

## **Psychose in context**

*Verslag van het symposium 'Subjectief welbevinden bij psychotische patiënten in transcultureel perspectief', Artis Congres & Party Centrum in Amsterdam, op 2 december 2004.*

(In verkorte versie gepubliceerd in *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 60(7/8), 2005: pagina's 767-770.)

Het uitgangspunt van dit symposium was de constatering dat de sociaal-culturele omgeving van patiënten een grote invloed heeft op hun ziektebeleving en hulpzoekgedrag. Voor een werkbare therapeutische relatie tussen hulpverlener en patiënt is het daarom noodzakelijk kennis te nemen van sociaal-culturele factoren. Dit is ook van belang om therapeutische interventies te laten aansluiten bij de belevingswereld van patiënten en hun naasten, hetgeen de effectiviteit ten goede komt.

Dit alles geldt in het bijzonder voor ziekten, waarbij de beleving van de werkelijkheid is aangetast. Op het symposium stond daarom de 'psychose' als ziektebeeld centraal. Verstoringen van de werkelijkheidsbeleving, zoals in het geval van psychoses, lenen zich voor uiteenlopende medische, sociaal-culturele en religieuze interpretaties.

Soms refererend aan hun eigen specifieke 'culturele' achtergronden belichtten de diverse sprekers op het symposium uiteenlopende aspecten van genoemde thematiek. B. Schreuder (hoogleraar, psychiater en voorzitter van de Raad van Bestuur van de Meerkanten, GGZ Flevo-Veluwe) was de middagvoorzitter.

### **De hulpverlener als (cultureel) vertaler**

D. Vianu, psychiater AMC/De Meren, opende de rij sprekers. Zij ging nader in op het centrale begrip 'cultuur' en werkte dit uit in een conceptueel kader. In navolging van de fenomenologisch georiënteerde sociologen Berger en Luckmann omschreef zij cultuur als 'een door mensen gecreëerde werkelijkheid'. Mensen creëren cultuur via tekens, waarin betekenissen vervat liggen. Omgekeerd geldt dat de door mensen gecreëerde werkelijkheid (cultuur) mensen via socialisatie beïnvloedt en bepaalt.

Vianu stelde vervolgens dat de psychotische mens nieuwe tekens en dus een nieuwe eigen werkelijkheid creëert, waardoor hij of zij de bestaande culturele/maatschappelijke werkelijkheid verlaat. In het therapeutische proces tracht de hulpverlener de eigen tekens van de psychotische patiënt te vertalen naar de culturele werkelijkheid. De transculturele hulpverlener geldt in dit verband als een 'dubbele vertaler', omdat hij te maken heeft met patiënten die in een andere culturele setting zijn gesocialiseerd en daarbij tevens hun eigen individuele werkelijkheid creëren. Dit vergt van de hulpverlener enerzijds een vertaling van de eigen tekens van de patiënt naar de culturele werkelijkheid waarin hij is opgegroeid en anderzijds een omzetting van tekens uit de ene cultuur naar de andere.

### **Inschakeling traditionele genezers**

K. Gokoel (beleidspsychiater Altrecht) beschreef de manieren waarop in kringen van Surinaamse hindoestanen naar psychotische belevingen wordt gekeken. Belangrijke sociaal-culturele aspecten van bedoelde gemeenschap is het geloof in God en geesten alsook het taboe dat rust op een gang naar de GGZ. Aan de hand van twee casussen illustreerde Gokoel hoezeer het van belang is om het verklaringsmodel van de patiënt te achterhalen en in de behandeling te betrekken. In de eerste casus - waarbij Gokoel om consultatie was gevraagd - bleek het bij nadere beschouwing niet om een psychose te gaan (zoals aanvankelijk gedacht), maar eerder om affectieve, sociale en communicatieve problemen. In de tweede casus - uit de praktijk van Gokoel - bleek het wel om een psychose te gaan. Maar om de betrokken patiënt

bereid de krijgen tot het gebruiken van medicatie bleek het zinvol om een 'pandit' (hindoe-priester en soms kenner van bovennatuurlijke ziekteoorzaken) bij de behandeling te betrekken. Dit laatste riep vanuit de zaal de vraag op hoe hulpverleners kunnen weten welke pandit betrouwbaar is en welke niet. Volgens Gokoel weet men dat in de gemeenschap het beste.

