



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

De Bakru is gevlogen: het gebruik van directieve interventies in de transculturele psychiatrie

Migalda B. Sarucco*

Samenvatting

Culturele verschillen tussen therapeut en patiënt kunnen een vruchtbare behandelrelatie in de weg staan. Als het doel van de behandeling niet aansluit bij de wensen of mogelijkheden van de patiënt, zal deze terecht verdere medewerking staken. Ook demoralisatie van de therapeut kan het gevolg zijn van wederzijds onbegrip. Voor het gemak hanteert men in zulke gevallen wel de dichotomie 'westerse' versus 'niet-westerse' problematiek. In veel gevallen leidt dit ertoe dat de patiënt wordt beschouwd als lastig en uitbehandeld en volgt doorverwijzing naar een allochtone hulpverlener. Aan de hand van een casus van een schizofrene man uit Suriname wordt geïllustreerd dat met behulp van directieve interventies en congruente motivatietechnieken met succes kan worden getracht de behandeldoelen goed te laten aansluiten bij de cultuur en de beleving van de patiënt. Gebrek aan kennis over de culturele achtergrond van een patiënt mag geen excuus zijn voor onzorgvuldigheid in het aangaan van een behandelrelatie.

Inleiding

Directieve therapeuten hebben vanaf het begin een lans gebroken voor het verbeteren van de verhouding tussen patiënt en therapeut (Lange, 1996). Non-specifieke factoren als het tonen van interesse voor de patiënt, hoffelijkheid, respect, kennis en 'stevigheid' – in die zin dat de therapeut verantwoordelijkheid durft te nemen voor een therapeutische strategie – zijn noodzakelijk bij het motiveren van de patiënt. Dergelijke eigenschappen van een therapeut bevorderen de ontwikkeling van een goede behandelrelatie (Lange, 1987; 1994; 1996; Van Dijck, Van der Hart, Van der Velden, & Oudshoorn, 1980). Als behandeldoelen niet goed aansluiten bij de wensen en mogelijkheden van een patiënt, kan dat leiden tot ontsporing van de behandelrelatie. Stagnatie in de behandeling is dan niet alleen toe te schrijven aan kenmerken van de patiënt. Demoralisatie van de behandelaar speelt ook een rol (Henselmans, 1996). Volgens Limburg-Okken (1989) is demoralisatie zelfs een kernprobleem bij stagnatie in de behandeling van allochtone patiënten. De therapeut die een behandelrelatie wil aangaan met een patiënt, zal zich moeten verdiepen in diens cultuur. Doet hij dit onvoldoende, dan kunnen patiënt en therapeut elkaar gemakkelijk verkeerd begrijpen en komt de behandelrelatie moeilijk of niet tot stand (Kortmann, 1996; 1997).

Als de culturele achtergrond van therapeut en patiënt (sterk) verschilt, is het niet eenvoudig tot een evenwichtige behandelovereenkomst te komen. Vaak wordt de allochtone patiënt dan als 'lastig' en 'onbehandelbaar' bestempeld en vervolgens doorverwezen naar een allochtone hulpverlener. Men realiseert zich daarbij echter niet

* DRS. M.B. SARUCCO is psycholoog/gedragstherapeut en psychotherapeut in opleiding en is werkzaam in de kliniek en deels in de polikliniek psychiatrie van het Psychiatrisch Ziekenhuis Amsterdam (PZA). Correspondentieadres: Helikon 7, 1186 CD Amstelveen.

dat niet iedereen zich op dezelfde manier verhoudt tot zijn cultuur; ook in de verhouding tot de 'eigen' cultuur is men vaak ambivalent (Withuis, 1998). De zoektocht naar 'gemeenschappelijke grond' blijft zo steken in onjuiste vooronderstellingen. De hier gepresenteerde casus illustreert dat met behulp van directe interventies en non-specifieke therapiefactoren wel degelijk aansluiting kan worden gevonden bij een andere cultuur.

Casus : 'De Bakru is gevlogen...'

