

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

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 gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

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

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Cognitieve gedragstherapie voor depressie bij een cliënt met een Marokkaanse achtergrond: zijn er specifieke richtlijnen?

Jetske Emmelkamp¹ en Anneke van Schaik²

SAMENVATTING

De werkzaamheid van cognitieve gedragstherapie bij cliënten met een niet-westerse achtergrond is relatief weinig onderzocht. Uit de onderzoeken die er zijn komt naar voren dat (een cultuur sensitieve vorm van) CGT effectief kan zijn bij deze cliënten. Ook enkele experts uit de praktijk sluiten zich hierbij aan. Het toepassen van het culturele interview, het gebruik maken van tolken en het kennis hebben van de cultuur van de cliënt waren specifieke elementen die, aangevuld met meer algemene aanpassingen (meer tijd voor psycho-educatie, aanvankelijke systeembenadering, vereenvoudiging van de cognitief gedragstherapeutische technieken) een positieve invloed op het behandelbeloop leken te hebben. Toekomstig onderzoek moet duidelijk maken of deze strategieën inderdaad een toegevoegde waarde hebben.

INLEIDING

In Nederland vormen mensen met een niet-Nederlandse achtergrond een steeds groter deel van de bevolking. In Amsterdam geldt dit voor 50% van de bewoners, waarbij mensen met een Surinaamse (9%), Turkse (5,2%) en Marokkaanse (9%) achtergrond de grootste groepen zijn (Dienst Onderzoek en Statistiek Amsterdam, 2009). Alhoewel in Amsterdam bleek dat mensen met een niet-westerse achtergrond de weg naar de GGZ goed weten te vinden (Schrier, 2005), kunnen deze bevindingen niet zonder meer gegeneraliseerd worden naar de rest van Nederland. Op veel plaatsen, ontbreken betrouwbare registratiedata, zodat onderzoek op dit gebied nog steeds moeilijk is. Dit geldt ook voor gegevens over de daadwerkelijk aangeboden zorg. Hoewel in een aantal studies werd gesteld dat procentueel meer behandelingen van allochtone

1. Drs. Jetske Emmelkamp: GZ psycholoog - cognitieve gedragstherapeut – medewerker inter-culturalisatie. Stichting GGZ inGeest, Burgemeester Hogguerstraat 1183, 1064 EK Amsterdam. E-mail: j.emmelkamp@ggzingeest.nl

2. Dr. Anneke van Schaik: psychiater - senior onderzoeker Dienst Onderzoek GGZ inGeest, partner VUmc.

Met dank aan Halil Örücü, Mary Ann van Helsdingen en Pasya Thiel.

cliënten dan van autochtone cliënten voortijdig worden afgebroken (GGZ Nederland, 2007; Struijs & Wennink, 2000), zijn er nog veel beperkingen en hiaten op dit onderzoeksgebied en is het in feite nog de vraag in hoeverre etnische of cultuurspecifieke factoren daadwerkelijk van invloed zijn op de in- en doorstroom van cliënten in de GGZ (Bekker & Van Mens-Verhulst, 2008).

In de klinische praktijk bestaat de indruk dat een goede behandeling voor cliënten met een niet-westerse achtergrond een specifieke aanpak vraagt. Om deze visie uit te werken is bijvoorbeeld het Intercultureel Addendum Angststoornissen opgesteld met als doel de multidisciplinaire richtlijn op een meer verantwoorde manier te kunnen toepassen bij migranten (Commissie Intercultureel Addendum Angststoornissen, 2008). Op veel plaatsen in Nederland zijn ook trainingen in culturele competenties opgezet. Het effect daarvan is nog niet onderzocht. Het gaat bij deze aanpassingen in de aanpak dus om het laagste niveau van *evidence*, namelijk de *expert opinion*. Het is belangrijk te trachten deze expert opinion expliciet te maken als basis voor verder onderzoek.

Wij hebben in dit artikel bestaande kennis op het gebied van cultuursensitief behandelen in het algemeen en specifiek voor cognitieve gedragstherapie (CGT), uitgewerkt en toegepast bij een cliënte van Marokkaanse origine. We eindigen met een kritische beschouwing.

CULTUUR SENSITIEF BEHANDELEN

In een cultuur sensitieve behandeling staat centraal dat de therapeut moet trachten het culturele verschil op het gebied van contactname, ziektebeleving en hulpvraag te overbruggen door goed aan te sluiten bij de beleving en culturele achtergrond van de cliënt. Hiervoor moet de therapeut over interculturele competenties beschikken die bestaan uit kennis van zowel de eigen achtergrond als die van de cliënt en uit het strategisch kunnen hanteren van cultuur specifieke interventies (Kramer, 2004). Bij dit laatste kan gedacht worden aan het afnemen van het culturele interview (Rohlof, Loevy, Sassen & Helmich, 2002). Het uitgangspunt is dat hierdoor de diagnostiek verbetert, dat de band tussen therapeut en cliënt versterkt wordt en dat de kans van slagen van de behandeling groter wordt. Naast een aantal algemene aanbevelingen (bijvoorbeeld Commissie Intercultureel Addendum Angststoornissen, 2008) zijn er specifieke aandachtsgebieden geformuleerd in het Culturele Interview.