S. Sidali (psychiater Bascule) stelde dat de anamnese is te vergelijken met het verkennen van een landschap. Voor 'veel' Marokkanen bestaat hun 'sociaal-culturele landschap' uit het islamitisch volksgeloof. Het betreft hier een complex van ideeën, betekenissen en handelingen, die gebaseerd zijn op de koran, de 'hadith' (opgetekende verhalen over uitspraken en daden van de Profeet Mohammed) en aspecten van bijvoorbeeld de humoraal pathologie. In het volksgeloof in islamitische samenlevingen onderscheidt men drie bovennatuurlijke ziekteoorzaken: zwarte magie ('suhur'), het boze oog ('l'ain') en geesten ('dzjenoun').

Sidali beschreef ook welke rijke schakering aan termen Marokkanen hanteren inzake 'psychische' problemen. Enkele voorbeelden zijn: 'meskûn' (bezeten door een geest), 'medrûb' (geslagen door een geest), 'mekhtûf' (teruggetrokken), 'mesha' (verward en somberheid). Dergelijke ziektebeelden zijn van belang voor de therapieën die traditionele genezers toepassen.

Vanuit een 'westerse' (biomedische) optiek redenerend, zo hield Sidali zijn gehoor voor, zijn genoemde bovennatuurlijke ziekteoorzaken 'psychodynamisch' te interpreteren. Zo kan een 'djinn' (geest) gelden als 'excuus' voor homoseksualiteit en als reden voor het gegeven dat iemand niet wil trouwen. Het boze oog wordt geassocieerd met afgunst en leidt tot bescheidenheid. Magie wordt dikwijls geassocieerd met vrouwen, die daarmee een manier hebben om macht te verkrijgen in een wereld die wordt gedomineerd door mannen.

Sidali wees er ook op dat men zo ongeveer vanaf de achtste eeuw in de islamitische wereld psychiatrische zorg is gaan praktiseren in ziekenhuizen (de zogenaamde 'mâristans').<sup>1</sup> Daarnaast bieden mystieke broederschappen van oudsher allerlei therapieën aan om geesten ('dzjenoun') uit te drijven dan wel gunstig te stemmen.

Evenals Gokoel illustreerde Sidali aan de hand van een casus hoezeer het inschakelen van een traditionele genezer (de zogenoemde 'fqih') functioneel kan zijn om een 'reguliere' therapie van de grond te krijgen.

### **IBS of ritueel?**

E. Lamptey (sociaal psychiatrisch verpleegkundige AMC/De Meren) stelde de vraag centraal hoe ver je als GGZ-hulpverlener mee kunt en moet gaan in de belevingswereld van een patiënt. Het antwoord gaf hij door een casus van een Ghanese vrouw te beschrijven. Zij is een alleenstaande moeder met twee kinderen, uitkeringsgerechtigd en sinds 1996 in contact met de GGZ in verband met akoestische en visuele hallucinaties. Tot aan het voorjaar van 2004 bestond de behandeling uit medicatie (antipsychotica en antidepressiva), steunende en structurerende gesprekken én het gebruik van kruiden, die de vrouw zelf uit Ghana liet overkomen.

In februari 2004 kreeg de vrouw een ernstige terugval, die Lamptey omschreef als 'psychotische decompensatie met akoestische hallucinaties'. De vrouw vertelde hem dat zij ineens gezichten van overleden mensen en ook apen zag, die haar sloegen. Tevens kreeg zij boodschappen via de televisie. Ze sliep slecht uit angst vermoord te worden. Volgens haar had dit alles te maken met het feit dat zij 'Queen Mother' was. Om haar problemen op te kunnen lossen wilde zij naar Ghana om aldaar een ritueel te verrichten.

De vraag op dat moment was wat de behandelend psychiater en de verpleegkundige zouden moeten doen: IBS?, toestemming geven om naar Ghana te gaan?