Erwin is een vrolijke, zwarte Surinaamse man van 35 jaar. Hij is met een Rechterlijke Machtiging opgenomen op de gesloten afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis. Zowel in Suriname als in Nederland was de volgende diagnose gesteld: schizofrenie, het paranoïde type, en zwakbegaafdheid. Erwin had in Suriname een jaar in de gevangenis gezeten wegens inbraak en diefstal en kort voor zijn aankomst in Nederland, in 1988, was hij enkele maanden opgenomen geweest in een psychiatrisch ziekenhuis, omdat hij zijn broer met een mes in het gezicht had verwond. Het was niet de eerste keer dat hij in Nederland met een Rechterlijke Machtiging was opgenomen. Volgens vele verpleegkundigen op zijn afdeling behoorde hij tot de categorie 'lastig, onbehandelbaar, uitbehandeld', omdat hij niet gemotiveerd was voor enige vorm van zorg of behandeling en 'steeds klaagde over een baby die op zijn schouder zat'.

In het kennismakingsgesprek, eind 1995, ging hij gekleed in mooie felle kleuren met een al even felgekleurde, opvallend grote pet op. Hij lachte graag en uitbundig. Na enkele minuten zei hij: 'Jij bent een nep-Surinamer, want je bent niet in Suriname geboren en je woont te lang in Nederland... en je spreekt de taal uit het binnenland van Suriname niet. Je snapt toch niets van cultuurproblemen. Ik wil daarom niets met je te maken hebben.'

In het tweede en derde gesprek informeerde Erwin wantrouwig naar mijn achtergrond, die uiteindelijk enigszins zijn goedkeuring kon wegdragen. Volgens het dossier zou hij antisociale trekken hebben, maar ik leerde hem kennen als iemand met narcistische trekken. Dit zou in de behandeling een essentiële rol spelen: hij mocht superieur en bijzonder zijn. Hij kreeg de regie over zijn behandeling, zodat enig succes bereikt zou worden in de onderhandelingen over de behandeldoelen. In de derde zitting zei hij: 'Je doet je best, ondanks dat je niet zwart bent; ...je bent bruin en je kent een paar Surinaamse gewoonten, maar dat zijn stadse gewoonten.' En dan lachte hij mij ietwat hooghartig en toch vriendelijk toe. Ik maakte hieruit op dat er nog hoop was op een goede behandelrelatie.

Deze voorzichtige constatering verwoordde ik met lichte humor en overdrijving: 'Zo te zien loop je niet weg uit mijn kamer..., dus dat betekent dat ik een kans krijg om te bewijzen dat het toch lang niet zo slecht met mij gesteld is... Ik tel dus mee.' We spraken af dat hij mij de échte Surinaamse taal ('zijn' taal) zou leren tijdens de daaropvolgende zittingen. Wanneer ik fouten maakte, lachte hij uitbundig. Op de verblijfsafdeling vertelde hij dat hij mij les gaf in de Surinaamse taal en cultuur, en dat ik goed mijn best deed.

In de vijfde zitting wordt het mogelijk hem het volgende te vragen: 'Brada [broer]... vertel me eens wat er met je aan de hand is..., we maken ons zorgen om je.' (Letterlijke

vertaling uit het Surinaams). Hij keek mij verbaasd en boos aan en zei nadrukkelijk: 'En wie zijn we?' Ik probeerde hem uit te leggen dat ik, maar ook de psychiater en de verpleging, zich zorgen om hem maakten, en dat 'ze niet weten hoe ze je het beste kunnen helpen'. Hij schudde verdrietig het hoofd en zei: 'Jullie zullen mij niet begrijpen want het gaat om iets wat met mijn cultuur te maken heeft.' Met interesse vroeg ik hem om mij hierover te vertellen. Nadat Erwin in de twee daaropvolgende (zesde en zevende) sessies zijn ergernis, onvrede en onmacht had geuit over de medicatie en de gedwongen opname, vertelde hij uiteindelijk in de achtste zitting over zijn 'cultuurprobleem'.

