Het cultureel interview

In de geestelijke gezondheidszorg in Nederland zien hulpverleners steeds meer mensen van verschillende etnische en culturele achtergronden. In deze gevalsbeschrijving wordt bekeken hoe de hulpverlener door middel van het zogeheten 'cultureel interview' de culturele achtergrond van de patiënt ziet en vanuit dit perspectief de behandeling kan vormgeven.

De samenstelling van de Nederlandse bevolking is in een relatief korte periode zowel in etnisch als cultureel opzicht meer divers geworden. Ondanks dat er in Nederland nauwelijks representatieve bevolkingsonderzoeken zijn uitgevoerd naar het vóórkomen van psychische stoornissen onder mensen met een andere culturele en/of etnische achtergrond, lijken sommige etnische groepen kwetsbaarder te zijn voor het ontwikkelen van een psychische stoornis.[1] Hulpverleners in de GGZ werken veelal via het biomedisch model. Dit is echter maar tot op zekere hoogte in staat te verklaren hoe ziekten ontstaan en genezen.[2] Bij de behandeling is er niet altijd voldoende aandacht voor de cultuurspecifieke betekenissen van (psychiatrische) ziekte en gezondheid, terwijl deze wel van invloed zijn op de uitdrukking, houding en gedragingen van de persoon in kwestie. Dit geldt des te meer voor mensen met een psychische aandoening afkomstig uit niet-westerse culturen.[3] Maar al te vaak ontstaan ook stereotyperingen van bepaalde groepen, zoals 'dé Hindoestaan', zonder dat er gekeken wordt naar de interne diversiteit en de veranderingen binnen een cultuur of bevolkingsgroep.[4] De multidisciplinaire richtlijn *Schizofrenie* geeft slechts één nieuwe aanbeveling ten aanzien van de niet-westerse diagnostiek en behandeling van niet-westerse migranten.[5] De allochtone patiënt voelt zich vaak onbegrepen en hulpverleners lopen vast in hun diagnostisch proces, met als gevolg onnodig aanvullende diagnostiek, twijfelachtige therapievoorstellen en behandelplannen die onvoldoende aansluiten bij de specifieke kenmerken en wensen van de patiënt. Voor adequate, omvattende diagnostiek is kennis over en aandacht voor de culturele achtergrond van de patiënt noodzakelijk.[6] Desondanks blijkt de kennis van hulpverleners over culturen en religies vaak ontoereikend voor adequate interculturele communicatie.[7] Het omgaan met cultuurdiversiteit onder allochtone Nederlanders vraagt vooral om een open attitude van de professional. Dit houdt in dat hulpverleners zonder vooroordelen en stereotypen vragen en luisteren naar het verhaal, de opvattingen en gevoelens van de patiënt. Het 'cultureel interview' is een hulpmiddel om invulling te geven aan deze communicatie. Het is een concrete uitwerking van de Cultural Formulation of Diagnosis (CFD) en is ontworpen om culturele informatie te verkrijgen van een patiënt. De CFD kan worden gezien als een aanvulling op de conven-

MARTINE LAMMERTINK, verpleegkundig specialist, Psyq afdeling persoonlijkheidsproblematiek, Den Haag
BERNO VAN MEIJEL, lector GGZ-verpleegkunde, Hogeschool Inholland Amsterdam en Parnassia Groep Den Haag

VERPLEEGKUNDIGEN

VERPLEEGKUNDIG SPECIALISTEN

Na het lezen van dit artikel kunt/weet u:
- het belang van aandacht voor en kennis over de culturele achtergrond van de patiënt
- het belang van cultureel interview
- de opbouw van het cultureel interview

TREFWOORDEN
cultureel interview, attitude, intercultureel

KENNISTOETS 1 STUDIEPUNT

tionele intake- en diagnostiekfase, met als doel het systematisch achterhalen van de (medische) geschiedenis, (culturele) belevingswereld, hulpzoekgedrag en sociaal-culturele context van de patiënt.[8]
In deze gevalsbeschrijving wordt het cultureel interview nader geïllustreerd naar aanleiding van casuïstiek bij afdeling Spoedzorg van PsyQ Den Haag. Het doel van Spoedzorg is crisisbestrijding en -stabilisatie, diagnostiek en overbruggingscontacten te bieden tot aan de intake bij zorgprogramma's binnen PsyQ.
Er wordt bij deze beschrijving tevens gekeken naar de gewenste attitude, benodigde kennis en vaardigheden van de professional bij het uitvoeren van het cultureel interview.