Algemeen:

- Reserveer (extra) ruime tijd voor de kennismaking, het afstemmen van de wederzijdse verwachtingen van cliënt en hulpverlener en voor uitgebreide psycho-educatie. Dit is noodzakelijk, omdat cliënten met een niet-Nederlandse achtergrond onbekend kunnen zijn met het GGZ-aanbod.

- Schakel bij taalproblemen een tolk in. Professionele tolken kunnen de communicatie aanzienlijk faciliteren (Bot, 2007).
- Verwerf kennis over de cultuur van de cliënt. Deze stelling brengt wel het risico met zich mee dat de therapeut op grond van die kennis neigt tot generaliseren, terwijl de cliëntenpopulatie met een niet-westerse achtergrond zeer divers is. Daarom kan de therapeut het beste de cliënt zelf (en zijn omgeving) gebruiken als informatiebron over diens cultuur.
- Realiseer een goede samenwerking met andere zorgverleners, zoals bijvoorbeeld maatschappelijk werk, zelforganisaties en geestelijke verzorgers. Gezien het vaak samengaan van psychosociale en maatschappelijke problematiek is het noodzakelijk dat meerdere vormen van hulp, parallel en afgestemd op elkaar worden ingezet.
- Betrek het systeem bij de behandeling (als de cliënt dit wil). Cliënten met een niet-westerse achtergrond komen doorgaans uit meer collectivistische culturen (in tegenstelling tot individualistische culturen), waarin familie een belangrijke rol speelt. Het is van belang hierop aan te sluiten.
- Onderdruk de eigen 'etnocentrische reflex', de veronderstelling dat iemands eigen normen en waarden de beste zijn, om discriminatie te voorkomen (Kortmann, 2004).
- Besteed aandacht aan de migratiegeschiedenis en de eventueel daaruit voortvloeiende migratiestress. De cliënt voelt zich hierdoor (h)erkend in zijn problematiek, wat de werkrelatie kan bevorderen.

Het culturele interview

Het culturele interview kan gebruikt worden om de invloed van cultuur op diagnostiek, behandeling en communicatie tussen therapeut en cliënt te onderzoeken. Het culturele interview geeft een aanzet voor het opstellen van een 'Cultural Formulation' (American Psychiatric Association, 2000), die in de loop van de behandeling kan worden aangevuld of veranderd.

Specifieke aandachtsgebieden:

- Exploreer de culturele identiteit van de cliënt (zoals culturele referentiegroepen, taal, betrokkenheid bij eigen cultuur en bij cultuur van de huidige leefomgeving).
- Exploreer de (cultureel bepaalde) ziekteverklaringen van de cliënt. Niet uitgesproken verschillen in opvatting hierover kunnen de motivatie voor de behandeling ernstig in de weg staan.
- Exploreer de culturele factoren in de psychosociale omgeving en het functioneren (zoals sociale stressoren en sociale steun).
- Exploreer de culturele elementen in de relatie tussen de cliënt en de hulpverlener (zoals attitude ten opzichte van autoriteiten, voorkeur culturele achtergrond van en sekse van de hulpverlener).

- Formuleer op grond van bovenstaande onderwerpen belangrijke aandachtspunten op het gebied van cultuur voor de behandeling.

CGT BIJ CLIËNTEN MET EEN NIET-WESTERSE ACHTERGROND

In de afgelopen jaren is er toenemend aandacht in de internationale literatuur voor de effectiviteit van CGT bij niet-westerse cliënten met depressieve en angststoornissen (Miranda, Green, Krupnick, Chung, Siddique, Belin & Revicki, 2006; Hinton, Chhean, Pich, Safren, Hofmann & Pollack, 2005; Hinton, Pham, Tran, Safren, Otto & Pollack, 2004; Kubany, Hill, Owens, Iannce-Spencer, McCaig, Tremayne & Williams, 2004; Otto, Hinton, Korbly, Chea, Ba, Gershuny & Pollack, 2003; Paunovic & Öst, 2001; Zoellner, Feeny, Fitzgibbons & Foa, 1999; Chambless & Williams, 1995). In twee recente reviews concludeerde men dat er op grond van deze effectstudies kan worden aangenomen dat (een cultuur sensitieve vorm van) CGT ook effectief is bij niet-westerse cliënten. (Schraufnagel, Wagner, Miranda & Roy-Byrne, 2006; Miranda, Bernal, Lau, Kohn, Hwang & LaFromboise, 2005). Dergelijk onderzoek is nog niet verricht in Nederland, gericht op de specifieke migrantengroepen alhier. Een aantal psychotherapeuten heeft zich wel verdiept in dit onderwerp. Zij zijn van mening dat (een enigszins aangepaste vorm van) CGT redelijk goed toepasbaar is bij cliënten met een niet-westerse achtergrond in Nederland (Örücü, 1996; Can, 1998).