Voordat hij aan zijn verhaal begon, was het tijd om te onderhandelen. Ik zei op stellige toon: 'Ook ik heb als je behandelaar en namens de psychiater en de verpleging een verhaal over schizofrenie te vertellen en ik wil met je afspreken dat we met respect naar elkaar zullen luisteren.' Hij ging akkoord en we stelden een behandelcontract op. Daarin namen we een wederzijds gedragscontract op volgens het quidproquo-principe: ik zou samen met hem oplossingen zoeken voor zijn probleem – een wintiprobleem – en hij zou de medicatie continueren en zich welwillender opstellen in de reguliere behandeling van schizofrenie. Nadat we het contract samen hadden ondertekend, vertelde hij over de Bakru die op zijn schouder zat. Hij was bang, want hij was het zwarte schaap in de familie en daarom droeg hij de lasten van familie en voorouders op zijn schouders.

Winti

Winti is een afro-Surinaamse godsdienst waarin het geloof in gepersonifieerde, bovennatuurlijke wezens centraal staat (Wooding, 1972). In het dagelijks spraakgebruik betekent winti: wind. Goden en geesten zijn, net als de wind, niet zichtbaar, en ook zij kunnen zich in een fractie van een seconde over een enorme afstand verplaatsen. Binnen de winti-godsdienst kunnen hogere goden verdeeld worden in verschillende soorten: lucht, aarde, water en bos. Een Bakru behoort tot de bosgoden. De Bakru is in Suriname, en met name in het district Para, een kleine, boosaardige lagere god die zich manifesteert als een baby, of als een kleine zwarte jongen. De aanduiding Bakru vinden we in Ivoorkust, Ghana, Togo, Benin en Nigeria. Hij geniet er grote faam, zodat hij daar soms de status van een hogere god krijgt. Bijna alle goden zijn meegenomen uit Afrika naar Suriname en door voorouders van geslacht op geslacht overgedragen (Wooding, 1972).

De wassing

Het begon in Suriname, in 1984. Erwin werkte toen voor een wintipriesteres, die op een middag, toen hij het gras aan het wieden was in haar tuin, een zuiveringsritueel (een 'wassie', vertaald: wassing) had uitgevoerd bij een klant. Hij zou op dat moment niet beschermd zijn geweest tegen magie. De Bakru die door de wassing was uitgedreven, had in hem een nieuw slachtoffer gevonden en zich in hem genesteld. Zuchtend vertelde Erwin: '... en sindsdien brengt deze Bakru mij op het verkeerde pad en laat mij de vele dingen doen die mij in aanraking brengen met Justitie en de Psychiatrie.'

Hij was ervan overtuigd dat hij alleen in Suriname adequaat geholpen kon worden. Ik toonde begrip, om hem vervolgens te wijzen op de enorme kosten die deze reis met zich mee zou brengen en de onmogelijkheid voor hem om de reis te betalen. Aangezien ik van hem enigszins dom mocht zijn (hij was immers de expert op het gebied van winti-problemen), kon ik mij permitteren om hem de volgende suggestie te doen: 'Neem me vooral niet kwalijk wanneer ik deze onnozele opmerking maak, maar misschien kun je wel hier in Holland geholpen worden door een traditionele genezer.' Hierop reageerde Erwin arrogant en superieur: 'Dat zijn wijsneuzen, kwakzalvers.' Toen ik voorstelde zijn moeder uit te nodigen om haar advies te vragen, zei hij dat hij al langere tijd geen contact met zijn familie had en hij weigerde dat ook pertinent. Ik begrijp dan dat wij het samen moesten doen.

