



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Ervaringen met directieve therapie in Suriname

Erwin van Meekeren*

Samenvatting

In de diverse psychotherapiestromingen wordt nauwelijks aandacht besteed aan de psychische problemen van mensen met een niet-westerse culturele identiteit. Dit geldt ook voor de directieve therapie, die zich toch vaak heeft ingezet voor 'minder rijke en minder geletterde' patiënten. Aanbevelingen uit de literatuur over psychotherapie bij genoemde patiëntengroep vertonen veel overeenkomsten met kenmerken van de directieve therapie. Tijdens zijn werkzaamheden in 's Lands Psychiatrische Inrichting te Paramaribo deed de auteur positieve ervaringen op met het toepassen van directieve strategieën; enkele voorbeelden hiervan worden in de vorm van gevalbeschrijvingen weergegeven. Ten slotte worden de aanpassingen die nodig bleken genoemd.

Inleiding

De psychische moeilijkheden van mensen met een niet-westerse culturele identiteit krijgen de laatste jaren toenemende aandacht. Beschrijvingen van de wijzen waarop wij hun klachten het beste therapeutisch kunnen benaderen zijn echter dun gezaaid.

In de diverse psychotherapie-opleidingen wordt aan deze patiëntengroep nauwelijks aandacht besteed. Mogelijk speelt het idee dat deze patiënten ('te') weinig psychologiseren, verbaliseren of introspectief vermogen hebben hierbij een rol. Ook de directieve therapie, die zich vaak heeft ingezet voor minder rijke en minder geletterde patiënten, munt in elk geval in haar publikaties niet uit in aandacht voor deze mensen.

De auteur, die in het kader van zijn keuzejaar psychiatrie naar Suriname vertrok, besloot te onderzoeken wat de toepassingsmogelijkheden waren van directieve therapie bij zijn werkzaamheden in 's Lands Psychiatrische Inrichting te Paramaribo. Dit artikel beoogt aan de hand van enkele gevalbeschrijvingen een weergave te zijn van enkele van zijn therapeutische (poliklinische) ervaringen aldaar.

Waarom directieve therapie?

Het moge duidelijk zijn dat de auteur enthousiast is over de uitgangsprincipes van de directieve therapie. In de overtuiging dat zich ook tussen autochtone Nederlanders aanzienlijke verschillen voordoen in culturele opvattingen en gewoontes, is het handig om ondogmatisch gebruik te kunnen maken van verschillende behandelmethodieken.

Voorts lijkt het nauwelijks denkbaar dat mensen met een andere culturele achtergrond bezwaren zullen maken tegen een aanpak die gericht is op het bieden van perspectief,

* E. VAN MEEKEREN, psychiater, is werkzaam in het Psychiatrisch ziekenhuis Endegeest in Oegstgeest.

op het verminderen van klachten of het in een ZO gunstig mogelijke context plaatsen ervan.

In de bescheiden hoeveelheid literatuur over psychotherapie bij psychische stoornissen van patiënten in niet-westerse landen en van migranten in Nederland kunnen we moeiteloos kenmerken van de directieve therapie herkennen (Van der Velden, 1989). Giel (1984) stelt dat de hulpverlener 'nogal eens directief moet optreden, met behulp van ontspanningsoefeningen of andere, eventueel paradoxale opdrachten'. Varma (1988) komt, na een uitvoerige beschrijving van de kenmerken van de Indiase cultuur, met de volgende aanbevelingen: een korte flexibele en eclecticische psychotherapie met aandacht voor culturele en sociale omstandigheden, een actieve rol van de therapeut (actieve leiding waarbij een verklaring van de klachten wordt gegeven en door middel van directieven wordt aangegeven wat te doen en wat te laten) en gebruik maken van het sociale netwerk. Ook andere auteurs (Barnouw, 1985) komen met soortgelijke aanbevelingen.

