulpverlener, de patiënt, diens naasten én eventuele 'traditionele' of alternatieve hulpverleners, gaan - meestal zonder het zelf te beseffen - uit van een VM. Naarmate het VM van de behandelaar en dat van de patiënt en diens naasten beter overeenkomen, verloopt de hulpverlening voor beide partijen bevredigender (Kleinman, 1980). Autochtone Nederlanders, vooral de beter opgeleiden uit de hogere en middenklassen, hebben door opleiding en door informatie uit de media en hun omgeving, vaak een VM voor psychiatrische problemen dat lijkt op medische of psychologische VM van de GGZ-professional. Zij zijn, met andere woorden, 'geprotoprofessionaliseerd'. Psycho-educatie, uitleg over de ziekte door de medicus of professional, kan hier naadloos op aansluiten. Een dergelijke protoprofessionalisering heeft bij allochtonen vaak niet of minder plaatsgevonden. De visie op lichaam en geest waar men bij psycho-educatie van uitgaat, spreekt voor hen niet vanzelf.

Het begrip 'protoprofessionalisering' werd gemunt door de Amsterdamse socioloog De Swaan. Hij en zijn medeonderzoekers (Brinkgreve, Onland & De Swaan, 1979) deden in de late jaren zeventig onderzoek in het Amsterdamse Instituut voor Multidisciplinaire Psychotherapie. De clientèle van dat IMP was toen grotendeels hoog opgeleid en goed gesitueerd. Het IMP was echter juist in het leven geroepen omdat psychische problemen bij iedereen zouden kunnen ontstaan, ongeacht sociale herkomst, omdat deze problemen te behandelen waren (met psychotherapie) en omdat iedereen daar

THUNG

De rol van cultuur in de psychiatrie

Het begrip cultuur wordt in de culturele antropologie omschreven als het complex van waarden, normen, gedragsregels, rituelen, symbolen, ideeën en betekenissen dat voor een bepaalde groep mensen richtinggevend is voor hun denken, hun beleving en hun gedrag (Richters, 1996). Meestal zijn mensen zich hun eigen cultuur niet bewust, en zien ze slechts de cultuur van allochtone of andere groepen, voor zover die daarvan afwijkt. Dit 'afwijken' wordt soms ten onrechte als excuus gebruikt voor het falen van de hulpverlening aan allochtonen (Van Dijk, 1989).

Nationale culturele systemen, zoals de Marokkaanse, Turkse of de Nederlandse cultuur, vormen geen afgesloten eenheden: ze zijn onderhevig aan differentiatie en verandering en aan invloeden van omringende culturen. Binnen deze culturen kunnen we verschillende subculturen onderscheiden, die te maken hebben met verschillen tussen man en vrouw, arm en rijk, gelovig en niet-gelovig, hogere en lagere sociale klasse, enzovoorts (Kortmann, 1995). De cultuur van allochtonen is niet gelijk aan de dominante cultuur in hun land van herkomst: migratie brengt er diepgaande veranderingen in teweeg. Immigranten ondergaan onvermijdelijk invloeden van de (al dan niet gedwongen) aanpassing aan de Nederlandse samenleving. Zij komen, net als Nederlanders, op vele manieren in contact met de verschillende (sub)culturele systemen van onze samenleving. Dit laatste geldt natuurlijk ook voor behandelaars in de GGZ. Zowel behandelaar als patiënt zouden we moeten zien als representant van een eigen (sub)cultuur (Finley, 1998). Dit geldt dan ook bij autochtone patiënten. Daarom is het volgens mij nuttig om behandeling te zien als een ontmoeting tussen twee culturen, als een zoektocht naar wegen waarlangs de behandelaar en de GGZ-instelling met hun (professionele) cultuur die van de patiënt en diens directe omgeving kunnen bereiken. Ook de GGZ in Nederland vormt immers een (sub)cultuur, met eigen normen, waarden, gedragsregels en een bepaald jargon (Van Dongen, 1994). Alleen al hierdoor is de 'cultuurkloof' tussen behandelaar en allochtone patiënt meestal groter en kost het meer moeite en tijd om deze te overbruggen. Deze cultuurkloof is vaak tevens groter door verschillen in etnische achtergrond, opleiding, sociaal-economische klasse en het migratieproces (dat de behandelaar meestal niet heeft doorgemaakt).