In de daaropvolgende sessies (de negende tot en met de twaalfde) kon Erwin, op mijn verzoek, gedetailleerd vertellen hoe hij de Bakru beleefde, in welke situaties hij er meer of minder last van had. Boos en verdrietig zei hij: 'In Suriname en in Holland plagen zij mij met mijn uiterlijk, ze noemen mij een lelijke zwarte jongen.' Voor hem was de Bakru een lelijke baby die hem in zijn vrijheid beperkte. Door de Bakru, zei hij, kon hij geen goede beslissingen nemen en was hij 'een slecht mens' geworden. Hij was dan angstig en verdrietig. Omdat hier een man zat die ook erg vrolijk kon zijn, en een Bakru ook wel eens beschreven wordt als een (minder angstwekkende) kabouter, probeerde ik de Bakru te 'relabelen' als vriendelijke kabouter. Hij keek mij aan alsof hij wilde zeggen: 'Je snapt er ook niets van.' Daarop zei ik met humor en overdrijving: 'Daar heb je die domme nep-Surinaamse weer. Ze zal het ook nooit leren.' Hij lachte en de angstige preoccupatie met de Bakru nam wat af. We hadden daarna vele prettige discussies over de juiste benaming. Toen ik hem uitlegde dat men mij als kind had verteld dat een Bakru een kabouter is, accepteerde hij van mij dat ik de Bakru een kabouter zou noemen.

Ik kreeg de indruk dat ik nu echt bij de categorie 'Wij' hoorde, omdat we inmiddels een goede behandelrelatie hadden opgebouwd. Erwin hoefde geen machtsstrijd meer te voeren. Nu moest nog het juiste moment gevonden worden om domweg te opperen dat hijzelf de Bakru weg zou kunnen krijgen. Op een middag (tijdens de elfde zitting), toen ik met hem domino speelde in mijn kamer, vroeg ik hem wat men doet om deze Bakru te verjagen. Erwin vertelde uitgebreid over de speciale rituele wassing (een purificatierite). Hij vertelde over de verschillende geheime ritens (zoals initiatieriten, preventieve ritens, purificatieriten en verzoenings- en genezingsritens) die direct verband houden met de jaloerse aard van de goden en overleden voorouders. Als de goden veronachtzaamd worden, straffen zij de nakomelingen onverbiddelijk en de enige manier om hen weer gunstig te stemmen is door middel van ritens. Erwin geloofde dat de goden, die zowel van moeder als van vader overgeërfd worden, ziekte en dood brengen aan het nageslacht dat hen is vergeten.

Voorzichtig vroeg ik hem of hij in staat was om de juiste wassing zelf te doen. Hij dacht lang na om mij vervolgens aan te kijken alsof ik weer een dom kind was. Maar ik hield aan: 'Nou, stel je voor, jij krijgt het zelf voor elkaar... de Bakru zou dan zo bang worden dat hij niet meer terugkomt.'

Op een dag (tussen de twaalfde en dertiende zitting) deelde hij mij mee dat hij een rituele wassing zou willen, en wel precies zoals dat gebeurt in het binnenland van Suriname. En in de dertiende zitting vertelde Erwin mij dat de meeste ritens geheim

zijn en in het algemeen plaatsvinden in de stille beslotenheid van een huiskamer of op afgelegen plaatsen in het bos. We spraken af dat ik het voor hem mogelijk zou maken de wassing te doen in de bossen van het ziekenhuis en dat hij alle gelegenheid kreeg om de benodigde spullen zelf aan te schaffen op de Albert Cuypmarkt in Amsterdam en in de Bijlmermeer. Samen met hem maakte ik een (lange) lijst van de spullen die hij zou aanschaffen: een grote traditionele prapi (een Surinaamse waskom), allerlei specifieke geneeskrachtige Surinaamse kruiden, bladeren, kalebassen, geuren in kleine flesjes, floridawater. Ook enkele flesjes bier en rum om bepaalde goden gunstig te stemmen. Hij zou tijdens de wassing een pangi omdoen (een Surinaamse omslagdoek) en onder het zeggen van onder andere gebeden de Bakru verjagen.

Omdat hij echter met een Rechterlijke Machtiging was opgenomen en verbleef op de intensive care-afdeling, moest ik eerst de verpleging en de psychiater overtuigen van de noodzaak van deze vrijheden. Uiteindelijk mocht Erwin regelmatig inkopen gaan doen in de stad, weliswaar onder begeleiding van een verpleegkundige of zijn persoonlijk begeleider, in het kader van de behandeling.