In de literatuur over migranten staat de actieve, adviserende rol met accent op 'directe' symptoomverlichting centraal (Lamers, 1987; Limburg-Okken, 1989; Terpstra, 1987). Het geven van opdrachten wordt door Orucu (1987) en Van der Meer (1987) zinvol genoemd, mits ze herhaald uitgelegd worden en er niet te snel getwijfeld wordt aan de motivatie van de patiënt wanneer een opdracht niet (direct) wordt uitgevoerd. Limburg-Okken (1989) noemt demoralisering een kernprobleem. Meerdere auteurs (Giel, 1984; Limburg-Okken, 1989; Pannekeet, 1987; Sieval, 1987; Wesenbeek, 1987) vinden het inschakelen van de omgeving bij de behandeling noodzakelijk.

De setting

Suriname telt circa 400 000 inwoners, die vooral gekenmerkt worden door een enorme culturele diversiteit. We treffen er onder andere: Hindoestanen, creolen, Javanen, bosnegers, Indianen en Chinezen, die allen in vrij sterke mate hun eigen culturele gewoontes hebben bewaard. De huidige ernstige economische crisis heeft haar weerslag op de geestelijke gezondheidszorg.

Psychiatrische behandeling zowel klinisch als poliklinisch vindt in Suriname voornamelijk plaats in 's Lands Psychiatrische Inrichting te Paramaribo (Van Meekeren, 1991).

De volgende gevalsbeschrijvingen hebben betrekking op het poliklinische werk van de auteur.

Gevalsbeschrijvingen

Claudia

Claudia, een creoolse scholiere, was negentien jaar oud toen zij met gesloten ogen op de polikliniek werd gebracht. Ze werd verwezen door een EHBO-arts die geen somatische afwijkingen had gevonden. Een dag tevoren draaiden plotseling haar oogbollen omhoog, een

mogelijke aanleiding wist niemand aan te geven. De voorgeschiedenis vermeldde geen (psychiatrische) bijzonderheden. Ze was opgegroeid in een dorp in West-Suriname. Na de mulo ging Claudia naar de Handelsschool, waar ze vlak voor de examens van het eerste jaar zat. Tot dan ging het uitstekend op school en had ze enkele goede vriendinnen. Deze informatie werd later bevestigd door het schoolhoofd. Moeder noch Claudia konden enige reden of verklaring bedenken voor de symptomen. Claudia gaf aan niets te kunnen zien en demonstreerde dit door tegen stoel en deur op te lopen.

Bij onderzoek van de ogen zagen we alleen het wit van de sclerae, de cornea was niet te zien (omhoog gedraaid). Globaal neurologisch en psychiatrisch onderzoek leverde geen bijzonderheden op. Nadat ook enkele, in consult geroepen, Surinaamse collegae hun verwondering over dit verschijnsel hadden uitgesproken, werd besloten tot een suggestieve medicamenteuze aanpak: compressen op het oog, injecties (vitamine B) en rustgevende capsules (lage dosering Tranxène). Toen na intensief policontract vier consulten in acht dagen geen enkele verbetering optrad, werd Claudia ter observatie opgenomen. Haar unieke fysieke prestatie werd wederom vastgesteld: langdurig bleven haar oogbollen geheel omhooggedraaid! De in consult geroepen neuroloog vond geen afwijkingen en vermeldde in zijn conclusie: 'hysterie'. Op de afdeling bleek Claudia een zeer vriendelijk meisje dat aangaf veel zorgen te hebben over het missen van tentamens. Ze was bang haar eerste schooljaar niet te halen en drong regelmatig aan op ontslag, ondanks het uitblijven van verbetering van haar klachten. Claudia voelde zich wellicht niet altijd serieus genomen getuige haar in tranen gedane uitspraak: 'De verpleging zegt dat ik het expres doe'.

