

Tweede, geheel herziene druk

Handboek

Culturele psychiatrie en psychotherapie

Joop de Jong,
Rob van Dijk
(redactie)

Boom | deTJDstroom

Online leren
Kijk binnenin



*Ter nagedachtenis aan onze dierbare collega's
Kees Laban en Fons van de Vijver*

Joop de Jong en Rob van Dijk (redactie)

Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie

Tweede, geheel herziene druk

De Tijdstroom/Boom uitgevers Amsterdam

© Boom uitgevers Amsterdam, 2020. De auteursrechten van de afzonderlijke bijdragen liggen bij de auteurs.

De Tijdstroom is een imprint van Koninklijke Boom uitgevers.

Uitgegeven door Boom uitgevers Amsterdam BV
Prinsengracht 747-751
1017 JX Amsterdam.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912. Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

De uitgever heeft ernaar gestreefd de rechten van de illustraties en de artikelen volgens wettelijke bepalingen te regelen. Degenen die desondanks menen zekere rechten te kunnen doen gelden, kunnen zich alsnog tot de uitgever wenden.

Verzorging omslag: Michiel van Kleef, Schoon Ontwerp, Utrecht.
Verzorging binnenwerk: Joop Bierling, Alces Alces, Houten.

ISBN 9789024467730
NUR 875

www.boompsychiatrie.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Inhoud

Ten geleide – 7

Inleiding – 9

Joop de Jong en Rob van Dijk

Deel I Basis en contex – 19

Hoofdstuk 1 Cultuur, identiteit, etniciteit – 21

Rob van Dijk

Hoofdstuk 2 Culturele competenties – 43

Samrad Ghane, Joop de Jong, Rob van Dijk en Jeroen Knipscheer

Hoofdstuk 3 Culturele psychiatrie in het licht van drie ggz-vernieuwingen: herstel, De Nieuwe GGZ en integrale psychiatrie – 65

Rogier Hoenders, Jim van Os en Stynke Castelein

Hoofdstuk 4 Onderzoeksmethodologie – 87

Joop de Jong en Ria Reis

Deel II Psychopathologie en risicofactoren – 109

Hoofdstuk 5 Epidemiologie van psychische stoornissen bij migranten en vluchtelingen in Nederland – 111

Agnes Schrier, Wim Veling, Matty de Wit en Thijs Fassaert

Hoofdstuk 6 Uitsluiting en discriminatie – 129

Huub Beijers

Hoofdstuk 7 Migratie, ontwikkeling en ouderschap – 145

Julia Bala, Sander Kramer en Sita Somers

Deel III Duiden en communiceren – 161

Hoofdstuk 8 Hoe emoties verschillen tussen culturen – 163

Kaat Van Acker, Michael Boiger, Jozefien De Leersnyder en Batja Mesquita

Hoofdstuk 9 Ziekteverklaringen – 181

Samrad Ghane en Simon Hogerzeil

Hoofdstuk 10 Psychodiagnostische instrumenten – 197

Fons van de Vijver

Hoofdstuk 11 De Culturele Formulering: een contextuele benadering van psychische klachten – 215

