

STUURGROEP

Multidisciplinaire
Richtlijnontwikkeling

GGZ



 **Trimbos**
instituut

INTERCULTUREEL ADDENDUM DEPRESSIE

Versie 1.0

Inhoudsopgave

Intercultureel Addendum Depressie	1
Colofon	2
Organisatiestructuur	3
Samenvatting	4
1. Inleiding	7
1.1 De context van het intercultureel addendum.....	7
1.2 Wetenschappelijke onderbouwing.....	8
1.3 Leeswijzer.....	10
1.4 Verantwoording van het woordgebruik.....	10
2. Probleemschets	12
2.1 Het concept depressie.....	12
2.2 Diagnostiek.....	13
2.3 Behandeling.....	14
2.4 Toepassing van de richtlijn in interculturele situaties.....	15
2.5 Conclusies en uitgangsvragen.....	16
3. Prevalentie van depressie	21
3.1 Inleiding en werkwijze.....	21
3.2 Prevalentie van depressie in buitenlandse studies.....	21
3.3 Prevalentie van depressie onder etnische groepen in Nederland.....	23
3.4 Genderverschillen.....	24
3.5 Conclusie.....	24
4. Culturele aspecten van de werkrelatie	29
4.1. Inleiding.....	29
4.2 De werkrelatie.....	29
4.3 De afstemming.....	32
4.4 Samenvatting.....	33
5. Effectiviteit van aanpassingen in de werkrelatie	39
5.1 Inleiding, uitgangsvraag en werkwijze.....	39
5.2 Verbeteringen in de werkrelatie.....	39
5.3 Conclusies.....	40
5.4 Aanbevelingen.....	42
6. Diagnostiek van depressie	44
6.1 Inleiding, uitgangsvraag en werkwijze.....	44
6.2 Het profiel van depressie.....	44
6.3 Cultuursensitieve instrumenten.....	45
6.4 Cultuurverschillen in symptomen.....	46
6.5 De somatische interpretatie en presentatie van depressieve klachten.....	47
6.6 Herkenning en screening.....	47
6.7 Postnatale depressie.....	48
6.8 Conclusies.....	49
6.9 Aanbevelingen.....	50
7. Psychoeducatie	54
7.1 Inleiding, uitgangsvraag en werkwijze.....	54
7.2 Hulp zoeken en accepteren.....	54
7.3 Conclusies.....	55
7.4 Aanbevelingen.....	56
8. Farmacologische interventies	58
8.1 Inleiding, uitgangsvraag en werkwijze.....	58
8.2 Verschillen in metabolisme en dosering.....	59
8.3 Samenvatting en conclusies.....	60

Inhoudsopgave

<u>8. Farmacologische interventies</u>	
<u>8.4 Aanbevelingen</u>	61
<u>9. Psychotherapeutische interventies</u>	63
<u>9.1 Inleiding, uitgangsvraag en werkwijze</u>	63
<u>9.2 Etnische verschillen in het effect van psychotherapie</u>	64
<u>9.3 Conclusies</u>	66
<u>9.4 Aanbevelingen</u>	67
<u>10. Aanbevelingen vanuit het patiëntenperspectief</u>	69
<u>10.1 Inleiding en werkwijze</u>	69
<u>10.2 Belangenbehartiging, voorlichting en informatie, empowerment</u>	69
<u>10.3 Samenvatting</u>	70
<u>Disclaimer</u>	71

Intercultureel Addendum Depressie

Richtlijntekst:

Onder leiding van de Kerngroep Intercultureel Addendum depressie

In samenwerking met de Werkgroep Multidisciplinaire Richtlijn Depressie

Met ondersteuning van Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en Trimbos-instituut

Mikado, kenniscentrum interculturele zorg

Oktober 2012

Colofon

Richtlijntekst:

Financiering

Innovatiefonds Zorgverzekeraars

Mikado, kenniscentrum interculturele zorg

Projectgroep

Erik Hoencamp

Sander Kramer

Nuray Sönmez

Samenstelling en rapportage

Sander Kramer

Nuray Sönmez

Redactie / eindredactie

Mariëtte Hoogsteder

Samenwerkende Patiëntenorganisaties

Steunpunt GGZ Utrecht

Samenwerkende beroepsverenigingen

Federatie Verpleegkunde in de GGZ (FVGGZ)

Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP)

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP)

Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers (NVMW)

Nederlandse Vereniging voor Relatie en Gezinstherapie (NVRG)

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie (NVCT)

Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)

Verwijzingen naar deze publicatie als volgt:

Intercultureel addendum depressie (2012). Intercultureel addendum bij de Multidisciplinaire richtlijn depressie.