Gevalsbeschrijvingen

In het onderstaande beschrijf ik twee gevallen waarbij ik - psychiater en systeemtherapeut in een Riagg in een grote stad met een cultureel rijk, maar

GEESTMODELLEN EN MODELGEESTEN

economisch arm verzorgingsgebied - betrokken was. Vervolgens zal ik deze casussen interpreteren aan de hand van de theorie over VM'en.

Ahmed

Ahmed is een 29-jarige, Marokkaanse man zonder psychiatrische voorgeschiedenis. Hij woont sinds acht jaar in Nederland en verricht ongeschoolde arbeid in een fabriek. Zijn ouders, zijn echtgenote en zijn zoon van één jaar wonen in Marokko. Hij wordt verwezen naar de Riagg omdat hij sinds een incident op zijn werk, kort geleden, weinig spreekt en niet slaapt.

Bij de intake denkt men aan een posttraumatische stressstoornis omdat Ahmed zo weinig slaapt, prikkelbaar is en klaagt over nachtmerries. In de volgende contacten met mij, blijkt hij onsamenhangende, paranoïde wanen te hebben. Bovendien lijkt hij te hallucineren en is hij vaak zeer dreigend. Op grond hiervan wordt de diagnose veranderd in een psychotische stoornis - in welk kader is vooralsnog onduidelijk.

Ahmed wordt vergezeld door steeds weer andere familieleden, meestal neven of achterneven. Wie toevallig tijd heeft, komt met hem mee. Deze familieleden verstrekken de informatie en Ahmed laat zich door hen enigszins corrigeren. Sinds het begin van zijn klachten heeft Ahmed niet meer gewerkt en kan hij zelfs niet meer zelfstandig wonen. Hij logeert afwisselend bij verschillende familieleden. Ook heeft hij sinds zijn ziekte geen contact meer met zijn vrouw in Marokko. De familieleden geven verbaal en non-verbaal te kennen dat het geen zin heeft om met Ahmed te praten over zijn achtergrond. Wanneer ik dat toch probeer, blijken ze gelijk te hebben: Ahmed wordt boos en soms fysiek dreigend, zonder duidelijke redenen.

De behandeling behelst voornamelijk medicatie en gesprekken met de familieleden. Omdat het moeilijk is om Ahmed naar de Riagg te krijgen ga ik eens per maand op huisbezoek. De antipsychotica en sederende medicatie die ik hem voorschrijf maken hem, volgens de familie, wel rustiger maar minder psychotisch wordt hij niet. Het verlagen van de sederende medicatie en het verhogen van de antipsychotica leveren geen bijwerkingen op maar ook geen vermindering van de psychotische symptomen. De familieleden benadrukken echter dat ze er iedere dag op toezien dat Ahmed zijn medicijnen inneemt. Als ik een ander antipsychoticum probeer, heeft dat een even pover resultaat. Ik betwijfel of men de informatie over de medicijnen die ik voorschrijf wel begrijpt. Omdat ik geen werking of bijwerkingen waarneem, blijf ik eraan twijfelen of de medicijnen dagelijks worden ingenomen. Daarom stel ik voor om de bloedspiegel te controleren of om Ahmed in te

THUNG

stellen op depotneuroleptica. De familie is ervan overtuigd dat Ahmed dit niet zal accepteren en houdt deze beide opties af. Een voorstel om Ahmed op te laten nemen stuit eveneens op bezwaren van de familie. Zij beleven dit als het in de steek laten van de patiënt; ze willen zo lang mogelijk zelf voor hem zorgen. Ondertussen hebben familieleden een ontmoeting gearrangeerd tussen Ahmed en een islamitisch traditioneel genezer in Brussel: deze zal de geesten (Djunn), waaraan men de aandoening blijkt toe te schrijven, verdrijven. Het arrangeren van een ontmoeting met een bekende traditioneel genezer in Marokko mislukt, doordat Ahmed zich tegen deze reis verzet. Inmiddels zijn er twee jaar verstreken en is het duidelijk dat Ahmed chronisch psychotisch is. Bij de maandelijkse huisbezoeken zie ik weinig resultaat van de onderhoudsbehandeling met antipsychotica. Aangezien ik het idee heb dat mijn behandeling weinig toevoegt aan zijn welzijn of genezing verwijs ik Ahmed, na overleg met de familie (die hier geen bezwaar tegen blijkt te hebben), weer terug naar zijn huisarts.

