

## PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/25763>

Please be advised that this information was generated on 2019-04-20 and may be subject to change.

*Empathie voor het vreemde**Omgaan met psychopathologie van mensen uit een andere cultuur*

De introductie van de derde editie van de DSM in 1980 heeft de belangstelling voor psychiatrische diagnostiek nieuw leven ingeblazen. Maar deze hernieuwde aandacht is niet helemaal gegaan in de richting die de auteurs met dit systeem voor ogen hadden. In hun inleiding waarschuwen zij de gebruiker: 'In the "DSM-III" there is no assumption that each mental disorder is a discrete entity with sharp boundaries between it and other mental disorders, as well as between it and No Mental Disorder' (APA, 1980). Hun stond een beschrijvende, polythetische benadering van psychopathologie voor ogen. Ondanks hun waarschuwing zijn er sinds 1980 twee nieuwe edities van de DSM uitgekomen met enerzijds de toevoeging van 'nieuwe' DSM-ziekten en anderzijds het weglaten van 'bestaande' ziekten of het wijzigen van de criteria ervoor. De psychiatrie denkt tegenwoordig sterk in termen van ziekte-entiteiten, met de DSM als de onfeilbare handleiding bij het determineren ervan. Zo stellen Kaplan en Sadock (1994) in hun 'Synopsis of psychiatry' dat 15 procent van alle mensen op de wereld ooit in zijn leven te maken krijgt met een depressie. Zo'n uitspraak wekt de suggestie dat een depressie een op zichzelf staande ziekte is die in een bepaald percentage overal ter wereld voorkomt, onafhankelijk van de omstandigheden en de tijd waarin mensen leven. Ook de WHO doet soortgelijke uitspraken op basis van haar onderzoek met behulp van de SADD (Schedule for standardized Assessment of Depressive Disorders), ook al zijn er in dit onderzoek aanzienlijke fenomenologische verschillen gevonden in de beelden in verschillende culturen. Onder de 573 patiënten met een 'depressie', afkomstig uit Canada, India, Iran, Japan en Zwitserland zag men schuldgevoelens bij 68 procent van de Zwitsers en maar bij 32 procent van de Iraniërs. Het percentage suïcidegedachten was bij de Canadezen 70 tegen 40 bij de Japanners. Somatiseren zag men bij 57 procent van de Iraniërs en bij 27 procent van de Canadezen (Sartorius e.a., 1980). Het bestaan van fenomenologische verschillen in psychopathologie in verschillende culturen was al lang bekend. Kraepelin constateerde tijdens een studiereis op Java in 1904 dat de affectieve component van de depressie daar milder was dan in Noord-Europa. 'Vor allem fehlen fast vollständig ausgeprägtere Depressionszustände. Wenn überhaupt, pflegt die Depression nur in leichten Andeutungen und rasch vorübergehend auf zu treden' (Kraepelin, 1904). Bal en anderen (1990) vonden bij joodse depressieve patiënten meer hypochondrische en spanningsklachten dan bij niet-joodse patiënten. De laatsten leden meer aan schuldgevoelens. Häffner en anderen (1987) vonden soortgelijke verschillen tussen Ethiopische en Duitse patiënten met een depressie. Ethiopische patiënten leden bovendien vaker aan betrekings- en achtervolgingsideeën. Radford en anderen (1991) toonden aan dat het vermogen om beslissingen te nemen bij de Australische depressieve patiënten sterker was afgenomen dan bij Japanse patiënten.