Utrecht: Mikado.

Mikado, kenniscentrum interculturele zorg

Da Costakade 45

3521 VS Utrecht

030 29 00 144

info@mikadonet.nl | www.mikadonet.nl | www.mikadohelpdesk.nl

© Mikado, Utrecht, oktober 2012

ISBN: 978-90-77782-24-8

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Mikado.

Organisatiestructuur

Richtlijntekst:

Het Intercultureel Addendum Depressie is op initiatief van Mikado en onder leiding van de Kern- en Werkgroep Intercultureel Addendum depressie ontwikkeld. In deze groepen hebben de deelnemende verenigingen en organisaties samengewerkt.

Methodologische en organisatorische ondersteuning werd verzorgd door het Kwaliteitsinstituut CBO en het Trimbos-instituut.

Kerngroep

Voorzitter

Prof. dr. E. Hoencamp

Secretaris

Mw. drs. N. Sonmez

Penvoerder

Dr. S.A. Kramer

Leden

Drs. M. Braakman Pro Persona, NVvP

Drs. M. Edrisi GGz Divers, NVP

Dr. T. Fassaert GGD Amsterdam

Mw. N. Lahri Altrecht, SPV

Mw. M. Mudde-Jadra Riagg Rijnmond, NIP

Mw. Dr. A. van Schaik GGZ in Geest, NVvP

Drs. J. Wuister Huisarts, LHV en NHG

Mw. Drs. M. Sarucco Arkin, VGCT

Mw. Drs. A. van Loon GGZ inGeest

Adviseurs

Drs. J.J.A. De Beer Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO

Mw. Drs. J. Meeuwissen Trimbos-instituut

Werkgroep

Mw. Drs. P. Behari Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)

Mw. R. Borra Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en VGT

Mw. M. De Kater Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers (NVMW)

Drs. F. Miguel Fernández Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)

Mw. Drs. C. Pronk Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Dhr. D. Rammers Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen FVGGZ)

Mw. Drs. I. Rood Nederlandse Vereniging voor Relatie en Gezinstherapie (NVGR)

Mw. Drs. S. Stupar (tot juni 2011) Universiteit Tilburg

Mw. Drs. T. Zandi Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)

Samenvatting

Richtlijntekst:

Mikado heeft het *intercultureel addendum depressie* ontwikkeld als aanvulling op de multidisciplinaire richtlijn voor depressie (2012). De aanbevelingen uit de bestaande richtlijn zijn namelijk niet altijd toepasbaar, omdat er geen aandacht is voor etnische en culturele verschillen of de rol van migratiegeschiedenis.

Veel *evidence-based* kennis over diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis is echter zeer waardevol en inzetbaar wanneer aangevuld met specifieke interculturele kennis en vaardigheden. Het intercultureel addendum depressie is daarom nadrukkelijk een aanvulling en dient in samenhang met de Multidisciplinaire richtlijn voor Depressie toegepast te worden.

Probleemschets

Culturele verschillen in ziektebeleving en symptomen hebben serieuze gevolgen voor de betrouwbaarheid van diagnostiek en de indicatie voor behandelingen. Depressieve symptomen worden cultureel beïnvloed; zij worden gekleurd door cultureel geaccepteerde uitingvormen en door de heersende waarden en normen ten aanzien van psychische problemen. Een variërende voorkeur bij behandelaars om bepaalde symptomen wel of juist niet te zien als onderdeel van een depressie, heeft vergaande gevolgen voor diagnostiek en behandeling. Bijvoorbeeld voor het normeren van onderzoeksinstrumenten. Hetzelfde geldt voor de behandeling. Zelfs na herhaaldelijk bewijs dat bepaalde standaardbehandelingen effectief kunnen zijn voor patiënten met een migratie-achtergrond, passen behandelaars die weinig toe. Dat betekent dat migranten vaker dan autochtone Nederlanders niet volgens de richtlijnen worden behandeld en uitgesloten worden van *evidence-based* kennis.