Rashid

Rashid is een eenendertigjarige gehuwde Turkse man met drie kinderen. Hij woont al veertien jaar in Nederland en heeft, tot hij zes jaar geleden met hoofdpijnklachten in de WAO kwam, gewerkt als vrachtwagenchauffeur. Hij komt naar de Riagg omdat hij al meer dan een maand stemmen hoort van geesten, die hem bedreigen met dood en mishandeling. De conclusie van de acute dienst, die hem als eerste ziet, luidt: 'paranoïde hallucinatoir toestandsbeeld, waarschijnlijk in het kader van schizofrenie'. Er wordt sederende medicatie en een laag gedoseerd antipsychoticum voorgeschreven waarna de klachten korte tijd verminderen maar al snel weer verergeren. De vervolggesprekken die ik met hem voer, vinden plaats in aanwezigheid van zijn echtgenote, Mirriam, die eveneens Turks is en goed Nederlands spreekt. Zij doet het woord, hij zit er verwaasd bij en zegt nauwelijks iets.

In het derde gesprek wordt pas duidelijk hoe de klachten zijn ontstaan: Rashid is lange tijd overspelig geweest, hij heeft de laatste jaren veel verschillende partners gehad die hij kende van cafés en vrienden. Het betrof korte relaties waar hij meteen mee stopte wanneer ze werden ontdekt en Mirriam boos werd. Steeds weer vergaf Mirriam hem, totdat hij een vriendin kreeg met wie hij, ondanks toezeggingen, het contact niet verbrak. Mirriam kreeg zo het idee dat deze vrouw hem betoverd had. Rashid en Mirriam bezochten een 'medium', dat deze betovering in enkele sessies ongedaan maakte. Dit hielp: de relatie met de vriendin werd beëindigd. Sindsdien was Rashid echter 'bezeten' en werd hij

achtervolgd door geesten die hem sloegen en bedreigden. Rashid en Mirriam bezochten daarop een islamitisch genezer, een hodja, die hem een amulet meegaf, een papier met teksten uit de koran dat in een zakje om zijn nek hing. Eerst hielp dit, maar later alleen als Mirriam dit amulet tijdens een aanval door geesten tegen zijn borst drukte. Vanaf het moment dat dit allemaal is verteld, begint Rashid ook actief deel te nemen aan het gesprek. De klachten over geesten blijven echter onverminderd aanwezig. Rashid blijkt de geesten te kunnen oproepen tijdens de gesprekken met mij, waarbij hij ze voor zich ziet en kan horen. Hij kan ze echter niet wegsturen; dat lukt alleen als Mirriam het amulet tegen zijn borst drukt. Ook dit demonstreren ze in een van de zittingen. Aangezien de hallucinaties imponeren als horend bij een trancetoestand, die acuut kan ontstaan maar door middel van een ritueel ook weer acuut kan stoppen, lijkt er eerder sprake van een dissociatieve stoornis dan van een psychose.

Een en ander is echter toch zeer beangstigend voor Rashid. Mirriam en hij dringen sterk aan op meer of andere medicatie. Met grote aarzeling verhoog ik het antipsychoticum. Het effect hiervan is verrassend: na een eenmalige dosis zijn de geesten bijna op slag verdwenen, Rashid stopt na deze inname met alle medicijnen maar de geesten blijven weg. Er volgen gesprekken met Rashid en Mirriam, allereerst om ervoor te zorgen dat de geesten echt weg blijven. Later wil met name Mirriam zekerheid dat Rashid niet opnieuw zal vervallen in overspelig gedrag. Ze zet hem tijdens de gesprekken onder druk en blijkt hem in verbaal opzicht duidelijk de baas. Vervolgens komen de geesten echter terug. Opnieuw kunnen ze pas verdwijnen na medicatie, een ander antipsychoticum, laag gedoseerd, dat Rashid daarna blijft gebruiken.