UITLEG CULTUREEL INTERVIEW

De beknopte versie van het cultureel interview is een semigestructureerd interview, bestaande uit zes topics en enkele subtopics (tabel 1). Onder elke topic staan vragen geformuleerd. Deze vragen kunnen gezien worden als een richtlijn. Aangezien het een semigestructureerd interview betreft, mogen de vragen door elkaar gesteld en beantwoord worden. Voordat het cultureel interview wordt afgenomen, is men op de hoogte van de biografie (persoonlijke en sociale gegevens), geschiedenis van de huidige klachten, eerdere behandelingen, psychiatrische stoornissen in de familie en beloop van de ziekte van de patiënt.
De laatste drie topics worden niet in het bijzijn van de patiënt ingevuld
Hierdoor is het mogelijk een 'Cultural Formulation' van de patiënt te schrijven, waaruit een diagnose en behandeladvies voortvloeien gericht op klachten en wensen van de patiënt.

Tabel 1 Opbouw van semigestructureerd interview; Het cultureel interview.

topic	subtopic
culturele identiteit van het individu	etniciteit
	cultuur
culturele verklaringen betreffende de ziekte van het individu	klachten in cultureel perspectief
culturele factoren in de psychosociale omgeving en in het functioneren	familie
	geloof
culturele elementen tussen patiënt en hulpverlener	
observaties	
samenvatting voor de behandelplanbespreking	

GEVALSBESCHRIJVING

Anand Goedan (om privacyredenen is de naam gefingeerd) is een 40-jarige alleenstaande man van Surinaams-Hindoestaanse afkomst, vader van een dochter van 14 jaar, die zich meldt bij PsyQ Spoedzorg met stemmings- en angstklachten en doodsgedachten. Hij is weliswaar somber, maar zegt geen zelfmoord te zullen plegen. Hij kan en wil dit zijn dochter van 14 jaar, wonend bij de moeder, niet aandoen. Anand heeft last van angstaanvallen en zegt niemand meer te vertrouwen. In het verleden, van 2004 tot begin 2012, is er sprake geweest van cocaïneafhankelijkheid. Anand is op zijn 35e begonnen met het gebruiken van cocaïne. Hij legt uit dat hij is afgegleden na meerdere life-events, waaronder het overlijden van zijn moeder, een scheiding en daaropvolgende spanningen omtrent de voogdij van zijn dochter.
In 2005 heeft hij tweemaal een deeltijdbehandeling voor actieve gebruikers gevolgd. Anand is momenteel negen maanden abstinent van de cocaïne. Hij is bewust weggegaan uit Rotterdam, om daar de drugsscene te ontlopen.

Eerste gesprek: kennismakingsgesprek

Anand beschrijft zichzelf als een angstig persoon. Zijn angst is tien jaar geleden verergerd na zijn echtscheiding en het overlijden van zijn moeder niet lang daarna. Anand komt uit een gezin van veertien kinderen en is de jongste van de jongens. Hij had een goede band met zijn moeder. Naast de angstklachten geeft hij aan een somber persoon te zijn. Hij kan niet genieten en als hij terugkijkt op zijn leven, heeft hij eigenlijk nooit genoten. Anand vertelt moeite te hebben met inslapen, kan zich niet goed concentreren en hij heeft soms het gevoel dat er iemand in de kamer staat. Hij is bang dat iemand hem iets gaat aandoen. Bij doorvragen gaat Anand snel over op een ander onderwerp. Hij geeft aan niemand te vertrouwen en is moedeloos onder zijn situatie. Anand is werkloos en ontvangt een uitkering. Hij heeft schulden door huurachterstand en achterstallige betalingen.
De huisarts schreef als antidepressivum 20 mg citalopram voor. Hiermee is Anand om onbekende reden gestopt. Anand weet niet wat er met hem aan de hand is, maar weet wel dat er iets niet goed is in zijn hoofd.
Anand is vriendelijk en coöperatief tijdens het gesprek. Hij maakt een kwetsbare en verdrietige indruk met een forse lijdensdruk. Hij maakt goed oogcontact. Er is sprake van contactgroei. Hij heeft een matig ziektebesef en een gering ziekte-inzicht. Differentiaaldiagnostisch moet gedacht worden aan een depressie met als gevolg angstklachten, dan wel een gegeneraliseerde angststoornis.

Er zijn suïcidale gedachten, maar er zijn wel goede afspraken met hem te maken, waardoor het suïciderisico als laag wordt ingeschat.
Verder heeft Anand psycho-educatie gekregen over depressie en over een gezonde slaaphygiëne.

Gezien de omvang en ernst van de problematiek, in combinatie met de vele ontwijkende antwoorden bij doorvragen over de onderwerpen angst en wantrouwen, vraagt de situatie van Anand om verheldering. Nader inzicht in cultuurspecifieke aspecten is essentieel om goede zorg te kunnen leveren. Er wordt besloten tot uitvoering van de beknopte versie van het cultureel interview.[9]

Tweede gesprek: uitwerking cultureel interview

Het gesprek start met uitleg over het cultureel interview. Bij PsyQ Spoedzorg komen mensen van verschillende culturele achtergronden en uiteenlopende levenswijzen. Door gebrek aan kennis over andere culturen en door culturele verschillen tussen patiënt en hulpverlener(s) kunnen communicatieproblemen ontstaan. Wanneer Anand over zijn belevingen vertelt, wordt er altijd een 'westers etiket' op geplakt, zo stelt hij.