Toen was het zover. Het tijdstip en de (vijf) dagen van de wassing werden vastgesteld: namelijk om 18.00 uur op de eerste dag, de tweede dag om 06.00 uur 's morgens, de derde dag wederom om 18.00 uur, enzovoort. Vervolgens zou hij een geschikte plek zoeken in de bossen van het ziekenhuis vlakbij zijn verblijfsafdeling, waar het ritueel zou plaatsvinden. Ook zou hij een dag voor de wassing zijn kamer helemaal opruimen en de muren soppen. Op de vijfde dag zou hij zichzelf verwennen met een speciale maaltijd ter afsluiting van dit ritueel.

Op de eerste dag van het zuiveringsritueel zag ik Erwin om ongeveer 17.30 uur door de lange gang van het ziekenhuis lopen. Hij had een nieuw trainingspak aan. Hij duwde een kar op wielen voort met daarbovenop de mooie, grote, met water gevulde prapi. Daarin de kruiden, gemengd met speciale geuren, en de kalebas. Dit 'zuiveringsbadwater' was afgedekt met een speciale doek voor het ritueel en naast de prapi stond een fles rum en enkele flessen bier. Ik glimlachte en knikte naar hem. Zijn persoonlijke begeleider – die hiervoor speciaal was ingeroosterd – liep met hem mee naar buiten. Hij zou op gepaste afstand wachten tot het ritueel zou zijn voltrokken.

Enkele dagen later kon Erwin opgelucht tegen mij zeggen: 'Zo Sisa [Zus], de Bakru is weggejaagd naar Suriname, naar het binnenland, en hij schreeuwde heel hard. Ik zag hem op de vleugels van het vliegtuig zitten, en ik ben nu vrij en verlost van de lasten van mijn voorouders. Ik heb het zelf gedaan, dat is mijn kracht.' Ik keek hem aan en zag dat hij zijn schouders weer soepel bewoog alsof er een last van zijn schouders was weggevallen. Hij had weer controle over zichzelf en kon nu aangesproken worden op zijn (andere) verantwoordelijkheden. Hij zou nu de medicamenteuze behandeling vrijwillig toestaan en continueren.

Nabeschouwing

De culturele kloof tussen Erwin en de (westerse) behandelaars en verpleegkundigen leek onoverbrugbaar. Erwin had last van een Bakru. Hij was ervan overtuigd dat hij geen schizofrenie had, want dat was volgens hem een westerse ziekte. De relatie met de verpleging werd gekenmerkt door een machtsstrijd, met name wanneer

miscommunicatie bij hem tot agressie leidde, waarna hij vervolgens werd gesepareerd. Hij leed dan gezichtsverlies. Uiteindelijk werd hij als 'lastig, ongemotiveerd en uitbehandeld' beschouwd. Om een goede behandelrelatie met hem op te bouwen, moest aansluiting worden gevonden bij zijn cultuur: hij mocht vertellen over zijn wintiprobleem. De therapeut kon zich zodoende verdiepen in zijn cultuur en daardoor stap voor stap therapeutische invloed uitoefenen op zijn beleving van de werkelijkheid. Erwin had behoefte aan een probleemgerichte aanpak. De directieve therapie leent zich daar goed voor. In deze therapievorm gaat men immers in eerste instantie uit van de klachten die een patiënt presenteert en probeert men daarvoor oplossingen te vinden.