De therapie duurt in het geheel drie jaar en bestaat uit gesprekken - eerst wekelijks, later eenmaal per drie weken of maandelijks. Ook een zus en een broer worden bij de behandeling betrokken. Verschillende aspecten van hun gezinsleven en voorgeschiedenis komen aan de orde. In deze gesprekken probeer ik mij vooral lerend ten aanzien van hun familiecultuur op te stellen. Bij het verwoorden van hun dilemma's gebruik ik de geesten als hulpmiddel: 'Rashid heeft Mirriam nodig om de geesten te verjagen, het is belangrijk dat hij haar zijn trouw betoont. Als Mirriam echter teveel van hem eist, wordt hij gespannen en daardoor kwetsbaarder voor de geesten.'

Omdat in de laatste fase van de behandeling een aantal zaken nog onduidelijk blijft, neemt ook een Turkse psychotherapeute als co-therapeute deel aan de gesprekken. Later spreekt zij enige malen met Mirriam alleen terwijl ik met Rashid een aantal individuele gesprekken

THUNG

- . voer. Dan blijkt Rashid enige jaren geleden ook eenmalig seksueel te zijn misbruikt. De toedracht hiervan wordt niet helemaal duidelijk en hij wil hier niet al te veel over kwijt.
- . De therapie wordt beëindigd omdat er een zeker evenwicht ontstaat en we niet veel verandering meer verwachten. Rashid heeft nauwelijks meer last van geesten zolang hij het antipsychoticum blijft gebruiken.
- . Stoppen hiermee lukt niet omdat de geesten dan weer terugkomen.
- . Mirriam zet hem minder onder druk en is voorzichtiger geworden.

Discussie

Allochtone patiënten, zoals in deze gevalsbeschrijvingen, houden er vaak een spiritueel of religieus VM op na, waarin geesten of betovering een rol spelen. Vandaar dat ze zich wenden tot religieuze of traditionele genezers. Iets dergelijks zien we overigens soms ook bij autochtone patiënten, bijvoorbeeld bij aanhangers van de Jomanda-beweging.

De VM'en van de GGZ-professionals bevatten impliciet de waarden en normen van deze beroepsgroep, bijvoorbeeld efficiëntie, rationaliteit en individualisme. De professionals staan als het ware model. Hun medische en psychologische VM'en hebben normatieve kracht: GGZ-professionals vertegenwoordigen een maatschappelijk gelegitimeerde institutie.

Welke waren mijn eigen VM'en? Ik ben psychiater en systeemtherapeut. Ik heb dus een psychiatrisch VM, dat uitgaat van een psychiatrische stoornis en hierbij passende therapie terwijl mijn 'systemisch' VM de problemen in een sociaal en relationeel kader plaatst. Hoe doorstonden de 'modelgeesten' waarvan ik onbewust uitga de ontmoeting met Ahmed, Rashid, hun families en hun 'geestmodellen'?

Vanuit psychiatrisch gezichtspunt was Ahmed chronisch psychotisch. Men spreekt ook wel van schizofrenie. Aan deze, door mij gestelde, diagnose hebben Ahmed en zijn familieleden echter niet zo veel gehad. Zeker, de familie verzocht zelf om medicijnen en dit sloot op bepaalde manier aan bij het psychiatrisch model van een psychose. Het gesprek over het doel van deze geneesmiddelen en hoe ze gebruikt moesten worden kwam echter niet echt op gang. Het leek wel of voor de familie, de dokter een middel was tot het verkrijgen van een recept en men pillen wilde zonder tekst. Als gevolg daarvan, zo vermoed ik, werden dat de medicijnen niet volgens voorschrift (dagelijks) ingenomen en hadden ze niet het gewenste anti-psychotische effect. Zelf vroeg ik me soms af of ik nog wel moest doorgaan met het voorschrijven van antipsychotica waarvan ik betwijfelde of ze werden ingenomen. Zou ik, als er iets mis zou gaan, alles wel (bijvoorbeeld tegenover de Inspectie) kunnen

GEESTMODELLEN EN MODELGEESTEN

verantwoordend? Aan de andere kant wilde ik met mijn herhalingsrecepten de familieleden laten merken dat ik ze steunde.