Bij de beantwoording van deze vragen blijkt informatie over de sociaal-culturele context van belang, die Lamptey de aanwezigen vervolgens gaf. De vrouw blijkt te behoren tot de

Ashanti, de grootste bevolkingsgroep in Ghana. Het betreft hier een gemeenschap met een matriarchaal karakter en waarin de zogenoemde ‘Queen Mother’ een belangrijke rol speelt bij het benoemen van dorpschouwen. Deze Queen Mothers hebben een speciale stoel, die geldt als symbool van de macht.

Bedoelde patiënte bleek de rol van Queen Mother op haar 26e op zich te hebben genomen. In kringen van Ghanezen in Amsterdam Zuidoost was dit ook bekend. Zij bleek ook daadwerkelijk in het bezit van ‘de stoel’. In haar visie had zij verzuimd bepaalde rituelen op tijd uit te voeren, waardoor zij geacht werd de stoel ritueel terug te geven. Vandaar dat zij ter rituele afsluiting naar Ghana wilde gaan om de stoel af te staan.

Uiteindelijk heeft het behandelteam de vrouw een depot gegeven en haar naar Ghana laten gaan. Volgens Lamptey was de combinatie van een westerse en een cultuurspecifieke (Ghanese) aanpak in dit geval de beste remedie, omdat de vrouw ervan overtuigd was dat zij zonder bedoelde rituele afsluiting niet zou genezen. In een door Lamptey vertoond videofragment deelde de vrouw mee dat medicatie slechts een deel van haar problemen zou wegnemen, maar niet alles.

De vrouw is uiteindelijk naar Ghana gegaan en heeft de stoel teruggebracht. Momenteel wordt zij weer behandeld met antipsychotica en antidepressiva. Volgens Lamptey is het horen van stemmen inmiddels verminderd, hetgeen naar zijn inzicht te wijten was aan ‘stressreductie’, die bereikt is door bedoeld ritueel.

### **Betrekken van familie bij behandeling**

Z. Erkut (psychiater in opleiding AMC/De Meren) wees er aan het begin van zijn lezing op dat hij veel herkende in de verhalen van respectievelijk Gokoel en Sidali. Volgens hem had dat te maken met de nog altijd herkenbare Aziatische en Arabische culturele invloeden in Turkije.

Vervolgens hield hij een pleidooi voor de Cultural Formulation of Diagnosis, die omschreven kan worden als een poging om de DSM IV bruikbaar te maken voor psychiatrische patiënten met verschillende sociaal-culturele achtergronden.<sup>2</sup> Het belang daarvan illustreerde hij aan de hand van een beschouwing over de situatie van Turken in Nederland. Daarbij wees hij enerzijds op de interne heterogeniteit van de Turkse gemeenschap en anderzijds op een aantal belangrijke basisgegevens in de Turkse cultuur. Zo is het individu ondergeschikt aan zijn familie en de gemeenschap. Men kent sterke sociale netwerken en sociale controle. Dit laatste is vooral van belang voor het hulpzoekgedrag in geval van bijvoorbeeld psychotisch denken en handelen. In zulke situaties probeert de familie zelf koste wat het kost een oplossing te zoeken en stelt men zich als familie en gemeenschap gesloten op als een instantie (GGZ) van buitenaf probeert te interveniëren. Dit mechanisme geldt volgens Erkut nog sterker voor Turken in Nederland dan voor Turken in Turkije, omdat migrantengemeenschappen een extra neiging hebben zich in geval van interne problemen te isoleren.

Het devies van Erkut voor GGZ-hulpverleners is dat zij proberen in te voegen in de visie van de Turkse familie maar dat zij ook oog houden voor de belangen van de individuele patiënt (inzake de dominante rol van de familie).

Tot besluit ging Erkut in op de onderzoeksbevindingen van Selten, die constateert dat Turken relatief minder hoog scoren qua incidentie van psychose en schizofrenie. De verklaring die hier soms voor wordt gegeven – namelijk de hechte familiebanden en het relatief lage druggebruik onder Turken – zei Erkut niet te kunnen onderschrijven. Hij wees er op dat de gevonden gegevens van Selten niet zonder meer geldig zijn, omdat het een klinische studie betrof en geen veldonderzoek.