Meer algemeen blijken depressies in niet-westerse culturen vaak te worden beheerst door somatische symptomen. De mate van somatiseren zou omgekeerd evenredig zijn met de mate waarin patiënten met een depressie lijden aan schuldgevoelens, minderwaardigheidsgevoelens en suïcidegedachten (Kleinman e.a. 1985). Ondanks deze fenomenologische verschillen vat Kleinman (1977) de depressie toch op als een universeel psychopathologisch verschijnsel. De verscheidenheid in de uitingsvormen verklaart hij uit het feit dat het syndroom is opgebouwd uit drie categorieën symptomen die het beeld in verschillende culturen in wisselende mate beheersen: affectieve symptomen (somberheid, prikkelbaarheid en interesseverlies), cognitieve symptomen (concentratie- en geheugenstoornissen) en somatische symptomen (moedheid, verlies aan eetlust, slapeloosheid, dagschommelingen en obstipatie). Deze universalistische opvatting wordt algemeen gedeeld in de wereld van de psychiatrie. Een kleine minderheid van psychiaters vindt deze opvatting op dit moment nog te voorbarig (Leff, 1990; Shweder, 1988). Zij meent dat zo'n uitspraak om meer vergelijkend antropologisch onderzoek vraagt naar de verschijnselen die in verschillende culturen op een depressie zouden kunnen wijzen. Zulke studies bestaan nauwelijks.

Wanneer hulpvrager en hulpverlener eenzelfde culturele achtergrond hebben, is het feit dat cultuur invloed heeft op de fenomenologie van psychopathologie minder van belang voor het hulpverleningsproces. Wanneer een samenleving meer multicultureel wordt, zoals de Nederlandse, zijn diagnostische en therapeutische problemen te verwachten. Over deze moeilijkheden gaat dit artikel. Voor een nadere analyse ervan onderscheid ik twee componenten in het hulpverleningsproces. De ene is die van het aangaan en onderhouden van een relatie met de patiënt. Drijvende kracht in deze fase is het directe appèl dat de lijdende mens doet op de hulpverlener. Dit appèl wekt bij de hulpverlener een gevoel van betrokkenheid en medeleven. De lijdende ander inspireert de mens tot verantwoordelijkheid, aldus Lévinas (1969). Dit is het eerste gegeven van zedelijk bewustzijn van mensen. Het behoort daarom een centrale plaats in het hulpverleningsproces te hebben. De andere component is de medisch-technische behandeling van de ziekte. Hierbij distantieert de hulpverlener zich enigszins van de patiënt om de ziekte te objectiveren en zich te richten op de diagnostiek en de behandeling ervan. In deze fase komt het vooral aan op medische kennis en deskundigheid.

Een goede hulpverlener moet de beide componenten kunnen integreren. Hij moet de algemene categorieën van de biomedische wetenschap en techniek kunnen toepassen vanuit zijn betrokkenheid op de individuele patiënt, en afgestemd op diens gevoelens en behoeften. Wanneer hulpvrager en hulpverlener niet dezelfde culturele achtergrond hebben, moet de hulpverlener zich voor die afstemming eerst vertrouwd maken met het andere en voor hem

vreemde in het ziektegevoel, ziektegedrag en hulpzoekgedrag van de patiënt. Daartoe moet hij zich losmaken van het denken in vast omliggende DSM-ziekte-eenheden en zich richten op de psychopathologie vanuit het perspectief van de persoon van de patiënt (Kuipers, 1997). Hij moet vertrouwd raken met de variatie in emotionele reactiepatronen op stressvolle prikkels in verschillende culturen en met de oorzaken daarvan.

### **Verschillen in emotionele reactiepatronen**

Ieder mens, uit welke cultuur ook, reageert met bepaalde gevoelens wanneer hij geconfronteerd wordt met waardering, beloning, genegenheid, verlies, onrecht, verraad, krenking et cetera. Emoties zijn universele menselijke verschijnselen. Maar tegelijk zijn emotionele reactiepatronen ook door en door culturele aangelegenheden (Frijda, 1988). De culturele verschillen in emoties beperken zich niet, zoals vaak wordt beweerd, tot alleen de uitingen van emoties. Alle aspecten rond emoties worden beïnvloed door cultuur: de gebeurtenis die tot de emotie leidt, de evaluatie van deze gebeurtenis, de veranderde gedragsbereidheid, de expressie van de emotie en het delen van emoties met anderen. Waarschijnlijk beschikken mensen in alle culturen over eenzelfde potentieel aan emoties. Maar zij maken er niet op dezelfde manier en in dezelfde mate gebruik van (Mesquita, 1996). Zo is de emotionele reactie van een Turkse familie op het slagen voor een examen van een van hun familieleden anders dan van een Nederlandse familie. In Turkije viert de hele familie feest vanwege de eer die haar als collectief te beurt is gevallen een geslaagde in hun midden te hebben. Een Nederlandse familie reageert veelal afstandelijker omdat slagen voor een examen in de eerste plaats betekenis heeft voor de betrokkene. De familie is vooral blij voor hem of haar.