Ook de wens van de familie om de patiënt niet op te laten nemen stelde mij voor een dilemma. Aan de ene kant deed ik mijn best om opname positief aan de familie voor te spiegelen. Tegelijkertijd dacht ik ook aan mijn weinig bemoedigende ervaringen met opnames van psychotische, Marokkaanse mensen in een gesloten afdeling van een APZ. Wederzijds onbegrip leidt daarbij soms tot escalaties die resulteren in repressie of uitstoting. Heeft de familie niet gelijk, dat ze hem niet wil laten opnemen?

535

Bij Ahmed had ik ook twijfels over de kwaliteit van mijn contact met de familie en over de behandelrelatie, waarvan immers nauwelijks sprake was. Maar voor wie was dit een probleem? Was de familie niet gewoon tevreden met een dokter die royaal was met zijn recepten, zodat Ahmed thuis beter te hanteren was? Hadden ze wel behoefte aan een gesprek of aan adviezen over het omgaan met een psychotisch familielid? En kon ik deze familie, waarvan ik zo weinig begreep, daar wel iets over leren? Het geloof in geesten had voor Ahmed's familieleden waarschijnlijk meer betekenis dan mijn VM. Ze wilden veel moeite doen voor het bezoek aan een islamitische genezer: ze waren bereid naar België en Marokko te reizen met een patiënt die prikkelbaar was en die zich overal kon misdragen. Over deze geesten kwam ik echter niet in gesprek met de familie. Het leek wel of er geen verhaal aan vast zat. Wie zou dit verhaal trouwens verteld moeten hebben? Het waren steeds weer andere neven, of achterneven die met Ahmed meekwamen. Het steunsysteem had een 'los zand'-structuur waar ik toen, met mijn systemisch VM, niet zo goed raad mee wist. Het was niet duidelijk of er iemand was die zich persoonlijk verantwoordelijk voelde. Familieleden van de eerste graad ontbraken: ergens ver weg in Marokko waren er ouders, een echtgenote en een kind, over wie ik weinig informatie kreeg. Toch voelde de aanwezige familie zich kennelijk wel collectief verantwoordelijk voor hem en bleef ze voor hem zorgen. Ze koos uitdrukkelijk niet voor de 'makkelijker' oplossing van opname. Het voordeel van de 'los zand'-structuur van het steunsysteem was dat de waarschijnlijk zware last van de dagelijkse zorg voor Ahmed werd verdeeld. Mogelijk maakte dit de tolerantie voor zijn gekte groter. Het was bewonderenswaardig zoals ze deze zeer gestoorde man in hun midden wisten te handhaven.

Bij Rashid en Mirriam kwam ik ook niet zo ver met mijn psychiatrische VM. De diagnose 'psychose' veranderde ik in 'dissociatieve stoornis', maar uiteindelijk bleek toch een onderhoudsdosering antipsychotica nodig. Achteraf bleef ik twijfelen of hier sprake was van een psychologisch of een psychofarmacologisch effect.

THUNG

Met mijn systemisch VM had ik in deze casus meer succes. Rashid en Mirriams geloof in geesten bleek samen te hangen met een hele geschiedenis rond hun huwelijksrelatie. Daarop kon ik aansluiten met een relationeel verklaringsmodel. Hierbij kon ik de geesten zelfs goed gebruiken ter verduidelijking. In de behandeling ontstonden op die manier een gezamenlijk verhaal waarin de klachten betekenis kregen en een Verklarend Model, waarmee Rashid en Mirriam meer greep kregen op de geesten. Zo kon er een therapie op gang komen waarbij het echtpaar zich gesteund en begrepen voelde. Belangrijk hierbij was dat het steunsysteem van Rashid een duidelijke structuur had. Voorop stond de huwelijksrelatie van Rashid en Mirriam; iets verder weg stonden broers en zusters van Rashid die later bij de behandeling konden worden ingeschakeld, als experts in de eigen cultuur. Mirriam, de echtgenote, had een hechte band met Rashid; zij voelde zich persoonlijk verantwoordelijk en ervoer ook de meeste lijdensdruk. Doordat zij met mij, als behandelaar, al snel een band aan ging, deed Rashid hetzelfde: zodra de geesten wat 'uit de lucht' waren, ging hij een behandelrelatie met mij aan. Daardoor kwam ook de informatie op tafel die nodig was om een gezamenlijk VM te creëren, hetgeen vervolgens de therapeutische alliantie weer versterkte.