Simon Groen en Rob van Dijk

Hoofdstuk 12 Communicatie en interactie met een anderstalige patiënt – 229

Hanneke Bot

Hoofdstuk 13 Contact leggen, intake en diagnostiek – 249

Victor Kouratovsky en Nina Kamar

Deel IV Behandelen – 267

Hoofdstuk 14 Cultureel aangepaste behandelmethoden – 269

Jeroen Knipscheer, Samrad Ghane, Karin Schouten en Trudy Mooren

Hoofdstuk 15 Farmacotherapie – 285

Mario Braakman

Hoofdstuk 16 Grenzen aan de zorg – 299

Rembrandt Aarts, Bert Nanninga en Kees Laban

Hoofdstuk 17 Behandeling – 317

Sjoerd Colijn

Literatuur – 333

Personalia – 383

Register – 389

Ten geleide

Het is inmiddels goed gebruik om periodiek het handboek voor hulpverleners in de interculturele geestelijke gezondheidszorg te actualiseren. Met deze derde editie zetten we de traditie voort. Het eerste *Handboek Transculturele psychiatrie en psychotherapie: Handboek voor hulpverlening en beleid* verscheen in 1996, gevolgd door *Handboek Culturele psychiatrie en psychotherapie* in 2010. We hebben de titel ditmaal gehandhaafd omdat we willen benadrukken dat dit handboek niet zozeer uitgaat van specifieke disciplines, maar van de praktijk. We willen niet alleen psychiaters en psychologen een handreiking bieden, maar zeker ook de andere disciplines in dit veld, zoals verpleegkundig specialisten, orthopedagogen en klinisch en medisch antropologen.

Waren de voorgaande edities vooral een haast encyclopedisch overzicht van alle facetten van de culturele psychiatrie en psychotherapie, deze nieuwe editie focust op de terugkerende vragen die in het veld spelen, en vooral op praktische toepasbaarheid.

We dragen dit handboek op aan Kees Laban en Fons van de Vijver, ieder op hun gebied voortrekker, boegbeeld en coryfee van de culturele psychiatrie en psychotherapie in Nederland. Kees was oprichter en manager behandelbeleid van Centrum voor transculturele psychiatrie Noord-Nederland de Evenaar (GGZ Drenthe) en voorzitter van de afdeling Transculturele Psychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Fons was nationaal en internationaal toonaangevend in de crossculturele psychologie. Ze hebben aan dit handboek bijgedragen als respectievelijk coauteur en auteur van een hoofdstuk, maar hebben het verschijnen van het handboek door hun onverwachte overlijden niet mogen meemaken. We zullen hen missen.

Inleiding

Joop de Jong en Rob van Dijk

1 Inleiding

Wereldwijd is er grote verscheidenheid in de manifestatie van psychiatrische stoornissen. De verwondering hierover en de pogingen om die variatie te verklaren zijn zo oud als de psychiatrie zelf. Zo onderzocht Emil Kraepelin, een van de grondleggers van de moderne psychiatrie, al begin vorige eeuw of de Europese concepten van *dementia praecox* (vergelijkbaar met het latere concept van schizofrenie) en manische depressie ook voorkwamen bij ‘primitieve’ volken. Uit zijn onderzoek in Java concludeerde Kraepelin niet alleen dat *dementia praecox* op Java, in tegenstelling tot in Europa, de meest voorkomende psychiatrische stoornis was, maar ook dat de verschijningsvorm verschilde van de Europese (Steinberg, 2015). Het onvermogen om in de daaropvolgende decennia alle psychiatrische stoornissen buiten Europa adequaat naar westers model te classificeren, resulteerde onder meer in wisselende lijstjes van zogeheten cultuurgebonden stoornissen of syndromen, zoals amok, latah, koro of susto, al dan niet voorzien van verwijzingen naar mogelijke overlap met in Europa en de Verenigde Staten bekende psychiatrische stoornissen (zie bijvoorbeeld Kiev, 1972).

Het vraagstuk van de universaliteit of relativiteit van de psychopathologie en van geneeswijzen is vanaf het begin een kernthema van de culturele psychiatrie. In de loop der jaren zijn daar volgens Kirmayer (2007) twee andere thema’s bij gekomen: de dilemma’s van de geestelijke gezondheidszorg in een cultureel diverse samenleving en, als recentste, de analyse van de psychiatrische theorie en praktijk als een product van een specifieke culturele geschiedenis. Hij verbindt de opkomst van deze thema’s aan de opeenvolgende ontwikkelingen in het veld: van koloniale en vergelijkende psychiatrie naar de psychische gezondheid van etnoculturele gemeenschappen en inheemse volken, en later de post koloniale antropologie van de psychiatrie.