Een soortgelijk voorbeeld kwam ik tegen in Ethiopië. Bij het afnemen van examens bij Ethiopische medische studenten van de Addis Ababa University moest ik uiteraard wel eens tegen een student zeggen dat hij gezakt was. Soms barstte de gezakte daarop in huilen uit. De heftigheid van het verdriet verbaasde me aanvankelijk. Om de betrokkene wat te troosten wees ik hem erop dat hij over drie maanden weer een herkansing kreeg. Maar dit soort troost had weinig effect. Later ontdekte ik dat het verdriet niet zozeer gekoppeld was aan de vertraging in de academische carrière voor de student zelf, maar aan het feit dat het nu langer zou duren voordat de betrokkene als arts zijn familie financieel zou kunnen gaan ondersteunen.

Nog een ander voorbeeld uit Ethiopië. Tijdens de jaarlijkse Europese filmweek in Addis Ababa werd de Nederlandse film 'De Opname' gedraaid, een produktie van het Werktheater. Deze film gaat over de emotionele worsteling van een Aalsmeerse bloemenkweker die tijdens een opname in het AMC voor een aandoening die aanvankelijk onschuldig leek, onverwacht wordt ge-

confronteerd met het feit dat hij kanker heeft. Op mij had deze film eerder een diepe indruk gemaakt. Ik nodigde een paar Ethiopische studenten uit om mee te gaan naar deze film. Tot mijn grote ergernis zat een aantal van hen te lachen tijdens de voor mij meest dramatische passages van de film, met name op het moment waarop de hoofdrolspeler wanhopig in huilen uitbarstte omdat hij beseft dat hij waarschijnlijk binnen korte tijd zal sterven. Door dit gelach voelde ik me verontwaardigd en kreeg last van plaatsvervangende schaamte. Na afloop van de film bedankten de studenten me voor de gezellige avond. Wat zij zo komisch aan deze film hadden gevonden konden ze mij niet zo makkelijk uitleggen. In ieder geval vonden zij dat de bloemenkweker abnormaal met zichzelf bezig was geweest en zijn gevoelens op een overdreven manier had geuit. Bij hen had deze gevoelsuiting de lachlust opgewekt, terwijl ze mij als Nederlander juist sterk had ontroerd.

#### **Achtergronden van de verschillen**

Hoe ontstaan verschillen in emoties in verschillende culturen? Voordat ik inga op deze vraag moeten we eerst stilstaan bij het begrip cultuur. Geertz (1973) ziet cultuur als semiotisch systeem of tekensysteem in een bepaalde samenleving. Een tekensysteem omvat de betekenissen die mensen uit een samenleving toekennen aan de verschijnselen in en om hen heen. Hun gedrag vloeit daar op een logische wijze uit voort. Zo wordt in Afrikaanse samenlevingen aan het verschijnsel onweer soms een andere betekenis gegeven dan in de Nederlandse. Men reageert daar anders op onweer dan in Nederland. Vanwege hun gemeenschappelijke tekensystemen kunnen mensen uit een bepaalde groep met elkaar communiceren over de verschijnselen in en om hen heen. Door mensen van buiten worden ze soms niet verstaan omdat die mensen andere tekensystemen hebben. Zo glimlacht een Japanner als hij boos is. Een Apache-Indiaan gaat zachter fluisteren naarmate hij woedender is. Een Amsterdammer doet vaak het tegenovergestelde. Een Chinese schooljongen lacht zijn meester vriendelijk toe uit eerbied wanneer hij een standje krijgt. Een Nederlandse scholier hoeft dat niet te proberen. En een Masai-krijger spuwt zijn leerling in het gezicht als bewijs van tevredenheid over zijn vorderingen. Ook dit is niet gebruikelijk binnen het Nederlandse onderwijs (Fortmann, 1971).