De behandeling van Ahmed was weinig succesvol, terwijl die van Rashid wel vrij goed op gang kwam. Dit laatste succes vergde echter de nodige experimenten, veel tijd, geduld, overleg met collega's en - in het laatste stadium van de behandeling - de hulp van een Turkse psychotherapeute. Zelf heb ik bij beide behandelingen veel getwijfeld en me ook onzeker gevoeld. Is dit psychiatrisch verantwoord?, vroeg ik vaak af, en: sluit ik wel aan bij deze familie? of: schiet ik niet tekort als mens? Deze laatste soort twijfels hebben in mijn geval wellicht te ook te maken met een persoonlijke 'geest' die ik nog niet expliciet heb vermeld. Ik doel op mijn behoefte om bruggen te slaan tussen culturen en een zekere identificatie met mensen uit andere culturen. Wellicht dat dit ook te maken heeft met mijn eigen multiculturele identiteit: mijn grootvader van vaders zijde is van Chinees-Indonesische komaf, ik heb een Nederlandse moeder en ben getrouwd met Indonesische.

Schrijvend over de eigen onzekerheden realiseer ik me hoe kwetsbaar je bent bij dergelijke 'moeilijke' behandelingen: je wordt onzeker wanneer je niet goed uit de voeten kunt met je eigen VM'en en je als behandelaar af moet wijken van gebaande paden - soms zelfs tegen de regels in moet gaan. Dat is eng en niet altijd zonder risico's: niet iedere GGZ-instelling, niet ieder team, niet iedere collega zal je dat in dank afnemen. Dit maakt veiligheid in een team of organisatie bij hulpverlening aan allochtonen zo cruciaal. Hoeveel ruimte is er om te experimenteren, om protocollen opzij te zetten, om twijfels en onzekerheden te delen?

Slotbeschouwing

Transculturele psychiatrie vergt van de GGZ-behandelaar een bereidheid open te staan, nieuwsgierig te zijn en te leren van de patiënt en diens naasten als informanten en experts in hun eigen (sub)cultuur. Het is bijvoorbeeld belangrijk om je te realiseren dat, wanneer de contacten moeizaam verlopen, dit niet hoeft te betekenen dat de familie niet functioneert als steunsysteem. Het kan immers ook te maken hebben met kenmerken van onze eigen GGZ-cultuur: de nadruk op het verbaliseren, het psychologiseren, het streven naar afspraken en naar een specifieke structuur. Ook migratie, armoede en werkeloosheid kunnen het contact voor de GGZ bemoeilijken.

537

Openstaan en nieuwsgierig zijn is echter niet voldoende. Hiervoor is aandacht nodig voor de VM'en van de patiënt en diens omgeving en de rol van deze in de ziektegeschiedenis. Hoe minder men hier als behandelaar van begrijpt des te belangrijker is het om (naaste) familieleden bij de behandeling te betrekken. Door vanuit zijn eigen VM'en een verbinding te maken met het VM van de patiënt en zijn naastbetrokkenen kan de behandelaar proberen een gezamenlijk VM te ontwikkelen. Als dit lukt, is de basis voor een therapie gelegd.

Eigenlijk is dit idee niet zo nieuw. Contact met het steunsysteem en aandacht voor de beleving van de patiënt en diens eigen ideeën over het probleem of de ziekte, behoren tot het abc van de sociale psychiatrie. Wat is er dan zo anders aan transculturele psychiatrie? Waarom lijken de behandelingen van allochtone patiënten vaak moeizaam te zijn en een aparte aanpak te vergen?

In de eerste plaats hebben deze problemen naar mijn mening meer te maken met de uitgangspunten van de GGZ dan met de allochtoon. Door de VM'en van GGZ-professionals 'modelgeesten' te noemen probeer ik de macht van, en het geloof in deze VM'en aan te duiden. Nog te weinig wordt erkend, dat de theorie en praktijk van de psychiatrische hulpverlening in Nederland gebaseerd zijn op onderzoek en ervaringen met, overwegend autochtone, patiëntenpopulaties in West-Europa en Noord-Amerika (Borra, 1998; Kleinman, 1997). Voor veel andere groepen voert het streven naar uniforme, *evidence based* behandeling te ver. Bovendien zijn de meeste onderzoeken en protocollen die hiervan zijn afgeleid, hoofdzakelijk gerelateerd aan een specifieke psychiatrische diagnose. Ik hoop met duidelijk te hebben gemaakt met zo'n diagnose alleen niet kan worden volstaan. Juist de context, en de eigen cultuur, vooral de VM'en (van zowel de behandelaar als de patiënt) zijn vaak van groot belang. In een recente klinische les illustreerden R. van de Zwaard e.a. (2000) het tekortschieten van het psychiatrisch classificatiesysteem DSM-IV, en benadrukten zij het belang van aansluiten bij het verklaringsmodel van de patiënt.