Vragen over een mogelijke symbolische aard van de problematiek werden gesteld ('Is/was er iets dat je niet onder ogen kunt/kon zien?'), maar deze leverden slechts speculatieve beschouwingen op. Besloten werd tot een pragmatische aanpak: het wekken van hoop, het geven van een 'verklaring' die zou aansluiten bij haar denkwereld (ze heeft erg hard moeten werken op school: 'je ogen zijn oververmoeid en in een soort kramptoestand ...'), en Claudia werd medegedeeld dat rust, aansterken en voorzichtig oefenen tot herstel zouden leiden. Zij moest haar ogen afwisselend afdekken, een zalf ('smeersel') rond de ogen smeren en - 'heel voorzichtig' - voor de spiegel met het onafgedekte oog oefenen. Ter versterking kreeg ze vitaminepillen. De optimistische verwachtingen werden ondersteund door de uitslag van intensief overleg met het schoolhoofd: ze mocht de door haar ziekte gemiste examens inhalen, wanneer ze hersteld was. Ook werd een poging ondernomen om stigmatisering te voorkomen (geen sinecure in een kleine gemeenschap); de familie en de school kregen de mededeling dat zij een rustkuur onderging, bezoek van medeleerlingen werd niet toegestaan. Verbetering trad geleidelijk op en twee weken na opname kon Claudia in herstelde toestand worden ontslagen. Kort na ontslag volgden twee recidieven, één na een bezoek aan een oogarts (ze klaagde al langere tijd over slecht zien in de klas; er werden geen afwijkingen gevonden) en de tweede na een bezoek aan het schoolhoofd, die haar adviseerde nog wat langer tijd te nemen om te herstellen. Aan de behandeling werd toegevoegd een uitleg over 'onbewuste gewoontevorming' en een aanmoediging om 'de ogen de baas te blijven'. Tevens kon verband worden gelegd tussen klacht en aanleiding. De familie werd geadviseerd Claudia bij het opnieuw optreden van symptomen naar haar kamer te sturen, waar zij dan net zo lang de in het ziekenhuis geleerde procedure (oogafdekken, oefenen, etc.) moest toepassen tot de ogen weer normaal zouden staan. In de vijf maanden daarna keerde de klacht nog eenmaal terug, na een fikse ruzie thuis. Claudia haalde haar examens in en slaagde voor haar eerste schooljaar.

Shanta

Shanta was een Hindoestaans meisje – de oudste van vier kinderen – van twintig jaar. Zij werd enkele jaren door diverse medisch–specialisten behandeld voor uiteenlopende klachten, zoals hoofdpijn, pijnen in wisselende delen van haar lichaam en zwakte in de spieren. Een jaar lang bezocht zij de polikliniek psychiatrie in verband met de klachten ‘knikkende benen’ en ‘door de knieën zakken’. Er leek een zeker evenwicht gekomen tussen haar klagen en het verstrekken van medicijnen. Zij kwam bij de auteur onder behandeling. Haar polikliniekaart vermeldde de term ‘grande hysterie’. Vanaf het begin legde de therapeut het accent op gezonde en positieve aspecten en strooide met complimenten daar waar ze mogelijk waren: Shanta hielp haar moeder in de huishouding, ze verzorgde zichzelf goed en had kans gezien goede prestaties op school te leveren. Registratie–opdrachten met eenvoudige start en veel verbale beloning leverden veel informatie op. Shanta had nu haar school was afgelopen moeite met haar dagvulling (een groot deel van de dag keek ze video’s). Een negatief zelfbeeld kwam naar voren uit de waarderingscijfers voor haar eigen gedragingen. Tevens kwamen conflicten in het gezin naar voren, met name tussen Shanta en haar vader. Shanta ergerde zich vaak aan de traditionele opvattingen van haar vader, zelf was ze moderner ingesteld; ze wilde niet huwen met een Hindoestaan, niet alleen maar het huishouden doen en minder beperkingen in haar bewegingsvrijheid dan haar vader goed achtte.

Shanta kreeg vervolgens relaxatie–oefeningen en een bandje mee naar huis om te oefenen. Op het bandje werden in de volgende zittingen teksten toegevoegd als: ‘een veilige omgeving waar ze zichzelf mag zijn; waar ze rustig mag verzinnen wat ze prettig zou vinden; het in deze omstandigheden steviger op haar benen staan, vastere voeten op aarde krijgen’.

Daarnaast werd door middel van opdrachten gewerkt aan een andere dagvulling, haar negatieve zelfbeeld en het anders leren omgaan met irritaties: daar waar mogelijk zich leren uiten, daar waar niet mogelijk het zoeken van ander (‘opluchtend’) gedrag (in haar geval een eind fietsen).

Alle opdrachten werden met verve uitgevoerd en werden door de therapeut met de nodige dramatiek (‘deze is heel zwaar, lukt bijna niemand’) en humor gebracht. De klacht die Shanta het ergst vond, de al jaren bestaande hoofdpijnklaften, werd met dezelfde methode met succes aangepakt: registratie, relaxatie, alternatief gedrag.