Elke cultuur heeft ook tekensystemen voor ziekten. Met deze systemen bepalen mensen uit een bepaalde cultuur welke onlustgevoelens vallen binnen de categorie ziekten en hoe ernstig deze moeten zijn om de ziekenrol te rechtvaardigen. De APZ-directeur Höppener hield onlangs een pleidooi om het domein van de geestesziekten in de Nederlandse GGZ te versmallen. Dit om de vraag naar psychosociale hulp wat in te dammen. 'De psychiatrie is er niet om menselijk leed op te lossen, maar om zieke mensen te behandelen.'

De psychiater en psychotherapeut Van Dantzig behoort kennelijk tot een andere cultuur. Hij hanteert ruimere grenzen voor psychische ziekten. Hij acht de toegenomen vraag naar hulp terecht en ziet haar als teken van emancipatie van de Nederlandse burger (De Boer, 1996).

Tekensystemen bepalen ook de manier waarop mensen de pijn en het ongemak van een ziekte aan de buitenwereld kenbaar maken. Patiënten zijn daarbij gehouden aan de staalkaart van symptomen die hun cultuur hun in een bepaalde tijd biedt (Fortmann, 1971). Zo blijkt uit onderzoek van Zola (1966) dat er grote verschillen bestaan in klachtenpresentatie tussen Italiaanse en Ierse patiënten met eenzelfde ziekte. Italianen gebruiken vaak een stortvloed van superlatieven, terwijl Ieren gewoonlijk geen woord te veel zeggen.

### **Verklaring van de verschillen**

Beck (1971) beschrijft een model waarin fenomenologische verschillen in ziektegevoel en ziektegedrag kunnen worden verklaard. In dit model onderscheidt hij een aantal stappen tussen de pathogene prikkel en de uiteindelijke ziektepresentatie. Mensen staan voortdurend bloot aan belastende prikkels. Deze kunnen ontstaan binnen het lichaam – bijvoorbeeld darmkrampen – of komen vanuit de buitenwereld – bijvoorbeeld een pijnlijk verlies. De prikkels roepen psychobiologische reacties op, de zogenaamde primaire affecten. Veel van deze primaire affecten worden niet opgemerkt door de betrokkene. Slechts enkele dringen door tot zijn bewustzijn. Zij worden dan ook door de betrokkene van een cognitief label voorzien. Dit label past bij diens cultuur (tekensysteem) en diens gemoedstoestand van dat moment. Na de cognitieve labeling kunnen primaire affecten als een affectieve ervaring worden beleefd en benoemd. Vervolgens wordt de affectieve ervaring door de betrokkene beoordeeld en voorzien van kwalificaties, zoals normaal of afwijkend, ziek of niet ziek, wel of niet geestesziek, wel of niet iets waarvoor hij zich moet schamen et cetera. Als laatste stap gaat de betrokkene zich gedragen op een manier die bij zijn oordeel aansluit. Denkt hij vanwege pijn bij het urineren aan een blaasontsteking, dan vertoont hij manifest ziektegedrag omdat deze ziekte cultureel geaccepteerd is. Denkt hij echter aan een ziekte waarvoor men zich in zijn cultuur gewoonlijk schaamt, zoals een geslachtsziekte, dan houdt hij zijn ziekte-ervaringen veel meer verborgen. Ziektegevoel en ziektegedrag zijn dus, volgens Beck, de resultante van inwendige of uitwendige belastende prikkels, de cognities die iemand aan deze prikkels verbindt en de manier waarop hij en zijn omgeving tegen de verschijnselen aankijken. Schachter (1959) toonde dit verband tussen cognities en gevoelens aan in een experiment. Verschillende groepen proefpersonen kregen van hem een injectie met adrenaline. Bij deze injecties gaf hij aan elk van de groepen een andere uitleg over aard van de stof en de effecten die daarvan te verwachten wa-

ren, variërend van plezierig tot erg naar. Het resultaat van de injectie was overeenkomstig. Eenzelfde injectie met adrenaline riep een grote variatie aan emoties op, vanwege de verschillen in aangereikte cognities.