Daarom is het algemene uitgangspunt voor dit addendum: de bestaande multidisciplinaire richtlijn depressie is toepasbaar bij migranten tenzij er bewijs is gevonden voor specifieke interventies die na onderzoek effectiever zijn gebleken.

Prevalentie

Etnische diversiteit in de prevalentie van depressie is aangetoond in diverse onderzoeken binnen en buiten Nederland. Bij diverse groepen worden verschillende soorten prevalentieverschillen gemeten. Wel blijkt uit meerdere onderzoeken dat de prevalentie van depressie bij Turkse en Marokkaanse Nederlanders hoger is dan bij autochtonen en Surinaamse Nederlanders. Het meeste bewijs voor de verhoogde prevalentie is gevonden onder Turkse Nederlanders en dan in het bijzonder bij de ouderen onder hen.

Werkrelatie

De betekenis die iedere patiënt en behandelaar geeft aan hun werkrelatie wordt beïnvloed door een groot aantal aspecten. Wederzijdse opvattingen en aannames over depressie spelen een rol, evenals de taal waarin men spreekt en de betekenis van woorden en uitdrukkingen. Ook iemands sociaal culturele rol beïnvloedt de werkrelatie, net als de manier waarop men onderscheid maakt in lichamelijke en geestelijke aspecten van ziekte en gezondheid. Zonder goede werkrelatie kan de patiënt zich niet begrepen voelen, niet meewerken aan de behandeling of afhaken. Houd daarom rekening met alle hierboven genoemde aspecten.

Aanpassingen in de werkrelatie

Er is bewijs gevonden voor de effectiviteit van het gebruik van professionele tolken. Dat leidt tot een beter begrip van de diagnose en behandeling, minder fouten in de behandeling en een grotere patiënttevredenheid. Voorts blijkt dat culturele aanpassingen van interventies een positief effect hebben. Er is echter geen specifieke culturele aanpassing die voor iedereen werkt.

De aanbevelingen zijn:

- Vraag actief naar de wensen van patiënten ten aanzien van het inschakelen van een tolk.
- Maak gebruik van tolken als patiënten zelf aangeven een tolk nodig te hebben.
- Maak gebruik van professionele tolken (in plaats van informele tolken of familieleden).
- Stem interventies en communicatiestijl af op de culturele achtergrond van patiënten
- Houdt rekening met de opvattingen van patiënten over ziekte en gezondheid.
- Consulteer mensen die bekend zijn met de culturele achtergrond van de patiënt.

Diagnostiek

Onderzoek naar het achterliggende profiel van depressie dat tot uiting komt in diverse symptomen laat zien dat er universeel overeenkomstige factoren zijn en dat er geen etnische verschillen zijn in het verband tussen angst en depressie. Er zijn wel culturele verschillen in het herkennen en presenteren van symptomen van

depressie maar deze vallen niet samen met een specifieke etnische groep; cultuur doet er dus meer toe dan etniciteit. Het meest onderzochte verschil betreft somatische symptomen.

Drie instrumenten voor de diagnostiek van depressie zijn cross-cultureel onderzocht en geschikt gebleken voor de diagnostiek van migrainepatiënten.

De aanbevelingen zijn:

- Maak gebruik van diagnostische instrumenten, die beoordeeld zijn op cross-culturele validiteit: de CES-D, het CIDI en de K10.
- Pas bij diagnostiek de normgroepen aan, voor zover daar onderzoek naar is gedaan.
- Ga op een cultuursensitieve en procesgerichte wijze in op de presentatie en herkenning van depressieve symptomen.

Psychoeducatie

De verschillen in effectiviteit van psychoeducatie worden beïnvloed door de mate waarin mensen geneigd zijn psychologische hulp te accepteren. Hoe langer men gebruik maakt van specialistische zorg en hoe ernstiger klachten, hoe meer de patiënt hulp accepteert. Ook de ervaren effectiviteit van de hulp doet ertoe. Voorlichting om depressie als ziekte te begrijpen heeft meer effect dan voorlichting over psychologische oorzaken van depressie.