Alhoewel diverse experts suggesties hebben gedaan om CGT op een cultuur sensitieve manier aan te passen. (Nicholl & Thompson, 2004; Bernal & Scharron-Del-Rio, 2001), is het opvallend, dat ook in de eerdergenoemde interventiestudies nauwelijks is uitgewerkt wat specifieke aanpassingen van CGT voor cliënten met een niet-westerse achtergrond inhouden. De suggesties zijn voornamelijk van algemene aard, zoals opgesomd in de sectie over cultuur sensitief behandelen in het algemeen.

Wij zullen nu een casus beschrijven waarin we deze algemene principes hebben toegepast.

COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE BIJ EEN MAROKKAANSE CLIËNTE MET EEN DEPRESSIEVE STOORNIS

De problematiek:

Nabila is een 27-jarige vrouw die zes jaar geleden vanuit het Rifgebergte in Marokko naar Nederland is gekomen. Er was sprake van een gearrangeerd huwelijk met een in Nederland opgegroeide man van Marokkaanse afkomst. Nabila's familie woont in Marokko. Eenmaal in Nederland begon ze te werken als schoonmaakster, haar man was werkzaam in een restaurant. Vier jaar geleden kregen ze een zontje. Vanaf die tijd ontwikkelde ze diverse lichamelijke en depressieve

klachten en ze zit inmiddels bijna twee jaar in de ziektewet. Haar echtgenoot is ook zijn baan kwijtgeraakt. Er zijn daardoor financiële problemen. Nabila is aanhoudend somber en voelt zich schuldig tegenover haar familie in Marokko, omdat ze nu bijna geen geld kunnen sturen. Ze klaagt over hoofdpijn, rugpijn en hartkloppingen. Ze eet veel als ze verdrietig is en gaat weinig naar buiten, omdat ze liever geen mensen ziet. Ze heeft nergens zin in, is erg vermoeid en ligt veel op de bank. 's Nachts ligt ze lang wakker. Ze heeft in Nederland geen sociale contacten buiten haar schoonfamilie, van wie ze een grote druk ervaart om aan sociale verplichtingen te voldoen. Ze wil haar familie in Marokko niet met haar problemen belasten en houdt haar klachten voor zich. Na een oriënterend intakegesprek wordt geconcludeerd dat er sprake is van een depressie en wordt CGT bij dezelfde therapeute geïndiceerd.

Eerste fase van de behandeling

Nabila komt aanvankelijk samen met haar echtgenoot naar de gesprekken. Ze spreekt de Nederlandse taal slecht. Desgevraagd is haar moedertaal Berber (Berber Noord/ Rifia), deze taal spreekt ze ook met haar echtgenoot en zoontje. De gesprekken vinden plaats met behulp van een telefonische tolk, zodat de echtgenoot niet als tolk hoeft te fungeren. De eerste drie gesprekken bestaan uit een uitgebreide kennismaking met Nabila en haar echtgenoot. Om zo goed mogelijk contact te leggen informeert de therapeute eerst naar het zoontje en de andere familieleden, alvorens op de klachten in te gaan. In deze exploratieve fase verweeft de therapeute elementen uit het cultureel interview, zoals cliënt's culturele identiteit en culturele ziekteverklaringen in de gesprekken en gaat zij in op de migratiegeschiedenis. Zowel Nabila als haar echtgenoot zijn ervan overtuigd dat haar klachten veroorzaakt worden door een jaloerse nicht in Marokko die dit over haar afroept (Boze oog, 'L'ayn' in het Marokkaans Arabisch). Ze denken dat haar klachten alleen overgaan als die nicht hiermee stopt. Nabila weet niet goed wat de GGZ voor haar kan doen. Ze heeft zelf meerdere malen hulp gezocht bij een gebedsgenezers (Fqih in het Marokkaans Arabisch), maar vanwege financiële problemen is ze hiermee gestopt. De therapeute maakt duidelijk haar verklaring te respecteren, maar benadrukt ook haar eigen verantwoordelijkheid in het oplossen van de klachten en legt haar 'onze' (westerse) ziekteverklaring voor: 'de klachten die u beschrijft komen vaak samen voor bij wat wij een depressie noemen.'