Ongeveer halverwege de behandeling na zeven zittingen vroeg Shanta of haar vader op consult mocht komen. Er waren dan steeds meer gezinsconflicten die zij toeschreef aan vaders jaloezie jegens haar moeder en hij reageerde prikkelbaar op de andere gezinsleden. Vaders probleem leek in eerste instantie vooral cultureel bepaald (overheersing van de Hindoestaanse man), maar hij bleek na zorgvuldig onderzoek ruimschoots te voldoen aan de criteria van de DSM–III–R (APA, 1987) voor een depressie in engere zin. Hij werd succesvol behandeld met anti–depressiva. Het kostte aanvankelijk enige zittingen om vader te overtuigen van het nut van het (elke dag!) slikken van medicatie. Vooral schriftelijk informatiemateriaal (‘Depressie en manie’ van W.A. Nolen, uitgegeven door Lundbeck bv) leverde de nodige herkenning van symptomen op en bracht voldoende motivatie voor het slikken van de medicijnen. Op verzoek van de betrokken partijen werden Shanta en het ouderlijk paar apart van elkaar gezien. Bij beiden kwamen de gezinsconflicten vooral tussen de traditioneel ingestelde vader en moderne dochter regelmatig ter sprake. Met behulp van het aannemen van een bemiddelende rol, met het uitspreken van begrip voor beide standpunten (vooral ook voor die van vader!) werd gewerkt aan compromissen die voor alle partijen bevredigend waren.

Shanta wilde in verband met het naderende vertrek van de therapeut na veertien zittingen ze was toen zonder klachten de behandeling stopzetten. Zij had inmiddels haar rijbewijs gehaald, deed een computercursus en werkte bij een lokaal radiostation.

Charly

Charly was zesentwintig jaar toen hij als brandweerman de wacht had op het vliegveld Zanderij toen op 6 juni 1989 één van de twee SLM-vliegtuigen neerstortte, waarbij 176 van de 185 inzittenden om het leven kwamen. Bijna twintig uren achtereen werkte hij mee met het bergen van de stoffelijke overschotten, waaronder die van veel vrienden en bekenden. Twee maanden na het gebeuren werd hij verwezen door een maatschappelijk werkster met klachten als afwezig zijn, concentratieproblemen, somberheid, slaapstoornissen en de voor hem vervelendste klacht: herbeleving, vooral 'als ik even rustig ga zitten of vlak voor het slapen gaan'. Charly's klachten vielen binnen de criteria van een posttraumatische stress-stoornis (DSM-III-R).

De behandeling bestond uit: uitleg over het verwerkingsproces, met de (ook bij een ongestoord verwerkingsproces aanwezige) afwisseling van ontkenning en herbeleving (Horowitz, 1980). Vervolgens werden opdrachten gegeven met als bedoeling meer controle te krijgen over de ('noodzakelijke') afwisseling van ontkenning en herbeleving: het actief ophalen van alle herinneringen gedurende vaste tijdstippen, gevolgd door afleiding en ontspanning (in dit geval: joggen). Charly ging akkoord met de voorgestelde behandeling en kreeg een week ziekteverlof om thuis te oefenen. In de derde zitting toonde Charly zich tevreden en opgelucht. Hij had minder last van zijn klachten en wilde weer aan het werk. Hij vertelde dat een aantal collega's ook klachten had (vooral een prikkelbare stemming) en dat een aantal hun klachten probeerde te onderdrukken door toegenomen alcoholconsumptie. Er werd overlegd met de (verwijzende) maatschappelijk werkster en besloten tot een voorlichtingsavond, die gegeven zou worden door haar en Charly, met de mogelijkheid tot verwijzing naar de polikliniek. Charly verscheen daarna niet meer.