### **Beargumenteed afwijken van protocollen en richtlijnen**

V. Artist (psychiater en leider zorgprogramma psychotische stoornissen AMC/De Meren) was de laatste spreker. Hij bereidde zijn lezing openlijk voor met een ritueel, waarbij hij water uit een glas op het podium liet vallen. Voor Surinamers is dit een gebruikelijke manier om God de Schepper te vragen om een goede afloop van een voorgenomen handeling.

In zijn lezing legde Artist allereerst de nadruk op een nadere omschrijving van hetgeen schizofrenie voor betrokken patiënten impliceert. Naast 'objectieve' maten voor een 'slechte kwaliteit van leven' (qua opleiding, werk, familie, relaties, huisvesting) is er ook de 'subjectieve' ('belevings-')component, die veel moeilijker in kaart is te brengen. We zien hier een potentieel conflict tussen de wetenschappelijke 'objectieve' traditie en de begrijpende/empathische 'subjectieve' traditie.

Voor het laatste is in het geval van AfroSurinamers hun specifieke sociaal-culturele context van belang. Het gaat hier om een complex, waarin elementen als slavernijverleden, grootfamilie, winti en migratie een belangrijke rol spelen. Ook Artist wees op de therapeutische betekenis van het streven naar overeenstemming tussen het verklaringsmodel van de patiënt en dat van de GGZ-hulpverlener.

Aan het slot van zijn lezing ging Artist in op het inmiddels klassieke vraagstuk van de integratie van 'traditionele-' (winti) en 'moderne' (biomedische) geneeswijzen. Biomedische therapieën omschreef hij als 'evidence based', dat wil zeggen 'wetenschappelijk controleerbaar en objectief'. Traditionele geneeswijzen noemde Artist 'practice based', ofwel 'subjectief en nog niet toetsbaar'.

Als oplossing voor dit vraagstuk stelde Artist het 'consensusmodel' voor. Dat wil zeggen dat indien hulpverleners constateren dat een evidence based aanpak voor een bepaalde patiënt niet werkt zij kunnen proberen een 'traditionele' genezer in te schakelen. Voorwaarde is dan wel dat men dit moet beargumenteren zowel naar de GGZ-achterban als wel naar de omgeving van de patiënt. Artist vindt dat dit 'beargumenteerd afwijken van protocollen en richtlijnen' tot kunst verheven moet worden.

### **Meerwaarde van het symposium**

De thematiek die op het symposium aan de orde werd gesteld is niet nieuw. Er zijn bijvoorbeeld al diverse congressen en studiebijeenkomsten gewijd aan de mogelijke betekenis van winti-geneeswijzen voor AfroSurinaamse psychotische patiënten alsook aan de vraag of reguliere hulpverleners samenwerking moeten en kunnen nastreven met bonumannen (wintigenezers). Hetzelfde geldt voor de betekenis van islamitische gebedsgenezers voor Marokkaanse en Turkse patiënten.

Desondanks had dit symposium een duidelijke meerwaarde in een aantal opzichten. Ten eerste was het methodologisch van belang dat Vianu haar inleidende conceptuele kader baseerde op een dynamische visie op cultuur. Dit impliceert namelijk dat men een menselijk individu niet alleen ziet als een produkt van de cultuur waarin hij is opgegroeid, maar ook oog heeft voor het gegeven dat een individu mede zelf vorm geeft aan zijn cultuur. Daarmee wordt het denken en handelen van een allochtone patiënt niet louter vereenzelvigd met zijn culturele achtergronden maar ook gekoppeld aan de veranderingen die zijn culturele opvattingen ondergaan. Met name in migratiesituaties is dit van belang. Een dergelijke dynamische visie op cultuur impliceert dat de hulpverlener in zijn contact met een allochtone patiënt open staat voor zowel belangrijke sociaal-culturele factoren alsook de individuele interpretaties en beleving daarvan.