De therapeute bespreekt de diagnose en het bijbehorende behandelplan. Aan de hand van tekeningen legt zij uit wat onder een depressie verstaan wordt en wat de cognitief gedragstherapeutische benadering inhoudt. Hierbij gebruikt de therapeute (in navolging van Can, 1998), een metafoor om het belang van eigen inzet en huiswerkopdrachten te benadrukken: 'wat ik kan doen is u een touw aanreiken om zelf uit de put te klimmen.' Bij doorvragen blijkt dat Nabila niet kan lezen en schrijven. Daarom spreken ze af dat Nabila's echtgenoot voor

haar zal schrijven. Dit oefenen ze in de zitting om ervoor te zorgen dat Nabila zelf goed dicteert wat er opgeschreven moet worden. Het echtpaar krijgt folders mee over depressie en de behandeling daarvan, zowel in het Nederlands als in het Arabisch voor haar echtgenoot en eventueel voor familieleden, die Arabisch kunnen lezen. De therapeute legt voor dat beide ziekteverklaringen naast elkaar blijven bestaan, maar dat nu de verklaring van de therapeute een kans krijgt, omdat de therapeute alleen vanuit die verklaring hulp kan bieden. Zowel Nabila als haar echtgenoot stemmen hiermee in, mede gezien het feit dat alternatieve hulp tot dusverre niet genoeg opgeleverd heeft. Verder benadrukt de therapeute dat hulpverleners in de GGZ en ook de tolk beroepsgeheim hebben. Ter illustratie staat een open doosje op tafel, dat na afloop van het gesprek gesloten wordt. Aan het eind van het derde gesprek vraagt de therapeute of zij ermee akkoord gaat dat Nabila voortaan alleen de gesprekken voert (met de telefonische vrouwelijke tolk). Zij gaan hier beiden mee akkoord en de echtgenoot wacht voortaan in de wachtkamer.

Voor hulp bij de financiële problemen verwijst de therapeute het gezin van Nabila naar het maatschappelijk werk en legt zo duidelijk mogelijk uit wat de rol van de GGZ en wat de rol van het maatschappelijk werk zal zijn en dat beide vormen van hulp naast elkaar zullen plaatsvinden.

Psycho-educatie en ontspanningsoefeningen

Nabila krijgt psycho-educatie over de samenhang tussen lichaam en geest, over de samenhang tussen stressoren in haar leven (zoals heimwee, zorgen over familieleden, financiële problemen), verhoogde spierspanning en de lichamelijke klachten. De hartkloppingen blijken vooral op te treden op momenten dat zij zich schuldig voelt tegenover haar familie. Nabila meldt al snel baat te hebben bij de ontspanningsoefening die zij geleerd heeft om het algehele spanningsniveau te verlagen. De lichamelijke klachten nemen af. De therapeute besteedt twee sessies aan de psycho-educatie en het aanleren van de ontspanningsoefening en komt hier gedurende de therapie regelmatig op terug.

Operante benadering van de depressie

Na de psycho-educatie en de ontspanningsoefening volgt de operante benadering van de depressie. Bij het opstellen van de plezierige activiteiten en de weekplanning maakt de therapeute gebruik van eenvoudige tekeningen, zodat Nabila niet hoeft te schrijven. Gezamenlijk doorlopen ze een deel van de sociale kaart voor migranten van de GG&GD in Amsterdam. Omdat Nabila het heel moeilijk vindt om de eerste stap te zetten naar contact met andere mensen gaat een vrouwelijke medewerker van de GGZ mee naar een instelling voor Marokkaanse vrouwen. Nabila bezoekt een koffieochtend waar ze merkt dat het meevalt met geroddel (waar ze bang voor was), dat ze niet over haar klachten hoeft te praten en veel gemeenschappelijke gespreksonderwerpen heeft. Ook gaat zij met haar

zoontje regelmatig naar de 'Speel-o-theek', wat haar een voldaan gevoel geeft, omdat ze ziet hoe blij ze haar zoontje hiermee maakt. Uiteindelijk gaat Nabila via een reïntegratiebureau een aanvullende taal cursus volgen en krijgt ze fietslessen. Ze krijgt weer iets meer plezier in dingen.

Cognitieve therapie

Nadat het Nabila gelukt is actiever te worden start de cognitieve therapie, wat in verband met haar analfabetisme geen eenvoudige opgave is. Nabila vraagt haar echtgenoot hierbij te helpen.