De aanbevelingen zijn:

- Maak psychoeducatie op maat op basis van culturele achtergronden van patiënten. Ga daarbij niet uit van etnische verschillen maar van genoemde variabelen.
- Stel bij het geven van psychoeducatie depressie als ziekte centraal en houdt er rekening mee dat het begrip depressie niet in alle culturen op dezelfde wijze wordt herkend of toegepast.
- Overweeg zo nodig de familie actief bij psychoeducatie te betrekken.

Farmacologische interventies

Er zijn weinig etnische verschillen in effectiviteit en bijwerkingenprofielen van antidepressiva gevonden. Er is nog te weinig onderzoek om definitief te kunnen stellen dat er bewijs is voor interetnische verschillen in werking en bijwerkingen die in klinische behandelingen van belang zijn. De verschillen binnen migrantengroepen zijn groter dan tussen groepen. Dat betekent dat er in de praktijk wel degelijk aandacht moet zijn voor verschillen tussen patiënten bijvoorbeeld qua gender, leeftijd, somatische morbiditeit maar ook etniciteit.

De aanbevelingen zijn:

- Voer vanwege het hogere risico op snellere of tragere metabolisering van een aantal antidepressiva, bij patiënten met een migratie-achtergrond eerder bloedspiegelbepalingen uit dan bij autochtone patiënten, om dit vast te stellen dan wel uit te sluiten.
- Wees bij Aziatische patiënten voorzichtiger met het medicijnvoorschrift: doseer lager en bouw de dosering langzamer op, op geleide van het klinisch beeld en de bijwerkingen.
- Hanteer een lagere dosis lithium in de voorschrift bij patiënten van Afrikaanse en Aziatische afkomst vanwege de hogere intracellulaire lithiumconcentraties bij gelijke plasmaspiegels.

Psychotherapeutische interventies

De bestaande psychotherapieprotocollen zijn toepasbaar en bestaande therapievormen zijn, al dan niet met culturele aanpassingen, effectief gebleken bij migrantengroepen. Het is aannemelijk dat de drop-out percentages onder migrantengroepen hoger zijn dan onder de autochtonen. Twee studies vonden hogere drop-out percentages één studie vond geen verschil. Het is aannemelijk dat het toevoegen van clinical management aan CGT het drop-out percentage onder etnische minderheden doet afnemen.

De aanbevelingen zijn:

- Pas de in de multidisciplinaire richtlijn depressie beschreven psychotherapievormen net zo vaak toe bij patiënten met een migratie-achtergrond als bij autochtonen; gebruik daarbij de bestaande protocollen voor bijvoorbeeld PST, IPT en CGT, al dan niet met culturele aanpassingen.
- Combineer op indicatie diverse culturele aanpassingen van de behandeling om drop-out te verlagen en aansluiting bij de patiënt te verhogen.
- Overweeg clinical management toe te voegen aan psychotherapie, zodat er ook aan praktische problemen gewerkt kan worden.

Patiëntenperspectief

De conclusies over het perspectief van patiënten op het behandelen van hun depressie zoals in de multidisciplinaire richtlijn depressie opgenomen, geldt ook migrantenpatiënten. De kern van het versterken van de participatie van deze patiënten in de zorg bestaat uit belangenbehartiging, voorlichting en empowerment. Er is geen onderzoek gedaan naar de effectiviteit van cultuurspecifieke interventies ter versterking van de belangen van patiënten. De grootste klacht is de tekortschietende informatie voorziening. Als de informatie goed aansluit bij de culturele achtergrond van patiënten dan is de tevredenheid over de GGZ in overeenstemming met die van autochtone gebruikers. De behandelaar dient zich hierbij af te vragen of hij of zij op een cultuursensitieve wijze met de patiënt omgaat. De overwegingen zijn:

- Ga na of de allochtone patiënt over voldoende informatie beschikt om de geboden zorg te begrijpen. De behandelaar dient zich hierbij af te vragen of hij of zij op een cultuursensitieve wijze met de allochtone patiënt omgaat.
- Bevorder de samenwerking met de patiënt door periodieke uitwisseling van elkaars visies op de problematiek, de oorzaak en de mogelijke oplossingen daarvan.