Becker en Kleinman (2014) typeren de culturele psychiatrie als een transdisciplinair veld: disciplines overstijgend, met inbreng uit de interpretatieve sociale wetenschappen (vooral de medische antropologie), de sociale en psychiatrische epidemiologie, de klinische psychiatrie en de psychologie. In de ontwikkeling van de culturele psychiatrie zoals we die nu kennen, vormt het werk van Arthur Kleinman (1977; 1980) een omslagpunt. Hij maakte in zijn baanbrekende artikel ‘Depression, somatization and the new cross-cultural psychiatry’ (1977) duidelijk dat de interpretatie van ziekte en gezondheid niet los te zien zijn van culturele processen, en dat ziekte-ervaringen in hun kern sociaal geconstrueerd zijn. Hij bekritiseerde de preoccupatie met de universele psychiatrische stoornissen en benadrukte dat door het ontbreken van biologische markers psychiatrische stoornissen begrepen moeten worden als een dubbele interpretatie: klinici interpreteren de interpretatie van ervaringen en symptomen door de patiënt en zijn omgeving.

De nieuwe crossculturele psychiatrie die Kleinman (1977) voorstond, kwam volgens Jenkins (2007) voort uit een synthese van de interpretatieve benadering van de antropologie en een in toenemende mate geavanceerde academische psychiatrie. De culturele formulering zoals die in de DSM-IV (APA, 1994) is geïntroduceerd en in de DSM-5 (APA, 2013) geoperationaliseerd is in het Cultural Formulation Interview (CFI), is volgens haar de concreetste uitdrukking van de convergentie van antropologie en psychiatrie die zich sindsdien heeft ontwikkeld.

Dit handboek beperkt zich voornamelijk tot de implicaties die culturele aspecten van psychiatrie en psychotherapie hebben voor de Nederlandse klinische praktijk: de klinische praktijk in de cultureel diverse samenleving die Nederland is geworden. We laten daarmee andere interessante thema's buiten beschouwing, zoals de historische ontwikkeling van de culturele psychiatrie en psychotherapie, de aard van de relatie tussen psychiatrie en antropologie, en de verschillen tussen culturele psychiatrie, etnopsychiatrie en psychiatische antropologie. Zie daarvoor andere internationale handboeken (zoals Bhugra & Bhui, 2018). We beperken ons tot Nederland en gaan niet in op de verschillende historisch gegroeide modellen die we in andere landen aantreffen voor de geestelijke gezondheidszorg in een cultureel diverse context, zoals in Australië, Zweden, Frankrijk en de Verenigde Staten (voor een globaal overzicht zie bijvoorbeeld Kirmayer & Minas, 2000). Zoals de auteurs in dit handboek op verschillende plaatsen toelichten, is de invloed van cultuur in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) veelvormig, zeker in een maatschappelijke context van toenemende culturele identificaties, culturele groepen en referentiekaders. De werking van cultuur in de dagelijkse klinische praktijk is, voor wie daar oog voor heeft, overal te vinden. Bijvoorbeeld in de culturele inwikkeling van het individu in een familiecultuur, de cultuur of subcultuur van de sociale groep waarvan iemand deel uitmaakt, de omvattende cultuur van de samenleving waar deze sociale groep deel van uitmaakt. Die culturele inwikkeling in haar totaliteit is van invloed op ouderschap en opvoeding van de kinderen. In Nederland worden buiten de reguliere gezondheidszorg geneeswijzen toegepast van diverse culturele en subculturele herkomst, zoals mindfulness, acupunctuur en fytotherapie, die deels hun weg hebben gevonden naar de reguliere zorg.

Er is een verband tussen enerzijds culturele achtergrond, etniciteit en herkomst van individuen en anderzijds de verschijningsvorm van psychische aandoeningen, hulpzoekgedrag, maar ook de effectiviteit van behandelmethoden in de ggz, zoals het feit dat schizofrenie vaker wordt vastgesteld bij migranten met een Marokkaanse, Antilliaanse of Surinaamse achtergrond – ook al is het laatste woord daar nog niet over gesproken. Hulpverleners signaleren culturele vertekening in het gebruik van psychodiagnostische instrumenten bij patiënten met een migratieachtergrond. Ook sluiten therapeutische interventies in wisselende mate aan bij de betekeniswereld van groepen patiënten, waardoor ze niet zonder meer in te zetten zijn bij elke patiënt, zoals bij de westerse premisse van het belang van autonomie, eigen verantwoordelijkheid, wilsbekwaamheid en de eigen regie van de patiënt.

