

Psychotherapie met allochtonen – écht anders?

Ruim 15% van de cliënten in de Nederlandse GGZ is allochtoon (in de Randstad gemiddeld meer dan 40%). De overgrote meerderheid van de psychotherapeuten is 'wit en westers'. Etnische overeenkomst tussen therapeut en cliënt is praktisch gezien veelal niet haalbaar – nog los van de vraag of die *matching* leidt tot betere hulpverlening (zie Knipscheer & Kleber, 2004a). Daarom moeten alle therapeuten in het huidige tijdsgewricht een minimaal niveau van 'interculturele competentie' ontwikkelen. Maar wat is dat precies en, belangrijker, kunnen autochtone therapeuten allochtone cliënten wel goed behandelen?

In de Amerikaanse literatuur (o.a. Pontoretto e.a., 2001; Sue & Sue, 2003; Tseng, 1999) worden interculturele competenties veelal op drie domeinen onderscheiden: de eigen culturele achtergrond, de kijk op de wereld van de ander, en cultuurspecifieke interventiestrategieën. Kennis, attitude, en vaardigheden staan binnen elk domein centraal. In Nederland zijn deze interculturele competenties nauwelijks bekend. De hulpverlening aan allochtonen wordt hier gekenmerkt door 'intuïtief handelen', aldus Kortmann (2003). Hoewel we behoorlijk wat kennis hebben vergaard over psychische problemen en hulpvragen van allochtonen (Knipscheer, 2000; Van Meekeren e.a., 2002; Pannekeet, 2004; Struijs & Wennink, 2000) is nog altijd onduidelijk hoe allochtonen adequaat behandeld kunnen worden. Er zijn verschillende initiatieven voor allerlei doelgroepen en situaties, maar er is weinig empirische onderbouwing. Wel zijn ooit aanbevelingen geformuleerd ten aanzien van interculturele behandelmethoden (o.a. Limburg – Okken & Sidali, 1996). Zo spreken Van Dijk en Boedjarath (2002, p. 128v) over het wezen van de transculturele psychotherapie als 'een doorlopend proces van reflectie over het therapeutisch handelen' en 'de transcultureel psychotherapeut is vooral ontdekkingsreiziger'.

KNIPSCHER & KLEBER

Om uit deze abstracte competenties praktische richtlijnen voor de behandelpraktijk te destilleren, hebben we een selecte steekproef getrokken uit de populatie hulpverleners van de afdeling Psychotherapie en Psychiatrie van GGz Altrecht (Divisie Stad Utrecht) – een afdeling met een rijke ervaring op het gebied van interculturalisatie. We interviewden dertig hulpverleners, voornamelijk vrouwen (20), autochtonen (23), en psychotherapeuten (psychologen en psychiaters; in mindere mate SPV'ers en maatschappelijk werkenden) over de kenmerken van een interculturele aanpak bij kortdurende behandeling (zie Knipscheer & Kleber, 2004b, voor de volledige rapportage). De vragen van het semi-gestructureerde interview waren geïnspireerd door het werk van Sue en Sue (2003). Aan de hand van een casus en open vragen verkenden we de drie genoemde domeinen. We moedigden de respondenten aan om vrijuit en zoveel mogelijk vanuit hun eigen visie en ervaringen te spreken. Het interview werd mondeling afgenomen en duurde ongeveer anderhalf uur. De antwoorden werden opgenomen en uitgetypt. In een eerste ordening deelden we de antwoorden in onder verschillende kernaspecten van een van de drie domeinen. Vervolgens werd elke nuancering apart gelabeld. Dit proces van labeling ging door tot alle meningen over een bepaald kernaspect een label hadden. Aan het eind van het analyseproces waren alle afzonderlijke delen van de interviews ondergebracht in respectievelijk domeinen, kernaspecten en specifieke labels. Tot slot keken we naar de mate waarin specifieke opvattingen werden gedeeld (Maso & Smaling, 1998).