Enkele weken later meldde hij zich toch weer aan in verband met een lichte opleving van de klachten. Hij had zich goed gevoeld en was 'dus niet meer gekomen'. De voorlichtingsavond was niet doorgegaan, over de reden laat hij zich in bedekte termen uit. Een aantal collega's zou het onzin vinden om voor deze klachten naar een psychiater te gaan. Het opnieuw krijgen van klachten viel samen met dreigementen en aanvallen op de brandweerpost van rond het vliegveld actievoerende Tucajana-indianen. Charly accepteerde de verklaring van de therapeut dat deze fysieke bedreigingen ('doodsangst') de nog zo recente herinnering aan verlies en dood deden ophalen. De aanvankelijke teleurstelling over het opnieuw optreden van de klachten leek hierdoor plaats te maken voor motivatie om weer aan de slag te gaan met de verdere verwerking. Met het aanbod dat hij te allen tijde voor advies mocht terugkomen, werd besloten tot beëindiging van het contact.

Mevrouw Khirasing

Mevrouw Khirasing was een eenenveertigjarige Hindoestaanse vrouw die zich aanvankelijk aanmeldde wegens hoofdpijn, duizeligheid en prikkelbaarheid. In de loop van de gesprekken vertelde zij dat haar man, die telkens buiten wacht, haar al jaren mishandelde. Hij mocht echter niet weten dat zij iets verteld had want dan, zo sprak zij: 'rammelt hij mij nog harder'. Pogingen om een oplossing te zoeken strandden: patiënte durfde er niet over te praten en kon niet bij haar man weg ('Waar moet ik heen, het zou een schade zijn voor de familie, wie zorgt voor mijn financiële ondersteuning?'). Patiënte mocht nergens heen van haar man, behalve naar familie en de dokter. Terwijl patiënte aanvankelijk 'somatiseerde' pijn in linker lichaamshelft, hoofdpijn, visusstoornissen, kramp in de kaken (die opvallend stijf aanvoelden),

'anansi' (tintelingen), vastzittende tong, opgezet linkerbeen werden we het in enkele gesprekken eens over het feit dat deze klachten in elk geval erger werden door het gedrag van haar man. Dit weerhiel overigens de auteur er niet van om patiënte lichamenlijk en neurologisch te (blijven) onderzoeken en zonodig te verwijzen, zoals eenmaal naar de oogarts, die onder andere glasvochtbloedingen vaststelde.

De echtgenoot werd bij de behandeling betrokken. Hem werd verteld dat er 'sprake was van een ernstige zaak, waarbij gevaar dreigde voor een hersenbloeding'. Hiervoor werd gekozen omdat haar klachten leken op die van een hersenbloeding en dit de echtgenoot mogelijk het meest kon aanzetten tot voorzichtigheid. Omdat patiënte eerder had verteld dat zij op elk door hem gekozen en gewenst tijdstip voor hem klaar moest staan, werd de echtgenoot gevraagd alles te doen en te laten wat zou helpen om haar uit het ziekenhuis te houden, waarbij hij zelf goed zou weten wat te doen en te laten, omdat hij immers zijn vrouw het beste kende.

Als alibi kreeg patiënte smeersels en capsules (Tranxène) en moest zij vaak terugkomen. De aanpak slaagde, patiënte was zeer tevreden.

Af en toe kwamen de klachten terug, waarbij het haar steeds beter lukte het verband te zien met het gedrag van haar man. De klachten werd zo meer een strijdmiddel tegen haar man en een signaalfunctie om zo goed en kwaad als mogelijk bleek meer ruimte en vrijheid voor haar zelf te creëren. Na zeven zittingen werd in onderling overleg besloten tot beëindiging van het contact. Een halfjaar later kwam haar zoon melden dat zijn moeder opgenomen was in het Academisch Ziekenhuis na mishandeling van haar man. De auteur stond toen op het punt het land weer te verlaten.

Kanttekeningen

Het bieden van hoop, het geven van een 'verklaring' van de klachten (aansluitend bij de belevingswereld van de patiënt, zoals vooral bij Claudia) en een daaraan gekoppeld concreet actieplan vormde een uitgangspunt in de behandelingen.