In deze casus is de structuur van het cultureel interview niet aangehouden, maar wel zijn alle topics besproken. De subtopics staan voor de vragen aangegeven.

Anand vertelt dat zijn inslaapproblemen al van jongs af bestaan. Hij droomt over craving, waarbij hij geesten ziet en zijn moeder voorbijkomt, waardoor hij wakker wordt. De dromen beangstigen Anand.

Familie en geloof: 'Komen er psychiatrische ziekten in de familie voor en hoe gaan jij en jouw familieleden hiermee om?'
Tijdens de ceremonie na het overlijden van zijn vader zijn er rare dingen gebeurd. Zijn zus was tijdens de ceremonie bezeten en praatte met een kinderstem. Zijn broer heeft zijn huis gedurende 2,5 jaar verlaten, omdat er volgens hem geesten in huis waren. Zijn broer heeft de geesten laten verjagen door een ritueel genezer en is nu verplicht dagelijks bepaalde rituelen uit te voeren om de geesten weg te houden uit zijn huis.
Zijn moeder zat in een inrichting, omdat ze dingen zag en veel last had van angsten. Ze heeft meerdere zelfmoordpogingen gedaan. Anand vertelt dat zijn moeder 'gek' is gemaakt door geesten. Zij heeft voor een opname in de GGZ contact gezocht met rituele genezers. Dat heeft haar veel geld gekost. Anand wil dat niet. Hij gelooft er niet in. Hij voelt dat het niet goed met hem gaat en wil zijn moeder niet achterna. Om die reden heeft hij nu hulp gezocht. Zijn moeder is geholpen door een psychiater in de GGZ, onder andere met medicijnen. Op de vraag wat Anand met 'gek' bedoelt, zegt hij dat wij (hulpverleners in de GGZ/Nederlanders) dat psychotisch noemen. Anand zegt open te staan voor medicatie als de behandelaar denkt dat dit nodig is, maar niet voor antipsychotica, want hij is immers niet gek.

Etniciteit en cultuur: 'Wil je me wat meer vertellen over de geesten die je voelt?'
Hij voelt soms geesten, maar ziet ze niet. Hij is er bang voor en gaat dan mediteren.
Deze geesten zijn aanwezig sinds de dood van zijn vader zeven jaar geleden.

Familie en geloof: 'Kun je me wat meer vertellen over je familie en land van herkomst?'
Anand legt uit dat zijn voorouders uit India komen. Het aanbidden van geesten zorgt ervoor dat de geesten goed voor je zijn. Zijn voorvader geloofde hier niet in en aanbad de geesten niet meer. Deze lijn heeft zijn vader voortgezet. De kinderen van de broer van zijn vader, neven van Anand, hebben voor hun gezin de geesten aanbeden. Hierdoor is het volgens Anand niet geëscaleerd, maar willen de geesten wel kwaad. Hij vertelt dat door het verdriet rondom het overlijden van zijn ouders, zijn echtscheiding en de cocaïneverslaving zijn ziel verzwakt is. Anand houdt zich eigenlijk nooit bezig met zijn geloof, maar er gebeuren nu toch wel rare dingen.

Klachten in cultureel perspectief: 'Zijn de geesten vaker aanwezig wanneer je slecht slaapt?'
Anand gaat voorover zitten met zijn handen op de tafel en geeft aan dat de geesten hem bang maken. Ook wordt zijn slaap negatief beïnvloed door zijn huidige problemen: zijn zucht naar cocaïne, de financiële zorgen en het feit dat hij teleurgesteld is in de mensheid. Hij kan al deze zorgen minder goed aan wanneer hij slecht slaapt

en zijn ziel zwak is. Anand en de verpleegkundig specialist komen op een woord dat voor hen beiden de lading dekt: 'uit balans'.