We gaan in dit handboek uit van een inclusivistisch paradigma: er bestaat geen hiërarchie tussen biologie (*nature*) en cultuur (*nurture*). Onderzoek heeft inmiddels concrete aanwijzingen gegeven dat brein en cultuur in een specifieke lokale context sterk met elkaar verweven zijn en elkaar over en weer beïnvloeden. Om de invloed van cultuur in kaart te

brengen als een gedeeld model om de werkelijkheid te duiden en daarnaar te handelen, gebruiken we de zes onderling interacterende systeemniveaus uit de algemene systeemtheorie (Von Bertalanffy, 1969).

1. Op het genetische en het biologische of neurobiologische niveau is de laatste decennia duidelijk geworden dat de sociaal-culturele context de expressie van genen modificeert (Mukherjee, 2017). Verschillen in biogenetische kenmerken gecombineerd met de interactie met lokale cultuur en met biologie (bijvoorbeeld leefstijl, voedsel en verwantschap) leidt verder tot verschillen in de werking van psychofarmaca.
2. Cultuur speelt een rol op het intrapsychische niveau in de identiteitsvorming, in vorm, inhoud en expressie van emoties en cognities door het individu.
3. Op het niveau van de interpersoonlijke interactie, het derde niveau, speelt de cultuur een rol in het contact met de ander: een collega, een partner of een hulpverlener.
4. Het vierde niveau is dat van het gezin, de familie, de kleine sociale verbanden. In de opvoeding en socialisatie worden normen, identificaties, culturele codes en schema's overgedragen aan de volgende generatie.
5. Het vijfde niveau verbindt cultuur met de grotere groep, de culturele groep, door een gemeenschappelijke noemer, hetzij geschiedenis en herkomst, hetzij gender, seksuele oriëntatie, religie, beroep of klasse.
6. Het zesde niveau is het maatschappelijke niveau, van de grotere sociale processen als discriminatie, acculturatie, interculturalisatie, insluiting en uitsluiting.

2 De Nederlandse praktijk van de culturele psychiatrie en psychotherapie

2.1 Interculturalisatie: beleid

De ggz in Nederland, psychiatrie en psychotherapie, kent een lange traditie van interculturalisatie, een paraplu-begrip voor de vele strategieën en organisatievormen die tot doel hebben een toegankelijke en kwalitatief gelijkwaardige zorg te bieden aan iedere ingezetene ongeacht zijn culturele achtergrond en maatschappelijke positie. Pas eind jaren tachtig was de term interculturalisatie ingeburgerd, maar de oorsprong van deze beweging ligt verder in het verleden en valt samen met de komst van arbeidsmigranten in de jaren zestig en het groeiende besef bij overheid en gezondheidszorg dat er bij deze groep enerzijds sprake is van specifieke gezondheidsrisico's en anderzijds van beperkte toegankelijkheid van de gezondheidszorg, die samenhangen met maatschappelijke positie en culturele achtergrond. Dit besef ontbrak bij eerdere naoorlogse migratiestromen, zoals overlevenden van de nazikampen, repatrianten uit voormalig Nederlands-Indië, Poolse en Tsjecho-Slowaakse mijnwerkers, en Hongaarse vluchtelingen na 1956.

Interculturalisatie was in eerste instantie een zaak van tuberculosebestrijding, bedrijfs-geneeskunde en somatische gezondheidszorg. De eerste artikelen over de psychische gezondheid van arbeidsmigranten verschenen halverwege de jaren zeventig in medische vakbladen, zoals *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* (bijvoorbeeld Kabel, 1974). De studiedag Migranten en Geestelijke gezondheidszorg in 1983, georganiseerd door het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, de voorloper van het Trimbos-instituut, kunnen we beschouwen als de eerste publieke manifestatie van de interculturalisatie in de ggz.