Ten tweede was het intrigerend dat men zich op het symposium niet beperkte tot één allochtone culturele groepering en de daarin vigerende visies op psychische ziektebeelden, maar juist meerdere culturele varianten belichtte. Het was overigens nog interessanter geweest indien men ook één of enkele specifieke autochtone (sub)culturele interpretaties van het ziektebeeld psychose had laten beschrijven. Zo had men bijvoorbeeld exorcisme in de

rooms-katholieke kerk aan de orde kunnen stellen of esoterische visies op psychotisch denken en handelen.<sup>3</sup>

Ten slotte was met name de bijdrage van Artist interessant, omdat hij expliciet aandacht besteedde aan de vraag hoe ‘cultuurspecifieke’ visies en handelingen te combineren zijn met de biomedische wetenschappelijke traditie. In deze tijd van streven naar ‘evidence based medicine’ toonde hij zich er van bewust dat hulpverleners die zich inlaten met het werk van traditionele genezers afwijken van de wetenschappelijke standaarden en protocollen. Hij zocht de oplossing in een pleidooi om dat ‘afwijken’ gedegen te beargumenteren en te onderbouwen, zodat collega’s alsook leken kunnen controleren wat men denkt en doet. Zijn pleidooi om dit laatste tot kunst te verheffen verdient nadere studie en navolging.

Overigens is het wel de vraag of dit laatste ook daadwerkelijk zal gebeuren. Want het streven van Artist is op zich niet nieuw. Met het noemen van het begrip ‘evidence based’ werken sluit hij weliswaar aan bij de gangbare terminologie in de reguliere zorg van vandaag de dag. Maar in de thematiek en dilemma’s die hij aan de orde stelt klinkt een oude discussie door, die zo’n vijftien jaar geleden werd gevoerd in termen van ‘universalisme’ versus ‘particularisme’. Ook toen is getracht de tegenstelling tussen beide benaderingen op te heffen, maar daar is vervolgens weinig meer van vernomen.<sup>4</sup> Desondanks is het streven van Artist naar ‘beargumenteerd’ afwijken van standaarden de moeite van het onderzoeken waard. Het kan namelijk betekenen dat er een methode kan worden gevonden om het ‘afwijkende’ via wetenschappelijk onderbouwde experimenten een evidence basis te verschaffen. Daarmee zou het tot een standaard verheven kunnen worden en een legitieme plek in de GGZ kunnen verkrijgen. Het zou de richting kunnen wijzen naar een oplossing voor het probleem dat Kortmann – hoogleraar transculturele psychiatrie – in een interview als volgt omschreef: *‘Als je sterk evidence based denkt, dan denk je misschien dat je de wijsheid in pacht hebt, maar dat is slechts ten dele zo. Het zegt niets over hoe je de patiënt moet benaderen, terwijl dat steeds belangrijker wordt. Dat geldt voor allochtone én autochtone patiënten’.*<sup>5</sup>

Cor Hoffer

Cultureel antropoloog en socioloog, GGZ Groep Europort

### Literatuurverwijzingen

Borra, R, R. van Dijk & H. Rohlof (red.)

2002 *Cultuur, classificatie en diagnose. Cultuursensitief werken met de DSM-IV.*  
Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum

Dam, C.

2003 “‘Als we blijven falen richten migranten hun eigen voorzieningen op.’  
Interview met Frank Kortmann.’ *Psy*, 7(4):18-22.

Hak, D & L.G. Jansma (red.)

2003 Sociale Wetenschappen, themanummer *Genezing door de geest*, 46(2).

Hoffer, C.

2000 *Volks geloof en religieuze geneeswijzen onder moslims in Nederland.* (Dissertatie.).  
Leiden: Universiteit Leiden.

Jong, J.T.V.M. de & R.J.M. Wesenbeek

1992 *Ver-vreemd of vreemdeling. Naar een interculturele geestelijke gezondheidszorg in Nederland.* Amsterdam: Koninklijk Instituut voor de Tropen.

<sup>1</sup> Hoffer 2000: 74-76.

<sup>2</sup> Borra, van Dijk & Rohlof 2002.

<sup>3</sup> Zie bijvoorbeeld: Hak & Jansma 2003.

<sup>4</sup> Zie bijvoorbeeld: De Jong & Wesenbeek 1992.

<sup>5</sup> Dam 2003.