BESPREKING

Onderzoek[3] wijst uit dat een goede culturele en taalkundige communicatie, zoals 'uit balans', de ontwikkeling van het vertrouwen in de werkrelatie tussen professionals en patiënten kan bevorderen.
Het voelt voor Anand als een opluchting dat hij open over zijn ervaringen kan praten. Hij was steeds erg bang om gek te worden en sprak daarom niet over zijn problemen.
Door het cultureel interview als aanvulling op het psychiatrisch onderzoek voelt de verpleegkundig specialist zich 'vrij' om gericht door te vragen op thema's die voor Anand belastend zijn. De authenticiteit van het gesprek wordt daardoor sterk bevorderd. Het lijkt voor beiden een middel om gericht en zonder gêne door te vragen en te vertellen. Er treedt een verbetering op van de werk- en vertrouwensrelatie, wanneer Anand en de verpleegkundig specialist dezelfde taal spreken die onderling goed begrepen wordt.
Het doel van spoedzorg is crisisinterventie en diagnostiek, waarna patiënten worden verwezen naar een behandelafdeling. De keuze van de behandelafdeling wordt met de patiënt besproken. De verpleegkundig specialist legt Anand uit dat een gezonde slaaphygiëne ervoor kan zorgen dat zijn ziel sterker wordt. Anand herkent dat hij meer last van geesten heeft wanneer hij slecht slaapt. Het voorstel is een antipsychoticum in een lage dosering als slaapmiddel voor te schrijven met als doel het sterker worden van zijn ziel. Daarnaast heeft een antipsychoticum mogelijk een positief effect op een verminderde zucht naar cocaïne. In het kader van 'uit balans zijn' wordt met Anand afgesproken, dat zijn verlieservaringen worden besproken in ondersteunende gesprekken. De verwachting is dat deze gesprekken kunnen helpen bij het herstel van zijn balans.
Er wordt verder aan Anand gevraagd of hij met een hulpverlener uit zijn eigen cultuur wil spreken. Anand vindt dit niet nodig. Hij voelt zich begrepen en gehoord en dat is wat hij graag wil. Uit onderzoek is bekend dat het effect van een geslaagde behandeling voor 30% bestaat uit een betrouwbare werkrelatie.[10]
Door aansluiting te zoeken bij de woorden van Anand, door openheid en ruimte te creëren voor psycho-educatie, voelt Anand zich gerespecteerd en begrepen, hetgeen zijn therapietrouw bevordert.
Anand is vanuit PsyQ Spoedzorg verwezen naar de afdeling 'Depressie ambulant', omdat de verlieservaringen en zijn somberheid nu meer op de voorgrond zijn komen te staan.

CONCLUSIE

In deze gevalsbeschrijving gaat het om een Surinaams-Hindoestaanse man met angst- en stemmingsklachten, waarbij er aandacht is voor de houding, attitude en vaardigheden van de professional om door middel van het cultureel interview inzicht te verkrijgen in de cultuur van de patiënt en vanuit dat perspectief de behandeling mede vorm te geven. Visies op gezondheid en ziekte zijn cultureel bepaald. Elk mens is onderdeel van zijn eigen specifieke cultuur die zijn gedrag en gezondheid bepaalt. Anderzijds is de belevingswereld van ieder mens verschillend. Dé Hindoestaan of dé Nederlander bestaat immers niet. Wanneer er geen aandacht is voor de culturele achtergrond, is er een grotere kans op onjuiste en/of onvolledige diagnostiek met als gevolg een niet-passend behandelbeleid. Hierdoor kan een patiënt onvrede ervaren over deze behandelingen, hetgeen de therapieontrouw negatief beïnvloedt. Kennis alleen volstaat echter niet. Het gaat ook om inzicht in de dynamiek van de alledaagse leefwereld van patiënten. Het cultureel interview is ontworpen om culturele informatie over de alledaagse leefwereld van de patiënt te verkrijgen. Het interview kan in principe na een korte training door iedere GGZ-professional uitgevoerd worden. Het gebruik van het cultureel interview vraagt van de professional een open houding en een flexibele inzet. Met een open attitude en 'natuurlijke nieuwsgierigheid' leert de behandelaar door de ogen van de patiënt naar zijn of haar leefwereld te kijken. Om een dergelijke open houding te bevorderen/realiseren, is het belangrijk dat GGZ-instellingen en opleidingen binnen de GGZ deskundigheidsbevordering aanbieden, zoals trainingen intercultureel werken en interculturele consultaties.

LITERATUUR

1. Hilderink I, Land H van 't, Smits C. Trendrapportage GGZ 2009: Drop-out onder allochtone GGZ-cliënten, themarapportage. Utrecht: Trimbos-instituut, 2009.
2. Blom JD. Ezechiël op de sofa: van mystieke ervaring tot religieuze waan. Psyche & Geloof. 2011;22(1):2-7.
3. Conrad M, Pacquiao D. Manifestation, attribution, and coping with depression among Asian Indians from the perspectives of health care practitioners. J Transcultural Nurs. 2005:32-40.
4. Hoffer C. Psychische ziekten en problemen onder allochtone Nederlanders: beleving en hulpzoekgedrag. Assen: Uitgeverij Van Gorcum, 2009.
5. Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling GGZ. Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie. versie 2.0. 2012.
6. Gokoel K. Geesten of schizofrenie: een beschrijving van een Hindoestaanse patiënt. Tijdschr Psychiatrie 2005;47:801-5.

Overige literatuur kunt u vinden op www.nurseacademyggz.nl