Deskundige klinici op dit gebied geven aan dat de cognitieve interventies soms moeilijk te gebruiken zijn bij cliënten met een niet-westerse achtergrond. De socratische dialoog leidt dikwijls tot verwarring. Mogelijk, doordat deze methode kan conflicteren met de verwachte rolverdeling tussen cliënt en therapeute, maar ook doordat hypothetische vragen ('stel dat ... hoe erg is dat dan?') vaak voor verwarring zorgen bij mensen die de taal niet goed spreken. Daarom wordt aangeraden deze techniek zo eenvoudig mogelijk te maken door zo min mogelijk ingewikkelde termen te gebruiken. (Zie bijlage 1 voor een enigszins vereenvoudigd dagboekformulier voor cognitieve therapie.) Vervolgens dient de therapeut genoeg tijd uit te trekken om cliënten bewust te maken van hun automatische gedachten. Hierbij is het van belang om uitgebreid stil te staan bij het onderscheid tussen gedachten, gevoel (emoties en lichamelijke sensaties) en gedrag. Het advies is om ruim de tijd te nemen om cliënten hierin te onderwijzen, bij voorkeur door veel voorbeelden (op papier) te geven en cliënten hiermee te laten oefenen. (Zie bijlage 2, oefenformulier cognitieve therapie.)

De oefeningen worden met Nabila allemaal mondeling gedaan. Het huiswerk doet zijzelf, haar echtgenoot doet alleen het schriftwerk. De voornaamste cognities waaraan gewerkt wordt zijn: dat zij als enige verantwoordelijk is voor haar ouders, dat het haar schuld is dat ze hen nu niet kan steunen en dat ze een slechte moeder en een slechte echtgenote is. Omdat het uitdagen van de automatische gedachten tot teveel verwarring leidt, schakelt de therapeute over op een meer directieve methode. De therapeute constateert dat de automatische gedachten Nabila niet helpen en bespreekt welke gedachten wel zouden kunnen helpen. Hierbij geeft de therapeute zelf meerdere voorbeelden van rationele gedachten waar Nabila uit kan kiezen. Vervolgens formuleert Nabila zelf de gekozen rationele gedachten in eigen woorden. Van te voren wordt geoefend met het onderscheid tussen rationele en irrationele gedachten (of 'helpende' en 'niet helpende' gedachten) door veel voorbeelden te geven en Nabila hierin te trainen. (Zie bijlage 2, oefenformulier cognitieve therapie).

Een uitdaagtechniek die goed aanslaat bij Nabila is 'rolwisseling'. Hierbij speelt de therapeute de rol van Nabila die zich schuldig voelt tegenover haar ouders en Nabila een vriendin die advies geeft. Zo geeft zij aan dat er nog een andere zus is die in een stad in Marokko woont en tijdelijk wat extra geld naar huis zou kunnen sturen als Nabila haar in vertrouwen zou nemen. Dit zou Nabila ruimte geven om te werken aan haar herstel zodat ze zelf weer geld zou kunnen gaan verdienen. (Deze techniek wordt van tevoren uitgelegd aan de telefonische tolk, zodat er geen verwarring zou ontstaan). De volgende sessie vertelt Nabila dat ze met haar zus gesproken heeft en dat dit voor grote opluchting gezorgd heeft.

Sociale vaardigheidstraining

Ten slotte is in de behandeling aandacht voor de druk die Nabila van haar omgeving ervaart.

Bij sociale vaardigheidstrainingen komt men in de praktijk regelmatig tegen dat cliënten met een niet-westerse achtergrond moeite hebben met het vergroten van assertief gedrag. Dit komt waarschijnlijk, doordat het belang dat aan assertief zijn toegekend wordt per cultuur kan verschillen. Generaliserend gezegd wordt in van oorsprong individualistische culturen veel meer belang gehecht aan assertiviteit dan in collectivistische culturen. In de laatste staat het belang van de groep meer voorop dan het belang van een individu en kan het bijvoorbeeld als respectloos ervaren worden om je assertief op te stellen tegenover ouderen. Hierbij is het van belang te realiseren dat het een individualistische (westerse) aanname betreft dat assertiviteit vergroot dient te worden. Dit moet dus alleen gebeuren als de cliënt dit zelf graag wil.

De therapeute benoemt op de hoogte te zijn van het feit dat in sommige culturen anders gedacht wordt over assertiviteit. Vervolgens vraagt zij Nabila hoe er door haar, haar familie en haar cultuur over assertiviteit gedacht wordt. Ook krijgt Nabila de opdracht te onderzoeken in welke mate belangrijke personen uit haar omgeving assertief gedrag vertonen. Op deze manier ziet zij dat ook binnen haar eigen cultuur mensen verschillen in mate van assertiviteit. Daarna wordt samen naar voor haar en haar cultuur aanvaardbare vormen van assertief gedrag gezocht. Het lukt Nabila hierdoor uiteindelijk om iets meer ruimte voor zichzelf te creëren.

Een struikelblok in de behandeling is dat Nabila aanvankelijk regelmatig haar afspraken afzegt of te laat komt. De therapeute bespreekt met haar dat zij weet dat het in sommige culturen gebruikelijk is om alleen naar een gesprek te komen als er op dat moment hulp nodig is. Dit blijkt voor Nabila ook te gelden. De therapeute benadrukt dat het voor de voortgang van de therapie essentieel is om regelmatig op afspraken te komen. Zij toont haar begrip voor het feit dat het voor Nabila lastig is dat de hulpverlening hier anders is dan ze gewend was. Na dit gesprek komt Nabila veel regelmatig op haar afspraken.