De interculturalisatie van de gezondheidszorg, ook de geestelijke gezondheidszorg, heeft verschillende fases doorlopen en meer en minder prominent op de agenda gestaan van ggz-instellingen, zorgverzekeraars en de overheid. Verschillende strategieën zijn ontwikkeld en zijn achtereenvolgens, maar ook simultaan toegepast:

- tolken inzetten;
- patiëntenvoorlichting;
- hulpverleners scholen;
- intercultureel management bevorderen;
- bestaande interventies cultureel aanpassen;
- nieuwe, cultuurspecifieke interventies ontwikkelen;
- zorgen voor categorale voorzieningen naast de reguliere zorg;
- focussen op culturele competenties;
- diversiteitsgericht personeelsbeleid ontwikkelen.

Het voert voor dit handboek te ver om hierop dieper in te gaan; zie voor een uitgebreide beschrijving Van Dijk (2009b; 2013) en Kramer (2009).

2.2 *Interculturalisatie: resultaten*

Wat hebben de inspanningen van de afgelopen veertig jaar opgeleverd om de ggz toegankelijker te maken en de kwaliteit van zorg voor migranten en vluchtelingen te verbeteren? Van Dijk (2009b) merkt op, de periode vanaf 1980 tot 2010 overziend, dat er op het gebied van de interculturele hulpverlening en van de culturele psychiatrie en psychotherapie vooruitgang te zien is. Of die vooruitgang altijd te herleiden is tot concrete interculturalisatie-inspanningen, of eerder samenhangt met bredere maatschappelijke processen zoals de integratie en emancipatie van migranten, is een onbeantwoorde vraag. Van Dijk (2009b) ziet de volgende ontwikkelingen:

- Patiënten van niet-Nederlandse herkomst, maar zeker niet alle subgroepen, zijn meer gebruik gaan maken van ggz-voorzieningen, zonder dat zij overigens de achterstand op de autochtone bevolking inlopen. De registratie van herkomst is echter onvolledig en niet altijd betrouwbaar.
- Er werken meer hulpverleners met een migratieachtergrond in de zorg, al is een evenredige vertegenwoordiging nog niet in beeld. Maar harde cijfers ontbreken, omdat ggz-instellingen de herkomst van hulpverleners niet registreren. Door de bank genomen is er in het ggz-onderwijs meer aandacht voor culturele diversiteit en de implicaties die dat heeft voor de zorg.
- Het aantal publicaties over interculturele zorg in Nederland is explosief toegenomen. Dit laatste geldt overigens niet alleen voor Nederland, maar is een internationaal verschijnsel (Kirmayer, 2008).

Anno 2020 vermoeden we dat de trend van vooruitgang zich de afgelopen tien jaar heeft voortgezet, althans wat betreft toenemende publicaties over culturele psychiatrie en psychotherapie. Wetenschappelijk bewijs van de effectiviteit van ontwikkelde cultureel-aangepaste therapeutische interventies blijft nog te beperkt (zie hoofdstuk 14).

2.3 Van ideologie naar wetenschap

In de jaren zeventig en tachtig dreef de aandacht voor de interculturele ggz vanwege de geconstateerde achterstanden vooral op emancipatoire en ideologische motieven. De laatste decennia daarentegen wordt de discussie over interculturele ggz in toenemende mate gevoed en gestimuleerd door input uit wetenschappelijk onderzoek en discussies hierover in de vaktijdschriften. Dit handboek is een voorbeeld van deze ontwikkeling. In vergelijking met *Transculturele psychiatrie en psychotherapie: Handboek voor hulpverlening en beleid* (De Jong & Van den Berg, 1996), baseren het tweede handboek (De Jong & Colijn, 2010) en ook het huidige handboek zich meer op bevindingen van wetenschappelijk onderzoek. Onze indruk is dat het vakgebied van de culturele psychiatrie en psychotherapie zich in een periode bevindt van conceptuele verheldering en vermeerdering van kennis over de interactie tussen cultuur en geestelijke gezondheidszorg.