De visie van de geïnterviewde hulpverleners is in eerste instantie genuanceerd: eigenlijk is alle therapie intercultureel. 'Wie er ook tegenover je zit, je zult je in hem moeten verplaatsen.' 'Een Nederlandse professor en een Nederlandse vrouw uit zo'n volksbuurt, dat is echt een wereld van verschil – misschien wel net zo groot als autochtoon versus allochtoon,' aldus een autochtone GZ-psycholoog. Toch leggen de geïnterviewden accenten: vooral 'kennis hebben van de culturele achtergrond' en 'openstaan voor andere denkbeelden' zijn essentiële elementen bij de behandeling van allochtonen. Ook oprechte nieuwsgierigheid, inlevingsvermogen, onbevooroordeeldheid, flexibiliteit en creativiteit vormen wezenlijke ingrediënten.

Het kunnen hanteren van meerdere psychotherapeutische referentiekaders is eveneens noodzakelijk. Of, zoals een autochtone psychotherapeut het uitdrukte: 'Hulpverleners is als werken met een computer. Je hebt een paar programma's aanstaan die je niet allemaal tegelijk gebruikt. Betreft het interculturele hulpverlening, dan start je op voorhand alvast wat extra programma's.' Twee van die extra 'programma's' betreffen het werken vanuit systemisch (gericht op gezin en familie) en contextueel (maatschappelijke omgeving) perspectief. Interculturele hulpverlening betekent echter ook meer investeren, aan tijd, energie, geduld, en in het achterhalen van extra informatie.

PSYCHOTHERAPIE MET ALLOCHTONEN

Machteloosheid is daarbij een terugkerend thema in de interviews – door schrijnende problematiek, door veeleisendheid of juist passiviteit van cliënten, of door de onbespreekbaarheid en onveranderbaarheid van gedrag. Een (autochtone) psychiater zegt: ‘Het lastigste vind ik nog moslims, die eigenlijk homoseksueel zijn maar dat niet mogen van hun geloof en daardoor heel veel klachten hebben. Ze komen hier in feite om hun homoseksualiteit de kop in te drukken. Dat gaat in tegen mijn eigen principes.’

719

Verder wordt de interactie bemoeilijkt door onduidelijke verwachtingen, het externaliseren en somatiseren van klachten, en door communicatieproblemen (bij het inzetten van een tolk of tolkentelefoon). Doorzettingsvermogen is dan ook een belangrijke factor in interculturele therapie.

Doktersjas

Ondanks deze aandachtspunten lijkt interculturele therapie in algemene zin niet heel anders te zijn dan intraculturele behandeling.

Het creëren van een goede werkrelatie en het scheppen van vertrouwen is essentieel in de beginfase van elke therapie. Bij allochtone cliënten kan het vertrouwen gewonnen worden door de lichamelijke problemen te erkennen en door hulpvraag en hulpaanbod goed op elkaar af te stemmen. Sommige allochtone cliënten hebben bepaalde ideeën die een adequate opbouw van de werkrelatie kunnen belemmeren (angst om voor gek te worden versleten of ‘de vuile was’ buiten te hangen), of minder gebruikelijke hulpvragen zoals administratieve verzoeken. Het is dus van cruciaal belang om uit te leggen wat de cliënt kan verwachten, wat de hulpverlener kan bieden en wat niet, en om goed door te vragen naar de ideeën van de cliënt over zijn problemen en de behandeling daarvan.

Inzake het taalgebruik vinden de geïnterviewden het belangrijk om simpel te formuleren, metaforen te gebruiken en zo concreet mogelijk te communiceren. Een allochtone SPV'er gaf een voorbeeld van zo'n metafoor: ‘Ik vertel dan een verhaal over een man die onder een appelboom ligt, honger heeft en vraagt of God hem wil voeden. Dan valt er een appel van de boom naast hem neer, maar hij blijft liggen wachten met zijn mond open. De moraal van het verhaal is dat God die appel voor je laat groeien en zelfs voor je op de grond neerlegt, maar je moet hem wel zelf oprapen.’ Verder moet je steeds nagaan of de cliënt je echt begrepen heeft. Ook op non-verbaal niveau is alertheid geboden. Instemming van de cliënt kan een vorm van beleefdheid zijn.