Binnenkort zal de behandeling afgerond worden, omdat de depressieve klachten aanzienlijk verminderd zijn.

KRITISCHE BESCHOUWING

In de casus beschrijven wij hoe de klachtenpresentatie en het ziektegedrag van een depressieve vrouw van Marokkaanse origine werden ingekleurd door cultureel bepaalde factoren. Om tot het uitvoeren van het CGT protocol te kunnen komen moest een aantal, ook cultureel bepaalde, drempels (verschillende ziekteverklaringen, taalbarrière, analfabetisme) worden overwonnen. In deze therapie is het gelukt een goede behandelrelatie op te bouwen, tot een gemeenschappelijke probleemstelling te komen en de geprotocolleerde CGT-behandeling uit te voeren.

Expliciete strategieën in deze behandeling waren:

Er werd meer tijd dan gewoonlijk uitgetrokken ter voorbereiding op de eigenlijke CGT. Tijdens de kennismakingsfase werd eerst aandacht geschonken aan de familie en de migratiegeschiedenis en werden de klachten pas daarna gericht uitgevraagd. Dit vanuit de gedachte dat de Nederlandse directe manier van communiceren in veel culturen niet gebruikelijk is en als onbeleefd ervaren kan worden (ten koste van de therapeutische relatie). Aanvankelijk werd de echtgenoot bij de gesprekken betrokken, waarna in een later stadium, met instemming van de echtgenoot de therapie individueel werd voortgezet. Er was oog en begrip voor cultureel bepaalde ziekteverklaringen en er werd overeenstemming bereikt over het te volgen behandelplan. Vervolgens werd uitgebreide psycho-educatie gegeven op een eenvoudige manier met behulp van tekeningen en metaforen. De therapeute had kennis over de talen in Marokko, mogelijk analfabetisme, ziektebelevingen (het boze oog) en alternatieve genezers. Dit maakte het mogelijk deze punten in een vroeg stadium te bespreken en daarop aan te sluiten. Er werd gewerkt met een tolk en er werd gebruik gemaakt van de sociale kaart voor migranten, wat cliënte aanzette tot activatie.

De klachtenpresentatie was in eerste instantie erg lichamelijk gericht. De therapeute ging daar goed op in, alvorens een brug te slaan naar het verband tussen lichaam en geest. De klachten werden niet als somatoforme stoornis gediagnosticeerd, omdat het de therapeute bekend was dat in het grootste deel van de wereld klachten lichamelijk geuit worden en dat 'psychologiseren' een westers fenomeen is (Kortmann, 2006). Er is ook geen bewijs dat er onder niet-westerse migranten een hogere prevalentie van somatoforme stoornissen zou zijn dan bij autochtonen. Het is wel bekend dat Turkse en Marokkaanse Nederlanders uit zichzelf meer de somatische kant van bijvoorbeeld de depressie benoemen (Kamperman, Komproe en de Jong, 2005; Knipscheer & Kleber, 2005), maar dat de aard van de klachten als geheel niet verschilt.

De therapeute vereenvoudigde enkele cognitieve technieken zonder afbreuk te doen aan de uitgangspunten en principes van de cognitieve therapie. Ook werd ruim de tijd genomen om cliënte hierin te onderwijzen. Op deze manier bleek de cognitieve therapie goed werkbaar voor de cliënte.

Bij het vergroten van de assertieve vaardigheden werd zorgvuldig met cliënte besproken of en in hoeverre dit voor cliënte relevant en acceptabel zou zijn. Dit moedigde cliënte aan iets meer voor zichzelf op te komen op een cultureel aanvaardbare manier.

Het omgaan met niet op afspraken komen werd goed opgepakt, omdat de therapeute ervan op de hoogte was dat het in veel culturen normaal is om alleen te komen als men zich op dat moment slecht voelt of als men op dat moment hulp nodig heeft (Endt-Meijling, 2003).

De strategie die de therapeute hierbij (en op andere momenten in de therapie) volgde was aangegeven op de hoogte te zijn van mogelijke culturele verschillen en de cliënte te vragen in hoeverre dit voor haar gold.

De vraag blijft welke van de bovengenoemde strategieën daadwerkelijk het succes van de therapie bepaald hebben en in hoeverre zij specifiek zijn. Ook bij sommige autochtone cliënten is een wat langer durende psycho-educatie en voorbereiding op de CGT noodzakelijk en ook bij hen werkt een open en betrokken houding positief. Natuurlijk is het werken met een tolk en het gebruik maken van het cultureel interview wel specifiek, evenals het feit dat de therapeute op de hoogte is van elementen uit de cultuur van de betreffende cliënt, waardoor het makkelijker is aan te sluiten bij de belevingswereld van de cliënt. Onderzoek naar de effectiviteit van deze specifieke aanvullende strategieën is nog niet verricht (Miranda et al., 2005).