THUNG

Om het bovenstaande op meer *evidence* te baseren zou ik willen pleiten voor onderzoek in de psychiatrie waarbij de (sub)culturen van de behandelaar zowel als van de patiënt worden geanalyseerd. Dergelijke terreinen zijn onderzoekbaar met kwalitatieve onderzoeksmethoden (Baarda, 1997; De Jong, 1994). Kwalitatief onderzoek geniet helaas nog weinig bekendheid (Wolffers, 1995). Psychiaters kunnen wat dit betreft veel leren van de onderzoekstraditie in het culturele-antropologie onderzoek. GGZ-onderzoekers zouden veel meer moeten samenwerken met antropologen en sociologen.

In de tweede plaats: juist omdat onze VM'en gebrekkig aansluiten, kosten behandelingen van allochtonen meer tijd en moeite en is hun verloop minder voorspelbaar. Hulpverleners voelen zich daardoor minder veilig, mede als gevolg van de grote nadruk vanuit de GGZ op efficiëntie (dus minder tijd) en op uniformering en protocollering (en dus op voorspelbaarheid). Behandelaars komen daardoor in een onveilige *double bind*-situatie: ofwel ze doen hun allochtone patiënten tekort, of ze wijken af van de structuur of cultuur binnen de instelling. Overigens is het nuttig om in te zien dat er sprake is van een parallelproces. De allochtone patiënt wijkt vaak af van de verwachtingen die behandelaars doorgaans van patiënten hebben en zal dit ook zelf merken. Deze patiënten voelen zich dan onzeker en laten niet gemakkelijk het achterste van hun tong zien.

Door de snelle veranderingen in de hulpverlening (de vele fusies en andere reorganisaties, bijvoorbeeld) is de GGZ ook in andere opzichten minder veilig geworden voor hen die daar werkzaam zijn. Ook de conflicten waarmee die reorganisaties soms gepaard gaan dragen hieraan bij. Dit alles heeft vooral nadelige gevolgen voor patiënten die niet in het gewone stramien passen: allochtone patiënten, maar ook 'zorgwekkende zorgmijders', de grensoverschrijdende automutilanten, de 'dubbele diagnoses' kosten meer tijd en ook hun behandeling is minder voorspelbaar. We zien dat voor al deze 'speciale' groepen weer nieuwe programma's, deskundigheden en deskundigen worden ontwikkeld. Daar is niets op tegen zolang we beseffen dat het bij al deze 'anderen' aankomt op tijdrovend ambachtswerk: boeiend maar moeizaam en op het individuele geval toegesneden. Hierbij heeft de behandelaar, behalve werkplezier, tijd en deskundigheid, vooral zijn eigen persoon(lijkheid) nodig en daarbij ook deskundigheid over zijn of haar eigen persoon. Met dit laatste bedoel ik bewustheid van de eigen cultuur en de eigen emoties en van het krachtenspel waaraan deze onderhevig zijn als gevolg van de eigen positie in de behandelrelatie en in de instelling. 'Behandelaarskenmerken' hebben, of we dat willen of niet, veel invloed op de psychiatrische behandelpraktijk. In behandelingen, onderzoek, protocollen, beleidsnota's en publicaties, worden zij echter naar mijn indruk onderbelicht. Over de vraag hoe, hoe vaak en hoe persoonlijk deze kenmerken besproken en beschreven zouden moeten worden

GEESTMODELLEN EN MODELGEESTEN

kan men van mening verschillen. Vooral transculturele psychiatrie kan het niet stellen zonder dit soort zelfonderzoek: een cultureel-antropologische benadering van de eigen (sub)cultuur die gepaard gaat met zelfrelativering, kwetsbaarheid en openheid.