In het verlengde van het model van Beck formuleerde Carr (1985) de hypothese van de alternatieve emotionele reactievormen in verschillende culturen. Hij toetste deze hypothese bij Maleise patiënten die wegens amok in een forensisch-psychiatrische kliniek waren opgenomen. Kenmerkend voor amok is het volgende. Iemand komt na een periode van teruggetrokkenheid en piekeren plotseling tot een agressieve uitbarsting, soms met doodslag. Deze uitbarsting wordt gevolgd door een amnesie voor het gebeurde. Uit de bestudering van een aantal Maleise ziektegeschiedenissen bleek dat aan amok vaak een gebeurtenis was voorafgegaan die de patiënt diep in zijn eer had aangestast en die een groot gezichtsverlies voor hem had betekend. Daarmee is amok een veel voorkomende secundaire emotionele ervaring in de Maleise, cultuur die wordt opgeroepen door een ernstige krenking.

In andere culturen reageren mensen emotioneel anders op ernstige krenkingen. In de joods-christelijke cultuur van West-Europa en Noord-Amerika worden boosheid en teleurstelling over een krenking meestal snel gevolgd door schuldgevoelens hierover. De boosheid wordt dan omgebogen naar de eigen persoon en leidt gemakkelijk tot somberheid en minderwaardigheidsgevoelens. In de Chinese cultuur reageert men weer anders op ernstige krenkingen. Daar rust een taboe op het uiten van gevoelens van boosheid en teleurstelling omdat zulke uitingen de harmonie in de gemeenschap kunnen verstoren. Bij Chinezen roepen krenkingen vooral lichamelijke moeheid, prikkelbaarheid en lusteloosheid op, bekend onder de naam van neurasthenie. Het is volgens Kleinman (1988) onjuist om te beweren dat Chinezen wel de boosheid, teleurstelling en somberheid over een krenking beleven, zoals mensen uit de westerse cultuur, maar dat ze deze gevoelens voor zich houden om de harmonie binnen de groep niet te verstoren. Chinezen uiten na een krenking geen neurasthene klachten in plaats van de boosheid en sombere gevoelens van dat moment, als een geaccepteerd cultureel compromis, maar zowel depressieve als neurasthene klachten zijn reële, authentieke, van elkaar verschillende vormen van ziektegevoel, gemodelleerd door twee verschillende culturen. Naarmate de Chinese cultuur verandert, verandert ook het ziekte-idioom van de Chinezen. Zo bleek bij de validering van de Chinese versie van de Hamilton depressieschaal dat hoger opgeleide Chinezen die veel in contact waren geweest met de westerse cultuur, onder stress al meer psychologiseren en minder neurasthene klachten hebben dan de meer traditioneel levende Chinezen (Zheng e.a., 1988).

Traditioneel levende Ethiopiërs reageren weer anders op krenkingen. Een nachtwaker die na veel jaren trouwe dienst plotseling zijn ontslag had gekre-

gen, beschreef mij het volgende. 'Ik heb een gevoel alsof wormen in mijn hoofd krioelen die daar aan mijn hersenen knagen en veel jeuk veroorzaken. Ik ben er zeker van dat er iets in mijn hoofd zit dat er niet thuis hoort. Ik snap niet hoe het erin is gekomen, maar ik voel het op dit moment heel duidelijk. Ook heb ik de laatste tijd het gevoel alsof iemand mijn tong vasthoudt. Ik kan haar nauwelijks bewegen. Ze voelt droog aan. Verder is het donker in mijn ogen. De dingen om me heen zien er niet meer zo helder uit als vroeger. Alles lijkt grijs. Ik voel me moe en ziek en heb geen zin meer om 's avonds de straat op te gaan om met mijn vrienden te praten, zoals ik altijd heb gedaan.' Op grond van deze laatste mededelingen dacht ik aan een depressie, ook al ontkende de man desgevraagd te enen male een sombere stemming te hebben. Antidepressiva bleken effectief. De man ging zich beter voelen. Hij zocht zijn vrienden weer op. En ook het knagende gevoel in zijn hoofd nam af. Maar voor mij bleef het een raadsel waar die knagende gevoelens vandaan kwamen. Een van de Ethiopische studenten veronderstelde dat deze gevoelens samenhangen met het volgende. In Ethiopië komen worminfecties in het maag-darmkanaal endemisch voor. Hierdoor zien Ethiopiërs bij dodenwaken nogal eens dat wormen het lichaam van hun dode gastheer via mond en neus verlaten. Door deze waarnemingen zou bij Ethiopiërs gemakkelijk de cognitie ontstaan dat er een verband bestaat tussen het gevoel van lichamelijke moeheid en ziekte en wormen in het hoofd. Binnen de hypothese van de alternatieve reactievormen van Carr zou het dan, evenals in het Chinese voorbeeld, onjuist zijn te beweren dat de Ethiopische nachtwaker de krioelende gevoelens in het hoofd niet echt zou voelen, maar deze zou gebruiken als metafoor om zijn teleurstelling en zijn boosheid over zijn plotselinge ontslag uit te drukken. Zijn gevoel van wormen in het hoofd zou een reële, authentieke, affectieve reactie zijn op de ernstige krenking die hij had doorgemaakt (Kortmann, 1986).