SUMMARY

Cognitive behavioural therapy for a depressed client with a Moroccan background: Are there any specific guidelines?

An increasing part of the Dutch population has a non-western background. In clinical practice, the impression exists that the treatment for clients with a non-western background, requires a specific approach. There has not been any scientific research conducted on this matter. This article summarizes current knowledge about culturally sensitive treatment in general and specifically in cognitive behavioural therapy. It describes a culturally sensitive treatment of a client with a Moroccan background, who has a depressive disorder. The use of the cultural formulation, knowledge about the culture of the client and the use of an interpreter were specific elements in the treatment, accompanied by more

general adaptations, such as taking more time for psycho-education, using a family approach, and simplifying cognitive techniques. Further research should explore whether these strategies have a specific additional value in the treatment of these clients.

Key words: cognitive behavioural therapy; clients with a non-western background

LITERATUUR

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-IV-TR). Washington: American Psychiatric Press.
- Bekker, M., & Mens-Verhulst, J. van (2008). GGZ en Diversiteit: Prevalentie en Zorgkwaliteit. Programmeringsstudie 'Etniciteit en gezondheid' voor ZonMw.
- Bernal, G., & Scharron-Del-Rio, M.R. (2001). Are empirically supported treatments valid for ethnic minorities? Toward an alternative approach for treatment research. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 7, 328 – 342.
- Bot, H. (2007). Gespreksvoering met behulp van een tolk. *De Psycholoog*, juni, 362-367.
- Can, M. (1998). Psychotherapeutische methodiek. In: J.E. de Neef, J. Terwolde & K.A.A. Mouthaan (Eds.), *Handboek interculturele zorg II* (pp. 3.1-1- 3.1-38). Maarssen: De Tijdstroom.
- Chambless, D.L., & Williams, K.E. (1995). A preliminary study of African Americans with agoraphobia: Symptom severity and outcome of treatment with in vivo exposure. *Behavior Therapy*, 26, 501-515.
- Commissie Intercultureel Addendum Angststoornissen onder leiding van prof.dr. Joop T.V.M. de Jong (2008). *Intercultureel Addendum Angststoornissen*. Rotterdam: Mikado kenniscentrum interculturele zorg.
- Dienst Onderzoek en Statistiek Amsterdam, *Amsterdam in cijfers*, Jaarboek 2009.
- Endt-Meijling, M. van. (2003). *Met nieuwe ogen. Werkboek voor de ontwikkeling van een transculturele attitude*. Bussum: Coutinho.
- GGZ Nederland (2007). *Kerncijfers uit de GGZ 2001-2003*. Utrecht: GGZ Nederland.
- Hinton, D.E., Chhean, D., Pich, V., Safren, S.A., Hofmann, S.G., & Pollack, H. (2005). A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for Cambodian refugees with treatment-resistant PTSD and panic attacks: A cross-over design. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 617- 629.
- Hinton, D.E., Pham T., Tran, M., Safren, S.A., Otto, M.W., & Pollack, H. (2004). CBT for Vietnamese refugees with treatment-resistant PTSD and panic attacks: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 429 - 433.
- Kamperman, A.M., Komproe, I.H. & Jong, J.T.V.M. de (2005). Psychische gezondheid van migranten: psychische stoornissen en ervaren gezondheid. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 761 – 770.
- Knipscheer, J.W., & Kleber, R.J. (2005). Migranten in de GGZ: empirische bevindingen rond gezondheid, hulpzoekgedrag, hulpbehoefte en waardering van zorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 753 - 760
- Kortmann, F. (2006). *Transculturele psychiatrie. Van praktijk naar theorie*. Assen: Van Gorcum.
- Kortmann, F. (2004). Hoe om te gaan met patiënten uit een andere cultuur. In: R. Beun-derman, A. Savenije, M. Mattheijer & P. Willems (Eds.), *Meer kleur in de Jeugd-GGZ*. (pp. 125-138). Assen: Van Gorcum.
- Kramer, S. (2004). *Interculturele competentieprofielen in de ggz*. Rotterdam: Mikado.
- Kubany, E.S., Hill, E.E., Owens, J.A., Iannce-Spencer, C., McCaig, M.A., Tremayne, K.J., & Williams, P.L. (2004). Cognitive trauma therapy for battered woman with PTSD (CTT-BW). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 3 – 18.