Ondanks veertig jaar werken aan een toegankelijke en kwalitatief goede ggz voor iedereen ongeacht culturele achtergrond, blijft zichtbaar dat de culturele psychiatrie en psychotherapie zich noodgedwongen beperkt tot patiënten met een sociaal-economische achterstand, met beperkte mogelijkheden tot maatschappelijke participatie, met ervaringen van uitsluiting en discriminatie, en mede daardoor met minder toegang tot de zorg en minder kans op succesvolle behandeling. Emancipatie, interculturalisatie en cultureel competente zorg blijven nodig, maar deze dienen meer gebouwd te zijn op feiten en wetenschappelijke evidentie, en minder op aannames. Als het aantal academische proefschriften over onderwerpen op het gebied van culturele psychiatrie en psychotherapie daarvoor een indicatie is, zijn we op de goede weg. Was het totale aantal proefschriften in de periode voor 1990 nog bijna op één hand te tellen, in de periode 2015-2020 zijn er meer dan vijfendertig met succes verdedigd.

Dit handboek verschijnt op een moment dat de interculturalisatie een nieuwe fase is ingegaan, waarin aandacht voor cultuur vaste voet krijgt in de kernactiviteit van de ggz. Twee zaken markeren deze fase:

- het verschijnen van de DSM-5 (APA, 2013; vertaling: APA, 2014);
- het verschijnen van de Generieke Module Diversiteit (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling ggz, 2018).

DSM-5

Internationaal is de vijfde editie van het *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen* (DSM-5) (APA, 2014) te zien als een doorbraak. Ook al zijn daar de nodige kritische kanttekeningen bij te plaatsen (De Jong, 2013; 2014), deze editie van de DSM-5:

- benadrukt expliciet de relevantie van culturele en contextuele informatie voor de diagnostiek;
- besteedt nadrukkelijk aandacht aan het aspect cultuur in de beschrijving van ziektebeelden;
- introduceert het CFI als operationalisering van de culturele formulering.

Generieke Module Diversiteit

Het tweede dat de nieuwe fase van interculturalisatie markeert, is de publicatie van de Generieke Module Diversiteit (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling ggz, 2018). Deze nationale kwaliteitsstandaard is voor het eerst door alle veldpartijen in de ggz gezamenlijk ontwikkeld en geautoriseerd. Met deze standaard erkennen de partijen het belang en de implicaties van culturele diversiteit. In 2020 zal deze standaard opgenomen worden in het Kwaliteitsregister van Zorginstituut Nederland.

In de Generieke Module Diversiteit is te lezen dat het bij culturele diversiteit om meer gaat dan behoren tot een specifieke herkomstgroep. Culturele verschillen beperken zich niet tot de zorg voor etnische-minderheidsgroepen. Op tal van gronden, zoals sociaal-economische status, gender, seksuele voorkeur, religie, regionale spreiding, kan er een cultureel incongruente behandelrelatie zijn die van behandelaren culturele sensitiviteit vraagt. Die vergt dat de behandelaar zich ervan bewust is dat cultuur verweven is met de eigen, alledaagse manier van doen van alle betrokkenen. Goede zorg veronderstelt niet alleen aansluiting vinden bij de individuele belevingen, interpretatie van cultuur, aansluiten bij culturele repertoires, maar ook culturele competenties op het niveau van behandelaren, diagnostische instrumenten, therapeutische interventies en de organisatie van de zorg.

3 Opbouw handboek

Hier volgen de uitgangspunten voor dit handboek en uitleg over de indeling.

3.1 Generiek uitgangspunt

Vooraf in de handboeken die in de Verenigde Staten verschijnen, is het gebruikelijk om afzonderlijke delen te wijden aan specifieke bevolkingsgroepen, zoals Spaanssprekende en Afrikaanse Amerikanen. Ze kenmerken zich door een *population-specific approach* (zie bijvoorbeeld Lim, 2006; Mezzich e.a., 1996). Voor dit handboek hebben we afgezien van een dergelijke groepsspecifieke encyclopedische benadering, ook al vragen hulpverleners regelmatig om informatie over specifieke minderheidsgroepen met bijbehorende *do's and don'ts*.