Sommige hulpverleners benadrukken de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt. Een autochtone SPV'er: ‘Ik wil samen met de cliënt kijken wat hij

KNIPSCHER & KLEBER

denkt dat de oplossing is. Ook al duurt het daarmee allemaal wat langer. Op het moment dat hij een vertaling geeft van zijn probleem en een eigen inzicht ontwikkelt over de oplossing, is dat beter dan wanneer ik het voorkauw. Dan zeg je eigenlijk: ik ben de deskundige, jij weet het niet.' Anderen zijn juist confronterend en directief ('Je moet een doktersjas aantrekken'). Allochtonen verwachten vaak een sturende hulpverlener, zo meent men – afwachtendheid wordt geïnterpreteerd als onmacht of onbegrip.

Doorvragen

Als algemene vraag voor de eerste gesprekken geldt: waarom is de psychische, lichamelijke, relationele, sociaal-maatschappelijke situatie nu zoals die is? Zoveel mogelijk worden daarbij het migratieproces en de integratiegeschiedenis betrokken (met aandacht voor belastende factoren zoals financiële verplichtingen ten aanzien van achtergebleven familieleden, onbekendheid met de Nederlandse taal en instanties, en discriminatie). De hulpverlener vraagt naar financiële, juridische, werkgerelateerde en huisvestingsproblemen, en naar relatie-, gezins-, en familieverhoudingen (zoals het leven tussen twee culturen, en loyaliteitsproblemen bij jongeren). Tevens wordt de ziektegeschiedenis besproken (inclusief bovennatuurlijke ziekte-interpretaties als winti en hulp van 'cultuureigen' genezers als een bonuman) en gaat de hulpverlener na in hoeverre de problematiek uitzonderlijk is in de cultuur van de cliënt. Sommigen voeren in deze fase van de behandeling overleg met andere (allochtone) hulpverleners, of winnen advies in bij een religieuze raadsman.

Allochtone cliënten geven soms andere verklaringen voor hun problemen dan autochtone hulpverleners. Ze verwijzen bijvoorbeeld naar bovennatuurlijke krachten of 'het lot'. Sommige behandelaars stellen deze discrepantie expliciet ter discussie. De meerderheid echter respecteert de opvatting van de cliënt en probeert die bespreekbaar te maken. Diverse hulpverleners passen in een dergelijke situatie wederom een meersporenbeleid toe: ze respecteren het externe verklaringsmodel, én benadrukken de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt. Een GZ-psycholoog meldt: 'De meeste Marokkanen hanteren met gemak drie verklaringen tegelijk. En deze gooien ze pas de deur uit als ze weten dat het dát niet is. Dus ze kunnen heel makkelijk een meer moderne, westerse verklaring hanteren naast een inheemse.'

Overigens gaan juist vooral allochtone hulpverleners in tegen bovennatuurlijke verklaringen. 'Natuurlijk moet je respecteren waar je cliënt mee komt, maar zodra iemand zich erachter kan verschuilen zo van "Ja, dat is nu eenmaal mijn cultuur, dat is nu eenmaal mijn geloof," beperkt hij daarmee ook zijn ruimte,' aldus een allochtone SPV-er.

Psychodiagnostiek

De geïnterviewden zijn sceptisch over het gebruik van diagnostische tests en classificatiesystemen. De meerderheid meent dat de huidige westers georiënteerde diagnostiek verkleuring van de werkelijkheid in de hand werkt. Taalverschillen kunnen een barrière vormen en een lichamelijke klachtenpresentatie kan onderliggende psychopathologie camoufleren. Ze zijn daarom voorzichtig bij het interpreteren van testuitkomsten; factoren als omgeving, opleiding, cultuur en eigen visie van de cliënt zouden moeten meewegen.