### **Een voorbeeld uit China**

Uit het voorgaande mag zijn gebleken dat psychiatrische diagnoses niet waarde vrij zijn, maar nauw gekoppeld aan de cultuur van de patiënt. Hetzelfde geldt voor de therapeutische benadering van psychopathologie. Ter illustratie hiervan een beschrijving van een psychiatrisch consult in China (Kleinman, 1988).

Een vrouw van 30 jaar komt samen met haar man en kind naar de polikliniek. Twee meter van hen vandaan zit een andere familie te praten met een andere psychiater. Van privacy is weinig sprake. In China is een psychiatrisch consult een openbare aangelegenheid. De vrouw klaagt over moeheid, gebrek aan energie, duizeligheid, moeilijkheden met inslapen en angstgevoelens. Haar ziekte-idioom is sterk somatisch gekleurd. De psychiater voelt haar pols en neemt haar bloeddruk op. Vervolgens laat de pa-



tiënte iets los over het tirannieke gedrag van haar bejaarde schoonvader die bij hen inwoont. Haar echtgenoot schrikt daarvan en wijst haar op hun gezamenlijke plichten ten opzichte van hun ouders. De psychiater weet dat inwonende ouders vaak een bron van psychosociale spanningen voor jongeren vormen in China. Toch valt hij de echtgenoot van patiënte bij in zijn moralistische uitspraak over hun gezamenlijke zorgplicht. De harmonie in de familie moet bewaard blijven. De psychiater stelt de diagnose neurasthenie. Hij houdt geen dieptepsychologisch interview om eventuele intrapsychische conflicten op het spoor te komen die achter de symptomen van de neurasthenie schuilgaan. Intrapsychische conflicten worden in de Chinese cultuur nu eenmaal niet aan de orde gesteld in een 'openbaar' consult met een vreemde dokter. De psychiater stelt de patiënte voor de neurasthenie zo snel mogelijk te behandelen met geneesmiddelen. Daarnaast adviseert hij haar enige tijd vrij te nemen van haar werk en het thuis ook rustig aan te doen om weer op krachten te komen. Indirect zit in dit laatste ook een boodschap voor de schoonvader. De psychiater voorspelt dat de patiënte zich met deze behandeling na enige weken weer fit zal voelen en haar plichten dan weer aan zal kunnen. Hij geeft in dit advies een verklaring voor de klachten van de patiënte die past in de denk- en belevingswereld van betrokkene en van haar man. Hij legt de patiënte uit dat de neurasthenie waaraan patiënte lijdt negatief inwerkt op de relatie tussen patiënte en haar schoonvader. Hun conflict is dus meer het gevolg van de ziekte neurasthenie dan de oorzaak. Daardoor wordt niemand als schuldige aangewezen. Niemand hoeft gezichtsverlies te lijden wanneer de patiënte weer beter is. De harmonie binnen de familie blijft behouden.