Een evenwichtige behandelovereenkomst kwam tot stand na onderhandeling. Omdat te veel ineens willen van de onderhandelaar een belemmering kan zijn in onderhandelingsituaties (Henselmans, 1996), werd in kleine haalbare stappen gewerkt. Deze bleken acceptabeler dan een groot en ambitieus plan. In de eerste onderhandelingsfase stond de dichotomie 'ik/wij' en 'jij/zij' centraal. Volgens Erwin, een Creoolse patiënt uit Suriname die bekend is met de wintcultuur, zou een westerse behandelaar geen respect tonen voor zijn wintiprobleem, omdat zij geen ervaring had met deze problematiek en niet geboren was in Suriname. De afstand tussen Erwin en de therapeut kon daarop toch verkleind worden, door de afspraak dat hij de expert was in het behandelen van wintiproblematiek. De voorwaarde was dat hij de behandelaar zou accepteren als de deskundige in de reguliere, westerse, psychiatrische behandeling van schizofrenie. Wanneer het zaken betrof die met de expertise van Erwin te maken hadden, de wintcultuur, was een permissieve stijl van adviezen geven en suggesties doen noodzakelijk. Hiermee benadrukt een behandelaar de vrijheid van de patiënt om een advies of suggestie al dan niet op te volgen, er misschien nog een tijd over na te denken of deze naar eigen goeddunken op onderdelen te wijzigen (Van Dijck, Van der Velden, & Van der Hart, 1980). Ook humor en overdrijving werden gebruikt als interventie tegen zijn angstige preoccupatie met de Bakru. Overdaad daarin dient vermeden te worden (Van Dijck, 1980). Erwin leed zo geen gezichtsverlies en er ontstond wederzijds respect. Hierdoor kon in de tweede onderhandelingsfase overeenstemming worden bereikt over de volgorde van de behandeldoelen. Er zou eerst serieus ingegaan worden op zijn wens om de Bakru te verjagen en vervolgens zou hij de medicamenteuze behandeling vrijwillig toestaan en continueren.

Het behandelteam was nauw betrokken bij deze therapie. De therapeutische strategieën werden besproken: de juiste attitude en mogelijke valkuilen kwamen uitgebreid aan de orde. In het kader van de deskundigheidsbevordering hield de auteur een referaat over directieve interventies en motiveringstechnieken en een klinische les over de Surinaamse cultuur en opvoedingstradities. Ook werd een wintideskundige annex sociaal-psychiatrisch verpleegkundige geconsulteerd en als gastspreker uitgenodigd om over de wintcultuur en haar rituelen te vertellen.

Nadat de Bakru was gevlogen, besloot Erwin vrijwillig zijn medicatie te gebruiken. Hij verhuisde enkele maanden later naar een sociowoning (met minimale begeleiding) in Amsterdam. Twee jaar later volgde een korte opname vanwege een psychotische decompensatie, omdat hij zijn medicatiegebruik had gestaakt naar aanleiding van een conflict met zijn moeder. Tijdens deze laatste opname had hij geen weerstand tegen een complementaire verhouding met de therapeut, waardoor direct gepresenteerde

adviezen een belangrijke rol hebben gespeeld bij het motiveren van Erwin om het contact met zijn moeder te herstellen en het gebruik van zijn medicatie te continueren.

Tot slot

De onzekerheid die therapeuten ervaren in de confrontatie met een niet-westerse patiënt heeft volgens Withuis (1998) geleid tot exotisering, alsof cultuur pas buiten onze grenzen begint. Er wordt voorbijgegaan aan het feit dat bijvoorbeeld ook tussen autochtone Nederlanders aanzienlijke verschillen in culturele opvattingen en gewoonten bestaan (Van Meekeren, 1992). Het spreekt voor zich dat de therapeut, met gebruikmaking van non-specifieke therapiefactoren en strategische en tactische onderhandelingen, zal trachten een behandelrelatie op te bouwen en een veranderingsproces op gang te brengen. De therapeut moet met andere woorden, zoals de casus illustreert, aansluiting zoeken bij de cultuur en de beleving van de patiënt en daar stap voor stap therapeutische invloed op uitoefenen. Het zou onjuist zijn te beweren dat Erwin de last van de Bakru op zijn schouders niet echt zou voelen, maar deze zou gebruiken als een metafoor om de teleurstelling en boosheid over zijn ziekte (schizofrenie) uit te drukken. We moeten erop bedacht zijn klachten van patiënten uit andere culturen, hoe vreemd deze ons ook voorkomen, te accepteren als reële en authentieke ervaringen (Kortmann, 1997).

In de literatuur over transculturele psychiatrie en psychotherapie worden directieve therapie en gedragstherapie aanbevolen, omdat deze beter aansluiten bij de verwachtingen van patiënten uit andere culturen (Kortmann, 1996; Van Meekeren, 1992). Dit komt vooral door de nadruk op 'directe' symptoomverlichting en de actieve rol van de therapeut als:

- facilitator bij de opbouw van een goede behandelrelatie;
- intermediair tussen de onvruchtbare dichotomie westerse en niet-westerse cultuur;
- regisseur die oog heeft voor strategische aspecten van de therapie.