721

Verontrustend is echter dat de meerderheid van de ondervraagden niet bekend is met de moderne culturele formulering behorende bij de DSM-IV (zie Borra e.a., 2002). Sommigen hebben ervan gehoord, slechts een enkeling gebruikt de culturele formulering als richtlijn bij diagnosestelling. Ook is men weinig op de hoogte van de diverse vragenlijsten en tests die inmiddels zijn getoetst op cross-culturele validiteit (zie Van de Vijver, 2005).

Naast motiveren en het verlagen van barrières zijn psycho-educatie, structureren en focussen succesbepalende factoren in de beginfase van de behandeling. Een contextuele benadering is hierbij van belang: steeds dient de invloed van het systeem (is het huwelijk gearrangeerd?), de maatschappelijke context (zijn er schulden?), en bovennatuurlijke verklaringen (gaat het niet om



Asielzoeker in transit. Foto EPA/ANP

KNIPSCHER & KLEBER

vervloeking?) te worden onderzocht. Daarna kan symptoomoverstijgend, stabiliserend en ondersteunend worden gewerkt. Ten slotte, op meer existentieel niveau, kan egoversterkend worden behandeld. Zo kunnen copingvaardigheden worden ontwikkeld (*empowerment*) waarbij bekrachtiging van zaken die de cliënt (nog) wel kan, centraal staat. De behandelaar benadrukt de gezonde kanten van de cliënt, tracht hem uit de slachtofferrol te halen en zoekt naar veerkracht en ondersteuning van het netwerk.

Diverse hulpverleners geven extra aandacht aan medicijngebruik. Ze leggen de bijsluiter uit en zijn alert op bijwerkingen. Reguliere psychotherapieën zijn vaak verbaal en sluiten inhoudelijk niet altijd goed aan. Daarom bieden sommigen ook lichaamsgerichte behandeling (psychomotore therapie) of cultuurspecifieke groepstherapie (zoals een Turkse vrouwengroep).

Naar een ideaaltypisch profiel

Wanneer we bevindingen samenvoegen met eerder genoemde Amerikaanse competenties, ontstaat het volgende profiel. Intercultureel competente therapeuten zijn zich bewust van hun eigen culturele waarden en vooroordelen. Ze zijn zich bewust van machtsverschillen tussen therapeut en cliënt en het gevaar van stereotypering, en ze onderkennen negatieve emotionele reacties ten aanzien van allochtonen. Dergelijke opvattingen kunnen onbewust de behandeling ondermijnen. Navrant was bijvoorbeeld het geringe enthousiasme van een aanzienlijk aantal hulpverleners op de vraag of ze zelf in behandeling bij een allochtone hulpverlener zouden gaan (zo reageerde iemand subtiel: 'Ik denk dat ik het eigenlijk niet eens zo erg zou vinden').

Intercultureel competente therapeuten zijn zich bewust van het wereldbeeld van de cliënt. Ze waken voor 'culturaliseren' en houden ruimte voor culturele verschillen (zie Van Dijk & Boedjarath, 2002). Concrete kennis over specifieke culturele groepen kan worden verkregen via persoonlijke contacten, reizen, het lezen van buitenlandse literatuur en het volgen van workshops. Allochtone collega's kunnen worden ingezet als informatiebron. Het inlevingsvermogen in andere culturen kan vergroot worden door aan te sluiten bij eigen ervaringen met vertrek en afscheid (zoals bij verhuizing) of elementen uit de eigen jeugdcultuur (een streng gereformeerde achtergrond). Maar het is vooral belangrijk om het de cliënten zelf te vragen.