### Conclusie

De geneeskunde wordt technischer en zakelijker. Gestandaardiseerde diagnostiek en behandelprotocollen op basis van 'evidence based medicine' krijgen er een prominente plaats in. Dat geldt ook voor de psychiatrie. Op zich een goede zaak, want ze vergroten de kans dat patiënten behandeld worden volgens de 'state of the art', dat wil zeggen een behandeling krijgen met de meeste kans van slagen. Maar aan geprotocolleerd werken kleven ook bezwaren, met name wanneer hulpvrager en hulpverlener uit verschillende culturen komen. Het kan leiden tot benaderingen van psychopathologie die onvoldoende aansluiten bij de belevingswereld van de patiënt. De westerse psychiatrie is doortrokken van dichotoom denken. De biologie zou overwegend verantwoordelijk zijn voor de pathogenese van psychopathologie en voor de onderliggende structuur ervan. De cultuur draagt in wisselende mate bij aan de pathoplasticiteit van psychiatrische ziekten, dat wil zeggen aan de manier waarop patiënten hun ziekten ervaren en tot uitdrukking brengen. Dit denken

doet (westerse) psychiaters gemakkelijk veronderstellen dat hun psychiatrie universeel toepasbaar is en dat vreemde cultuurgebonden syndromen, zoals Koro of Latha, alleen op exotische plaatsen buiten het westen voorkomen. Ze vergeten dan dat ziekten, zoals anorexia nervosa of agorafobie, waarschijnlijk westerse cultuurgebonden syndromen zijn. Of sterker nog, dat driekwart van de ziekten, zoals beschreven in de DSM, uniek is voor de Noord-Amerikaanse samenleving of daar het meest voorkomt (aldus Kleinman e.a., 1997).

Aan een geprotocolleerde medisch-technische benadering van een ziekte kleeft het gevaar dat men voorbijgaat aan het feit dat zo'n benadering nooit de aanvangsfase en de eindfase kan zijn in het hulpverleningsproces. Medisch-technisch behandelen wordt pas mogelijk wanneer er een vertrouwensrelatie tot stand is gekomen tussen patiënt en hulpverlener. Voorwaarde voor zo'n relatie is dat de hulpverlener zich door het lijden van de patiënt aangesproken voelt. Wanneer een patiënt uit een andere cultuur ander ziektegevoel, ziektegedrag en hulpzoekgedrag vertoont dan de hulpverlener normaal en gepast vindt, kan dit leiden tot irritatie bij de hulpverlener in plaats van empathie, en tot gevoelens van machteloosheid (Kortmann, 1991). Om voor het vreemde empathie te kunnen opbrengen moet de hulpverlener zijn ethnocentrische reflex onderdrukken om ziektegevoel en gedrag dat van zijn norm afwijkt te diskwalificeren als minderwaardig en primitief. In onderwijs en opleiding moet hiervoor meer aandacht komen. Hoe beter een hulpverlener in contact met een patiënt uit een andere cultuur zijn professionele vooroordelen kan onderdrukken en relativeren, des te meer ruimte ontstaat er voor een draagkrachtige behandelrelatie. Pas dan wordt overleg mogelijk met de patiënt over de uitvoering van een geprotocolleerde behandeling en mag de behandelaar rekenen op therapietrouw bij de patiënt.