Bij Claudia werd niet te lang stilgestaan bij het zoeken naar 'onbewuste motieven' en 'oorzaken'. In belangrijke mate droegen bij tot verbetering: het vermijden van de schuldvraag, het actief (mee)zoeken naar oplossingen, het regelen van de schoolproblemen, het aanbod van mogen (in plaats van moeten) praten over eventuele persoonlijke problemen. Pas op een geschikt moment (poliklinisch na ontslag) werd expliciet verband gelegd tussen klacht en aanleiding. Het meest 'cultuurspecifieke' in de aanpak is wellicht de moeite die getroost is ter vermindering van stigmatisering (eenmaal in LPI is 'altijd gek').

Bij Shanta bleek de verschuiving in aandacht van zieke naar gezonde kanten essentieel in de therapeutische relatie. Het voortdurend accent leggen op het geslaagde deel van de uitgevoerde opdrachten deden patiënte steeds meer inhoud geven aan volgende opdrachten. Voor de generatieconflicten verwesterd kind tegenover traditionele ouders bleek een begripvol en luisterend oor al waardevol. In de behandeling van vader viel het succes van het meegeven van schriftelijke informatie op. (Ook in andere situaties, zoals bij ouders van schizofrene kinderen, gaf een meegegeven brochure begrip voor het feit dat er sprake was van een ziekte en niet van bewust (gestoord) gedrag.)

Charly's klachtenpatroon illustreerde een wellicht universeel aspect van de verwerking van traumatische ervaringen. Een directieve aanpak kan nuttig zijn bij de behandeling

van een posttraumatische stress–stoornis (Van Meekeren & Nolen, 1989). Het meest ‘cultuurspecifieke’ is wellicht het snel wegblijven bij verbetering van de klachten (en weer aanmelden bij problemen), een voor de auteur typerend gegeven in de Surinaamse praktijk (ook al komt dit bijvoorbeeld ook voor bij patiënten van Nederlandse sociaal–psychiatrische diensten).

Mevrouw Khirasing is een voorbeeld van laveren tussen de marginale mogelijkheden die er in praktische (culturele, sociale) zin zijn. Ook hier gold weer het belang van timing: het koppelen van klachten aan een stressor. Het belang van serieus somatisch onderzoek uit de directieve literatuur ruimschoots bekend wordt hier onderstreept.

Beschouwingen

In de gevalbeschrijvingen komt een aantal zaken niet aan de orde, zo wordt er geen verschil gemaakt tussen de diverse bevolkingsgroepen. ‘De’ Surinamer bestaat natuurlijk niet. Er zijn talrijke bevolkingsgroepen die hun eigen culturele kenmerken hebben behouden. Ook intracultureel (verwesterd versus traditioneel) doen zich grote verschillen voor (Helman, 1977).

Ook andersoortige verklaring modellen van patiënten (met betrekking tot bovennatuurlijke krachten, bijvoorbeeld Winti) of de plaats en methoden van traditionele genezers kwamen niet aan de orde. Ten slotte kon, gezien de beperkte verblijfsduur, geen goed follow–up onderzoek worden verricht.

De auteur meent dat hij nuttig gebruik kon maken van directieve interventies in de Surinaamse setting. Enkele aanpassingen die hierbij nodig waren worden genoemd (hoewel vele van de hierna genoemde punten ook op sommige Nederlandse patiënten van toepassing zijn).

Passieve rol: er bestond een duidelijke neiging de dokter de oplossingen te laten aandragen: ‘de dokter weet het’ (geloof in zijn kennis). Het respect voor de hoge sociale status van de dokter maakte dat de patiënt zich niet snel met de behandeling ‘bemoeide’. Opgdrachten dienden met geduld, veel uitleg en in eenvoud te worden uitgelegd, rekening houdend met de (in Suriname) geringe ‘lees– en schrijf–cultuur’. Men kon de patiënt bij de eerste opdrachten motiveren met uitspraken als: ‘Doet u het voor mij’ of ‘Dan kan ik een (nog) betere behandeling instellen’. In een latere fase kon men dan proberen over te gaan op een actievere participatie van de patiënt. Bij de bespreking van de opdrachten diende men rekening te houden met het (soms geringe) vermogen tot verbaliseren en introspectie.