Een intercultureel competente therapeut hanteert cultuurspecifieke interventiestrategieën. Bij het opbouwen van de werkrelatie kijkt de therapeut systemisch en contextueel (socio-economische positie, integratieniveau), en zijn bejegeningaspecten en motiveringstechnieken essentieel. De therapeut en de cliënt moeten uitvinden wat ze over elkaar weten en hoe ze over elkaar

denken. Als de verwachtingen met elkaar verbonden zijn, kan er een behandelgoal geformuleerd worden dat begrijpelijk, acceptabel en zinvol is in de ogen van de cliënt. Respect voor 'andere' verklaringsmodellen is belangrijk, maar ook de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt mag worden benadrukt. Veel niet-westerse lager opgeleiden geven de voorkeur aan een paternalistische relatie: de therapeut heeft de kennis en de cliënt geeft zich in vertrouwen over. Verder is kennis geboden over moderne inzichten en technieken bij diagnostisch testgebruik. Psychotherapie is slechts één vorm van hulpverlening. Een verschuiving naar lichaamsgerichte therapievormen, groepshulpverlening, en eventuele samenwerking met 'cultuureigen' hulpverleners kan aangewezen zijn (zie ook Pannekeet, 2004).

723

Bovengeschetst profiel vertoont aanzienlijke overeenkomst met aanbevelingen in recente studies (Bekker & Frederiks, 2005; Colijn & Boedjarath, 2005; Kramer, 2004). De volgende stap is het toetsen van de effectiviteit van dit profiel in interventiestudies. Een belangrijke uitdaging daarbij vormt het feit dat een dergelijk profiel op gespannen voet kan staan met de protocolair gestuurde behandelaanpak. Praktische consequentie van het voorgestelde profiel is immers dat het meer tijd kost omdat het tempo veelal lager ligt dan in intraculturele behandeling. De bestaande protocollen zouden daarom aangevuld moeten worden met interculturele modules.

Interculturele behandeling stelt vooral extra eisen aan de algemene competenties. Het opbouwen van de therapeutische relatie tussen een hulpverlener uit de meerderheidscultuur met een cliënt uit een etnische minderheid wordt substantieel vergemakkelijkt wanneer de therapeut openstaat voor de eigen vooringenomenheid ten aanzien van het wereldbeeld en de werkelijkheid van de cliënt. Interculturele therapie is een proces van zoeken en aftasten, van navigeren langs verschillende betekeniscontexten, van relativeren van het gangbare, van openstaan voor alternatieven, van doorzettingsvermogen, en van openstaan voor de 'cultuur' van de cliënt in de ruimste zin – of deze cultuur nu etniciteit, leeftijd, sekse of sociale status betreft.

Maar is een dergelijke houding niet essentieel voor elke psychotherapeut? Het verschil tussen interculturele en reguliere psychotherapie is gradueel en diffuus. Interculturele therapie is ook een kwestie van durven en vooral van willen. Therapeuten moeten aangemoedigd worden om nieuwsgierig te zijn in plaats van bij voorbaat ontmoedigd te raken vanwege vermeende complexiteit. Psychotherapie met allochtonen is uitdagend en verrijkend – voor de interactie met cliënten (zowel allochtone als autochtone) en voor de therapeut zelf.