De redactie kiest bewust voor generieke kennis en vaardigheden, niet voor uitsplitsing naar doelgroepen. Wij gaan uit van omgaan met cultuurverschillen in het algemeen, niet zozeer van specifieke culturen. Ons uitgangspunt is niet de problematische patiënt – met het risico van *blaming the victim* – maar een problematische behandelrelatie die professionele reflectie vraagt.

Veel herkomstlanden

Er zijn verschillende redenen voor deze keuze. Ten eerste is de culturele diversiteit in Nederland veel groter dan de klassieke 'etnische minderheden' Surinaamse, Turkse, Marokkaanse en Antilliaanse Nederlanders. De grote steden registreren inmiddels meer dan honderd herkomstlanden. De diversiteit van culturele groepen en subgroepen is nog groter en nieuwe groepen dienen zich regelmatig aan als gevolg van brandhaarden en ecologische rampen elders in de wereld. Het is onmogelijk om te beschikken over 'alge-

mene' informatie van al die bevolkingsgroepen en bovendien over de interne etnische en culturele differentiatie van die bevolkingsgroepen.

Dynamische culturen

Een tweede overweging bij de keuze voor generieke cultuurverschillen is dat 'algemene kennis' over een bepaalde cultuur onrecht doet aan het dynamische karakter van culturen. De culturele diversiteit is fluïde door verschillende acculturatiesnelheden en -strategieën, vermenging en creolisering, en door het toenemende aantal interetnische relaties. Cultuur wordt daarbij voortdurend geproduceerd in het interpersoonlijke verkeer, hetgeen in grotere verbanden leidt tot cultuurverandering. Als gevolg daarvan is er vaak sprake van een unieke reflectie van diverse culturele achtergronden in de identiteit van één persoon.

Interne diversiteit

Ten derde, hiermee samenhangend, brengt het uitsplitsen naar verschillende doelgroepen het gevaar met zich mee dat de kennis over een bepaalde etnische groep de maat wordt om de 'ander' te kennen en te begrijpen. Dat beneemt het zicht op de grote interne diversiteit met het risico dat we onze ogen sluiten voor de wijze waarop individuen op hun eigen wijze omgaan met culturele repertoires. Hier schuilt het gevaar van stereotypering, het zonder meer toeschrijven van groepskenmerken aan een individu.

Kanttekening

Een en ander laat onverlet dat het in een individueel contact met een patiënt van respect getuigt en van grote waarde is om je te verdiepen in algemene patronen, normen en waarden van de groep waaruit deze afkomstig is, een beeld te verwerven van de gezamenlijke geschiedenis, van de geografie, de cultuur en de overgangs- en genezingsrituelen van referentiegroepen, met daarbij steeds een kritisch oog op onterechte generalisatie en stereotypering. Het is daarom van belang, zoals een van de auteurs in dit boek opmerkt, om in het oog te houden: 'Every man is in certain respects, like all other men, like some other men, like no other man' (Kluckhohn & Murray, 1950, p. 53).

3.2 *Praktijkgericht en transdisciplinair uitgangspunt*

In deze nieuwe editie hebben we een andere insteek gekozen dan in de vorige editie (De Jong & Colijn, 2010). De tweede editie van dit handboek was een systematische bespreking van de wetenschappelijke kennis over de invloed van cultuur op de mens aan de hand van een systemisch-contextuele ordening van klein naar groot, van micro naar macro, van binnen naar buiten. In deze nieuwe, derde editie is het uitgangspunt daarentegen de klinische praktijk: de toepasbaarheid en de relevantie van deze kennis. Ons doel is een handzaam praktijkleerboek dat relevant is voor opleiding en nascholing. De ordening van dit handboek sluit hierbij aan.

De verschillen in disciplinaire achtergrond van de auteurs laat zien dat de culturele psychiatrie en psychotherapie in onze ogen een transdisciplinaire onderneming dient te zijn. De auteurs zijn behalve psychiaters en psychologen ook antropologen, of epidemiologen. Een groot aantal hoofdstukken is tot stand gekomen door samenwerking tussen auteurs met verschillende disciplinaire achtergronden.