Communicatie: hoewel bovengenoemde patiënten genegen waren de taal van de therapeut te spreken leerde de ervaring dat, zoals Van Donselaar (1989) het uitdrukt ‘de wegen waarlangs men het Nederlands verstaat en waarlangs men zich in het Nederlands uitdrukt bij de Nederlanders en Surinamers niet hetzelfde zijn’. Woorden worden soms anders gebruikt en uitspraken en uitdrukkingen hebben soms een andere betekenis. Daarnaast bleken vele Surinamers zeer terughoudend te zijn in ‘het buitenhangen van de vuile was’. Het ging hier dan om zaken als bijvoorbeeld een drinkende echtgenoot of financiële problemen, die de familie– of gezinseer konden aantasten.

Timing: een dokter die in het begin 'veel' vragen stelt kan de indruk wekken dat hij mogelijk niet goed weet wat er aan de hand is. Vragen over intimiteit (zoals bijvoorbeeld seksualiteit) konden zeker in de beginfase sterk afschrikken. Een beginfase met een kort en krachtig karakter sloot vaak het meest aan bij de verwachtingen van de patiënt.

Medicatie: de meeste patiënten wensten de polikliniek met een recept te verlaten, zeker in het begin van de therapie. Vorm, kleur en wijze van toediening (injecties!) leken soms belangrijker dan de 'inhoud', zodat soms kon worden volstaan met het verstrekken van vitamines (erg populair) of lage doseringen benzodiazepines. Patiënt noemde de gewenste middelen nogal eens bij naam: Calpol (paracetamol) 'Roche 5' (valium) waren in Suriname erg populair. Medicijnen werden tussen gezins- en familieleden nogal eens uitgewisseld. Volgens Jadnanansing (1989) betekenden medicijnen erkenning van ziek zijn, wat vaak de enige weg is waarlangs bepaalde privileges kunnen worden afgedwongen. Dit verschijnsel wordt in de literatuur over migranten (Limburg-Okken, 1989; Orucu, 1989; Van der Meer, 1987) ook vaak genoemd, net zo als de grote zeggingskracht van injecties (Fraenkel, 1987). Hoewel in de literatuur (Fraenkel, 1987) gesuggereerd wordt dat bij niet-westerse patiënten met lagere dosering psychofarmaca kan worden volstaan (ook Jadnanansing (1989) meende dat dit in de Surinaamse praktijk van toepassing was) kon de auteur dit op basis van zijn eigen ervaringen niet bevestigen.

Compliance: er was sprake van zeer onregelmatig spreekuurbezoek en medicijngebruik. Mogelijk dat een tendens om in het hier-en-nu te reageren hierbij een rol speelde, nog eens versterkt door de slechte economische situatie: zorg om de dagelijkse gang van zaken. Andere factoren die mogelijk een rol speelden waren: op grote afstand wonen, doktersbezoek als alibi voor uit huis zijn (hindoestaanse vrouw), adviezen van traditionele genezers.

Hulp zoeken: vele patiënten bleken vaak gelijktijdig met de behandeling in 's Lands Psychiatrische Inrichting (poliklinisch en klinisch!) ook hulp te zoeken bij traditionele genezers. In Suriname zijn vele traditionele genezers (en zij die zich als zodanig presenteren) werkzaam, die door mensen uit alle bevolkingsgroepen worden geconsulteerd. Diverse auteurs (Giel, 1980; De Jong, 1987) menen dat de patiënt eenvoudigweg hulp zoekt waar hij die denkt te krijgen. De auteur had het wellicht gemakkelijk. In verband met zijn interesse in de werkwijze van deze genezers, kon de behoefte van de patiënt aan (ook) een andere oplossing voor een deel van zijn problemen besproken worden. Een verzoek om mee te gaan naar zo'n genezer werd vaak ingewilligd en bevorderde de relatie. Ook de vraag naar terugrapportage (na een bezoek) werd gewaardeerd.

Overigens vallen in de behandelpraktijk van deze genoemde genezers de volgende aspecten op (Wooding, 1984): een snelle (bovennatuurlijke) verklaring voor de klachten aansluitend bij de belevingswereld van de patiënt met daaraan gekoppeld een (onmiddellijke) behandelstrategie waarbij lichaam, geest en de omgeving worden betrokken. Redenen waarom patiënten waarschijnlijk belangstelling voor deze aanpak hebben!