KNIPSCHER & KLEBER

Literatuur

- Bekker, M.H.J. & E. Frederiks (2005). *Psychotherapeuten over diversiteitsbewuste werkwijzen en knelpunten bij intake, diagnostiek en behandeling van allochtone vrouwen en mannen*. Tilburg: Universiteit van Tilburg.
- Borra, R., R. van Dijk & H. Rohlof (2002). *Cultuur, classificatie en diagnose. Cultuursensitief werken met de DSM-IV*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Colijn, S., & I. & Boedjarath (2005). Behandeling van allochtonen: een drieluik. *De Psycholoog*, 40, 3, 144-148.
- Dijk, R. van, & I. Boedjarath (2002). Wat een geluk dat niemand weet, dat ik Repelsteeltje heet! Op zoek naar het wezen van transculturele psychotherapie. In: Van Meekeren (red.), 2002, p. 123-136. Amsterdam: Boom.
- Knipscheer, J.W. (2000). *Cultural convergence and divergence in mental health care. Empirical studies on mental distress and help-seeking behaviour of Surinamese, Ghanaian, Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands*. Veenendaal: Universal Press.
- Knipscheer, J.W., & R.J. Kleber (2004a). A need for ethnic similarity in the therapist-patient interaction? Mediterranean migrants in Dutch mental health care. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 6, 543-554.
- Knipscheer, J.W., & R.J. Kleber (2004b). *Een interculturele entree in Altrecht. Inhoud van werkwijze van een interculturele aanpak bij kortdurende behandeling*. Utrecht: Altrecht.
- Kortmann, F.A.M. (2003). *Interculturele geestelijke gezondheidszorg in Nederland. Een studie naar de 'state of the art' van de transculturele hulpverlening*. Utrecht/Rotterdam: GGZ Nederland/Mikado.
- Kramer, S. (2004). *Interculturele competentieprofielen in de GGZ*. Rotterdam: Mikado.
- Limburg, Okken, A., & S. Sidali (1996). Intakeprocedures: voorbeeld van een anamneseprotocol. In: J.T.V.M. de Jong & M. van den Berg (red.), *Transculturele psychiatrie en psychotherapie. Handboek voor hulpverlening en beleid*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Maso, I., & A. Smaling (1998). *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Amsterdam: Boom.
- Meekeren, E. van, A. Limburg-Okken & R. May (2002). *Culturen binnen psychiatrie-muren. Geestelijke gezondheidszorg in een multiculturele samenleving*. Amsterdam: Boom.
- Pannekeet, C. (2004). *Handreiking interculturele zorgprogrammering*. Utrecht: GGZ Nederland.
- Ponterotto, J.G., J.M. Casas, L.A. Suzuki, C.M. Alexander (2001). *Handbook of multicultural counseling*. Thousand Oaks: Sage.
- Struijs, A., & H.J. Wennink (2000). *Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht /Zoetermeer: Trimbos-instituut /RVZ.
- Sue, D.W., & D. Sue (2003). *Counseling the culturally diverse. Theory and practice (4th edition)*. New York: John Wiley & Sons.
- Tseng, W.S. (1999). Culture and psychotherapy: Review and practical guidelines. *Transcultural Psychiatry*, 36, 2, 131-179.
- Vijver, F.J.R. van de (2005). Testgebruik en diagnostiek in een multiculturele groepen: problemen en oplossingen. In J.W. Knipscheer & R.J. Kleber (red.), *Psychologie en de multiculturele samenleving*. Amsterdam: Boom.

Summary

Knipscheer, J.W. & R.J. Kleber

'Psychotherapy with ethnic minority clients – really so different?'

Based on a review of Dutch and US literature and on interviews with 30 mental health care providers with intercultural experience, this article identifies the core competences needed to give psychotherapy to clients with non-Dutch cultural backgrounds. Interculturally competent therapists are conscious of their own cultural and professional backgrounds and are able to critically reflect on them. They are aware of the client's world view and are open to culturally related ideas about illness and treatment. Some strategies that have proven viable in culturally specific interventions are psychoeducation, acknowledgement and recognition of physical symptoms and social problems, and physically oriented forms of therapy. Essential requirements for these are a systemic, contextual treatment approach and a culturally sensitive attitude.

Personalia

Dr J.W. Knipscheer (1966), is als universitair docent Klinische Psychologie aan de Universiteit Utrecht. Adres: j.w.knipscheer@fss.uu.nl

Prof. dr R.J. Kleber (1950) is universitair hoofd-Klinische Psychologie aan de Universiteit Utrecht, en hoofd onderzoek bij het Instituut voor Psychotrauma in Zaltbommel.