☞

539

THUNG

Literatuur

- Baarda, D.B., M.P.M. de Goede & J. Teunissen (1997) *Kwalitatief onderzoek. Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Houten: Educatieve Partners Nederland.
- Borra R. (1998) Cultuur en DSM-IV. Kritische kanttekeningen bij de transculturele psychiatrische diagnostiek. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 53, 1086-1102.
- Brinkgreve, C., J.H. Onland & A. de Swaan (1979). *Sociologie van de psychotherapie 1. De opkomst van het psychotherapeutisch bedrijf*. Utrecht/Antwerpen: Spectrum.
- Dongen, E. van (1994). *Zwerfers, knutselaars, strategen. Gesprekken met psychotische mensen*. Amsterdam: Thesis.
- Dijk, R. van (1989) Cultuur als excuus voor falende hulpverlening. *Medische antropologie*, 1 (2), 131-143.
- Finley, L.Y. (1998). The cultural context : Families coping with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28 (3), 230-239.
- Jong, J.T.V.M. de (1994 a) Veelkleurigheid in de AGGZ: doelstellingen en kwaliteitstoetsing van de interculturalisatie. *Nederlands Tijdschrift voor Psychiatrie*, 36 (1), 32-49.
- Jong, J.T.V.M. de (1994 b) Een kwalitatief model voor etnopsychiatrisch onderzoek onder 'Vreemde Zielen'. *Nederlands Tijdschrift voor Psychiatrie*, 36, 66-79.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.
- Kleinman, A. (1995). *Writing at the margin. Discourse between anthropology and medicine*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.
- Kleinman, A., & A. Cohen (1997). Psychiatry's global challenge. An evolving crisis in the developing world signals the need for a better understanding of the links between culture and mental disorders. *Scientific American*, 3, 86-89.
- Kortmann, F. (1995). Psychotherapie met anderen. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 21 (5), 339-345.
- Richters, J.M. (1991). Hoofdstuk 7. Het etnomedische model II: Mogelijkheden en beperkingen van toepassing in klinische praktijken en in onderzoek. In: Richters, J.M., *De medisch antropoloog als verteller en vertaler*. Heemstede: Smart, 192-224.
- Richters, J.M. (1996). Medische en psychiatrische antropologie: Een terreinverkenning. In: J. de Jong & M. van de Berg, *Transculturele psychiatrie en psychotherapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Wolffers, I. (1995). Kwalitatieve benaderingen in het medisch onderzoek. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 139 (49), 2580-2583.
- Zwaard, R. van der, R.A.M. Feijen & L.F.M. van der Post (2000). Waarnemingsstoornissen bij een Turkse vrouw: hallucinaties of pseudo-hallucinaties? . *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 144, 16, 729-732.

Summary

Thung, F.H.

Models of mind and spirits.

This article, in which two case studies of a Moroccan and a Turkish immigrant to the Netherlands are discussed, analyses the role of culture in psychiatric treatment. The author stresses the importance of differences in the explanatory models (EM's see Kleinman, 1980) of the patient and his family on the one hand and the doctor/therapist on the other. EM's are ideas and explanations concerning the cause, the course and the therapy of a disease or a problem. Differences in EM's can also play a role in the treatment of native (Dutch) patients. Another important factor is the contact between the family support system and the doctor/therapist. Not only the culture of the patients, but also the culture of the mental health system and the individual caregiver, play a role in the (in)ability to bridge the gap in EM's and to relate to the patient and his family.

Personalia

Drs F.H. Thung (1955), psychiater en systeemtherapeut, is verbonden aan het Delta Psychiatrisch Ziekenhuis en werkzaam in het Delta Multifunctioneel Centrum Rotterdam-Zuid. Hij heeft ruim zeven jaar ervaring met het behandelen van allochtone patiënten in een sociaal-psychiatrische setting. Momenteel doet hij, met drs L. Oliemeulen, medisch antropologe, vergelijkend exploratief onderzoek naar de ambulante behandeling van allochtone en autochtone chronisch psychotische patiënten. Adres: Delta Psychiatrisch Ziekenhuis, Postbus 800, 3170 DZ Poortugaal.