Slotopmerkingen

De auteur hoopt dat de lezer net als hijzelf aangemoedigd wordt tot verdere exploratie van mogelijkheden voor (psychotherapeutische) hulpverlening aan patiënten met een niet-westerse culturele identiteit. Ten slotte, vooral op hen lijkt van toepassing de uitspraak: 'De therapie-technieken zijn nog niet zo effectief dat hartelijkheid tegenover patiënten, het voor hen klaar staan en iets extra's voor hen over hebben al afgeschaff kunnen worden' (Van der Velden, 1987).

Abstract

Little attention has been paid to the possibilities of application of (western) psychotherapies to people with a non-western cultural background. Recommendations made in literature show similarities with characteristics of 'directieve therapie'. The author applied 'directieve therapie' to out-patients of the state mental hospital in Surinam with encouraging results. Some cases are described in detail. Necessary modifications are discussed.

Referenties

- Barnouw, V. (1985). *Culture and Personality*. Chicago: The Dorsey Press.
- Donselaar, J. van (1989). *Woordenboek van het Surinaams-Nederlands*. Muiderberg: Coutinho.
- Fraenkel, H. M. (1987). Etniciteit en psychofarmaca. In: P. A. Q. M. Lamers (red.), *Hulpverlening aan migranten*. Alphen aan den Rijn: Samsom Stafleu.
- Giel, R. (1984). *Vreemde zielen*. Meppel: Boom.
- Helman, A. (1977). *Facetten van de Surinaamse samenleving*. Zutphen: De Walburg Pers.
- Horowitz, M. J. (1980). Signs and Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, 37, 85-92.
- Jadnanansing, K. I. R. (1989). *Persoonlijke mededeling*.
- Jong, J. T. V. M. de (1987). *A Descent into African Psychiatry*. Amsterdam: Royal Tropical Institute.
- Lamers, P. A. Q. M. (1987). *Klinische psychiatrie en psychotherapie in een transcultureel perspectief*. In: P. A. Q. M. Lamers (red.), *Hulpverlening aan migranten*. Alphen aan den Rijn: Samsom Stafleu.
- Limburg-Okken, A. (1989). *Migranten in de psychiatrie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Meekeren, E. van (1991). *Psychiatrie in Suriname, een impressie*. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 11, 1206-1217.
- Meekeren, E. van & Nolen, W. A. (1989). Posttraumatische stressstoornis: niet alleen bij oorlogsslachtoffers. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 3, 97-99.
- Meer, Ph. J. van der (1987). *Diagnose en therapie bij Marokkaanse cliënten: welke kennis van de cultuur is nodig*. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 7/8, 785-801.
- Orucu, H. Z. (1987). *Over het beïnvloeden van het motivatie-houding-verwachtingspatroon van Turkse cliënten voor gedragstherapeutische behandeling*. In: P. A. Q. M. Lamers (red.), *Hulpverlening aan migranten*. Alphen aan den Rijn: Samsom Stafleu.
- Pannekeet, C. e.a. (1987). *Op weg naar een geïntegreerde hulpverlening. Een Riagg-project over Turken en Marokkanen*. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 7/8, 755-770.
- Sieval, Z. M. (1987). *Een systeemvisie bij migrantenproblematiek*. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 7/8, 801-810.
- Terpstra, J. (1987). *Dat kan toch niet! Jij woont al elf jaar hier! Hulpverlening aan Turkse en Marokkaanse jongeren*. In: P. A. Q. M. Lamers (red.), *Hulpverlening aan migranten*. Alphen aan den Rijn: Samsom Stafleu.
- Varma, V. K. (1988). *Culture, Personality and Psychotherapy*. *The International Journal of Social Psychiatry*, Vol. 34 (2), 142-149.
- Velden, K. van der (1989). *Inleiding: ontwikkelingen in de directieve therapie*. In: K. van der Velden (red.), *Directieve therapie 3*. Deventer: Van Loghum Slaterus.

Erwin van Meekeren

Wesenbeek, H. J. M. (1987). De klinische gezinsbenadering bij allochtone patiënten. In: P. A. Q. M. Lamers (red.), *Hulpverlening aan migranten*. Alphen aan den Rijn: Samsom Stafleu.

Wooding, C. (1984). *Geesten genezen*. Groningen: Constantinopel.