---

### Literatuur

- Ball, R.A. en A.W. Clare. Symptoms and Social Adjustments in Jewish Depressives. *British Journal of Psychiatry* 156 (1990), 379-383.
- Beck, A. Cognition, affect and psychopathology. *Archives of General Psychiatry* 24 (1971), 495-500.
- Boer, N. de. GGz helpt bij ziekte, niet bij leed. *Mentual* 11 (1996), 2, 14-15.
- Carr, J.E. en P.P. Vitaliano. Theoretical implications of converging data on depression and the cultural bound-syndromes. In: A. Kleinman and B. Good (red.), *Culture and Depression*. Berkeley, University of California Press, 1985, 244-266.
- Frijda, N.H. *De emoties. Een overzicht van onderzoek en theorie*. Amsterdam, Bert Bakker, 1988.
- Fortmann, H. *Wat is er met de mens gebeurd?* Baarn, Ambo, 1971.
- Geertz, C. *The interpretation of cultures*. New York, Basic Books, 1973.
- Häffner, J. von, G.H.M.M. ten Horn e.a. Kulturspezifische oder universelle depressive Erkrankungen? *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 138 (1987), 31-50.
- Kaplan, H.I., B.J. Sadock e.a. *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry. Behavioral Sciences Clinical Psychiatry*. Seventh Edition. Baltimore, Williams & Wilkins, 1994.
- Kleinman, A.M. Depression, Somatisation and the 'new cross-cultural psychiatry'. *Social sciences and medicine* 11 (1977), 3-10.
- Kleinman, A.M. en B. Good. *Culture and depression*. Berkeley, Los Angeles, University of California Press, 1985.
- Kleinman, A. *Rethinking psychiatry. From cultural category to personal experience*. New York, The Free Press, 1988.
- Kleinman, A., A. Cohen. Psychiatry's global challenge. *Scientific American* (1997), 3, 74-77.
- Kortmann, F.A.M. *Problemen in transculturele communicatie. De self reporting questionnaire en de psychiatrie in Ethiopië*. Assen/Maastricht, Van Gorcum, 1986.
- Kortmann, F.A.M. *Culturen in de GGZ. Relationale en professionele onzekerheden in de hulpverlening aan migranten*. Maandblad Geestelijke volksgezondheid. 46 (1991), 938-946.
- Kraepelin, E. *Vergleichende Psychiatrie. Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie* 27 (1904), 433-437.
- Kuipers, T. Reanimeer de psychopathologie! Een schets van een persoonsgerichte psychopathologie. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 39 (1997) 2, 94-107.
- Leff, J. The 'new cross-cultural psychiatry'. A case of the baby and the bathwater. *British Journal of Psychiatry* 156 (1990), 305-307.
- Levinas, E. *Het menselijk gelaat (Essays van Emmanuel Levinas. Gekozen en ingeleid door Ad Peperzak)*. Utrecht, Ambo, 1969.
- Mesquita, B. Emoties vanuit een cultureel perspectief. In: J. de Jong, M. v.d. Berg, *Transculturele psychiatrie & psychotherapie*. Lisse, Zwets & Zeitlinger, 1996.
- Radford, N.H. en E.A. Yoshibumi Nakane. Decision making in clinical depressed patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 179 (1991), 711-719.
- Sartorius, N., A. Jablensky e.a. WHO Collaborative study: assessment of depressive disorders. *Psychological Medicine* 10 (1980), 743-749.
- Schachter, S. *Psychology of affiliation*. Stanford, California, Stanford University Press, 1959.
- Shweder, R.A. Suffering in style. *Culture, Medicine and Psychiatry* 12 (1988), 479-497.
- Zheng, Y. en E.A. Jingting Zhao. Validity and reliability of the Chinese Hamilton depression rating scale. *British Journal of Psychiatry* 152 (1988), 660-664.
- Zola, I.K. Culture and symptoms - an analysis of patients' presenting complaints. *American Sociological Review* 3 (1966), 615-630.

### Summary

Kortmann, F.A.M. *Empathy for the exotic*. Practicing evidence-based psychiatry in a multicultural society is possible if the need for the establishment of a trustful patient-caregiver relationship is not overlooked. Such a relationship presupposes that the caregiver is moved by his pain and suffering to a certain extent. Such an emotional involvement is difficult to establish in a transcultural setting due to the strangeness of the illness-experience and illness behaviour of the patient. This article deals with the underlying mechanisms for the variety in emotional responses in patients from different cultures.

### Personalia

Prof. dr. F.A.M. Kortmann (1942), psychiater/psychotherapeut en hoogleraar transculturele psychiatrie, is verbonden aan het Academisch ziekenhuis te Nijmegen. Hij was van 1991-1995 redacteur van dit tijdschrift.

Hij publiceerde in dit tijdschrift eerder onder andere: 'Psychiatrische ziekten: universeel of cultuurgebonden?' (MGv 1-89), samen met F. Tholen 'Cure en care in de psychiatrie' (MGv 2-91), 'De BOPZ: de verschillen blijven' (MGv 3-93) en 'Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie' (MGv 7/8-93). Adres: AZ Nijmegen, afdeling psychiatrie, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.