- Miranda, J., Green, B.L., Krupnick, J.L., Chung, J., Siddique, J., Belin, T., & Revicki, D. (2006). One-year outcomes of a randomized clinical trial treating depression in low-income minority women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 99 – 111.
- Miranda, J., Bernal, G., Lau, A., Kohn, L., Hwang, W., & LaFromboise, T. (2005). State of the science on psychosocial interventions for ethnic minorities. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 113-142
- Nicholl, C., & Thompson, A. (2004). The psychological treatment of Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) in adult refugees: A review of the current state of psychological therapies. *Journal of Mental Health, 13*, 351 – 362.
- Otto, M.W., Hinton, D., Korbly, N.B., Chea, A., Ba, P., Gershuny, B.S., & Pollack, M.H. (2003). Treatment of pharmacotherapy-refractory posttraumatic stress disorder among Cambodian refugees: A pilot study of combination treatment with cognitive-behavior therapy vs Sertraline alone. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 1271 – 1276.
- Örücü, H. (1996). Gedragstherapie en alloctonen. In: J.T.V.M. de Jong, & M. van den Berg (Eds.), *Transculturele Psychiatrie & Psychotherapie. Handboek voor hulpverlening en beleid* (pp. 213-224). Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers.
- Paunovic, N., & Öst, L. (2001). Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behaviour Research and Therapy, 39*, 1183 – 1197.
- Rohlof, H., Loevy, N., Sassen, L., & Helmich, S. (2002), Het Culturele Interview. In: R. Borra, R. van Dijk, & H. Rohlof (Eds.), *Cultuur, classificatie en diagnose. Cultuursensitief werken met de DSM-IV*, (pp. 251). Houten/ Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Schraufnagel, T.J., Wagner, A.W., Miranda, J., & Roy-Byrne, P.P. (2006). Treating minority patients with depression and anxiety: What does the evidence tell us. *General Hospital Psychiatry, 28*, 27 – 36.
- Schrier, A.C., Theunissen, J.R., Kempe, P.T., & Beekman, A.T.F. (2005). Migranten in de ambulante ggz maken een inhaalslag. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 47*, 771-777.
- Struijs, A.J., & Wennink, H.J. (2000). *Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg. Achtergrondstudie*. Zoetermeer: Trimbos-Instituut en Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Zoellner, L.A., Feeny, N.C., Fitzgibbons, L.A., & Foa, E.B. (1999). Response of African American and Caucasian women to cognitive behavioral treatment for PTSD. *Behavior Therapy, 30*, 581-595.

BIJLAGE 1

Dagboek voor gedachten

Datum + Tijdstip

Gebeurtenis

Wat gebeurt er?

Lichamelijk gevoel

Wat voel ik in mijn lichaam?

Gevoel

Wat voel ik? (bijvoorbeeld bang, boos, verdriet) _

Sterkte van gevoel

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Gedachten

Wat denk ik? Wat zeg ik tegen mijzelf in mijn hoofd?

Hoe sterk geloof ik dit?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Gedrag

Wat doe ik?

Gedachte die beter helpt

Wat kan ik beter tegen mijzelf zeggen?

Gevolgen

Wat voel ik nu?

Wat doe ik nu?

BIJLAGE 2

Oefenformulier cognitieve therapie

Onderscheid gedachten, gevoel, lichamenlijk gevoel, gedrag

1. Wat kan ik denken? (gedachten)
2. Wat kan ik voelen? (gevoel)
3. Wat kan ik in mijn lichaam voelen? (lichamelijk gevoel)
4. Wat kan ik doen? (gedrag)

- Ik word gek
- Ik kan niet op mijn benen blijven staan, ik ga vallen
- Rennen
- Spanning
- Slapen
- Hoofdpijn
- Ik ga flauwvallen
- Thuis blijven zitten
- Koken
- Ik ben ernstig ziek
- Ik ga weer beter worden
- Somber
- Mensen denken dat ik gek ben
- Blij
- Boos
- Niemand vindt mij aardig
- Liggen
- Hartkloppingen
- Bang
- Ruzie maken
- Verdrietig

Onderscheid rationele en irrationele gedachten

1. Welke gedachte helpt mij?
 2. Welke gedachte helpt mij niet?
- Er zijn mensen die mij aardig vinden
 - Ik ben duizelig, doordat ik gespannen ben. Er gebeurt niks ergs
 - Ik heb dit vaker gedaan en toen ging het ook goed
 - Ik heb deze hartkloppingen heel vaak gehad er is nog nooit iets ergs gebeurd
 - Ik ga dood
 - Het heeft allemaal geen zin meer
 - Ik moet zelf moeite doen om me weer beter te gaan voelen
 - Ze vinden me stom
 - Iedereen kijkt naar mij
 - Die vriendin wil mij vast wel helpen als ik het aan haar vraag
 - Ik mag nee zeggen als ik iets niet wil
 - Als mijn man te laat thuiskomt is er iets ergs gebeurd
 - Iedereen vindt mij gek
 - Ik moet goed voor mijzelf zorgen
 - Ik ga weer beter worden