Behandelingen als hier beschreven vergen veel tijd en energie. Er wordt een sterk beroep gedaan op de flexibiliteit, creativiteit en het inlevingsvermogen van de therapeut. Dit mag geen belemmering zijn. Respect, belangstelling en gerichte vragen bieden vaak voldoende ingang om een culturele kloof zo niet te overbruggen, dan wel op relevante punten aanzienlijk te verkleinen (Colijn, 1996; Kortmann, 1996; 1997).

De directieve therapie biedt ruime mogelijkheden voor de behandeling van allochtone patiënten. Een monoculturele behandelsetting is geen noodzaak. Sterker nog, voor de auteur is het zelfs de vraag of een monoculturele setting in sommige gevallen geen contra-indicatie vormt. Wel is enige kennis van de transculturele psychiatrie noodzakelijk. En, ten slotte, zoals Van der Hart en Rubinstein (1977) zeggen: 'Het gewone is wel eens absurd en het buitengewone op zijn plaats. Soms is een simpele oplossing heel bijzonder.'

Abstract

Cultural differences can obstruct the therapeutic relationship. Misperceptions can frustrate both patients and therapists. Directive psychotherapy is a problem-oriented approach which

appeals to many allochthonous Dutch patients. Several motivation-techniques – based on the directive therapy style – have been used in the treatment of a schizophrenic black patiënt from Surinam, who was obsessed with a 'Bakru', an evil deity that was burdened upon him due to ancestral vices. By accepting this problem and actively seeking a congruous solution, the therapist was able to persuade the patiënt into accepting the psychiatric (western) diagnosis and complying with a pharmaceutical treatment.

Referenties

- Colijn, S. (1996). Klinische behandeling en cultuurverschillen. In J. de Jong & M. van den Berg (red.). *Transculturele psychiatrie & psychotherapie* (pp. 203-212). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Dijck, R. van (1980). Het gebruik van humor en overdrijving. In K. van der Velden (red.), *Directieve therapie 2* (pp. 92-117). Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Dijck, R. van, Hart, O. van der, Velden, K. van der, & Oudshoorn, D. (1980). Wat is directieve therapie? (2); vijf programmatische uitgangspunten. In K. van der Velden (red.), *Directieve therapie 2* (pp. 17-25). Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Dijck, R. van, Velden, K. van der, & Hart, O. van der (1980). Een indeling van directieve interventies. In K. van der Velden (red.), *Directieve therapie 2*, (pp. 26-41). Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Hart, O. van der, & Rubinstein, T. (1977). Strategische en tactische aspecten van therapie. In K. van der Velden (red.), *Directieve therapie 1* (pp. 61-76). Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Henselmans, H. (1996). Directieve interventies bij zogeheten 'uitbehandelde' patiënten. *Directieve therapie*, 16, 316-326.
- Kortmann, F. (1996). Psychotherapie met 'anderen'. In J. de Jong & M. van den Berg (red.), *Transculturele psychiatrie en psychotherapie* (pp. 165-171). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Kortmann, F. (1997). Empathie voor het vreemde. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 52, 833-843.
- Lange, A. (1987). *Strategieën in directieve therapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Lange, A. (1994). *Gedragsverandering in gezinnen*. Groningen: Wolters-Noordhof.
- Lange, A. (1996). Stand van zaken in de directieve therapie. *Directieve therapie*, 16, 289-301.
- Limburg-Okken, A. (1989). *Migranten in de psychiatrie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Meekeren, E. van (1992). Ervaringen met directieve therapie in Suriname. *Directieve therapie*, 12, 91-103.
- Withuis, J. (1998). Cultuur, een minimethodologie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 11, 1020-1021.
- Wooding, C.J. (1972). *Winti: een Afroamerikaanse godsdienst in Suriname. Een cultureel-historische analyse van de religieuze verschijnselen in de Para*. Meppel: Krips Repro B.V.