1. Inleiding

Richtlijntekst:

Sander Kramer

De Multidisciplinaire richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis is onlangs voor de tweede keer herzien (Richtlijnherziening depressie 2012). Deze herziene richtlijn zegt echter weinig tot niets over interculturele zorg, dus zorg waarin etnische en culturele verschillen of migratiegeschiedenis een rol speelt. Depressie is, samen met angststoornissen, de meest voorkomende stoornis bij cliënten in de ggz met een migratieachtergrond.

Depressieve klachten komen in het bijzonder relatief vaak voor bij vrouwen, ouderen en vluchtelingen.

Onderzoek en praktijk wijzen uit dat 'culturele diversiteit' een knelpunt kan zijn in de zorg en in de bruikbaarheid van aanbevelingen uit de richtlijn. Van de tien knelpunten die ZonMw op basis van onderzoek, praktijkervaringen en implementatieprojecten formuleerde (Richtlijnherziening depressie 2009), stond 'culturele diversiteit' op de tweede plaats.

Bovenstaande was de aanleiding tot het ontwikkelen van een intercultureel addendum. Het is nadrukkelijk ontwikkeld als aanvulling op de Multidisciplinaire richtlijn voor Depressie (2012), in dit addendum wordt dan ook niet herhaald wat in de reguliere richtlijn staat.

Interacties tussen behandelaars en patiënten vinden niet in een vacuüm plaats, maar worden beïnvloed door het systeem van de gezondheidszorg en maatschappelijke ontwikkelingen op het gebied van ziekte, gezondheid en zorg. Deze context komt in het navolgende aan bod, als kader voor het intercultureel addendum bij de richtlijn.

1.1 De context van het intercultureel addendum

Richtlijntekst:

Richtlijnen zijn ontstaan omdat behandelaars behoefte hebben aan kennis over effectieve behandelmethoden, als basis voor professioneel handelen. Het belangrijkste uitgangspunt is de bewezen effectiviteit van interventies, die door middel van wetenschappelijk onderzoek is aangetoond (*evidence-based*).

Aanbevelingen zijn hierop gebaseerd.

In de zorg is echter altijd sprake van meerdere perspectieven. Zeker in de ggz kunnen professionals onderling uiteenlopende perspectieven hanteren. En het perspectief van de patiënt en dat van de behandelaar kan zeer uiteenlopen en zelfs tot verwijdering leiden. In de interacties tussen professional en patiënt worden die perspectieven zichtbaar en kunnen de communicatie tussen behandelaar en patiënt beïnvloeden, bijvoorbeeld als gevolg van verschillende motieven, kennis, verwachtingen en rollen die beide partijen in de gezondheidszorg herkennen, nastreven en op waarde schatten. Als een gesprek tussen de patiënt en de behandelaar voor één van beide partijen onbegrijpelijk, ongepast of ongewenst overkomt, kan de behandeling er tijdelijk of langdurig door verstoord worden. Voorbeelden van dergelijke verstoringen in het proces zijn het gebruik van jargon door de behandelaar (intake, diagnose, depressie), verschillen in ziektebeleving (somatiseren / psychologiseren) of uiteenlopende betekenisverlening aan ziekte en gezondheid. Ook onbegrip over de rationale achter een interventie kan verstoring werken.

Een perspectief wordt vaak als vanzelfsprekend gezien en is niet altijd expliciet. Een voorbeeld is het perspectief dat de patiënt autonoom is in het nemen van beslissingen en dat deze begrijpt dat hij of zij zelf keuzes moet maken. Vandaaruit kan het voor de behandelaar logisch zijn de klachten van een patiënt op een rijtje te zetten, terwijl de patiënt misschien het eigen verhaal wil vertellen en erkenning zoekt. Het perspectief van de autonome patiënt roept vragen op zoals; is de patiënt een consument die van behandelaar wisselt wanneer de benadering niet aanspreekt? Of is deze mondigheid slechts schijn en is de patiënt afhankelijk van hoe de behandelaar zijn of haar problemen interpreteert en behandelt? Hoe cultuursensitief is het perspectief van de autonome patiënt, dat wil zeggen, sluit het aan bij het beeld dat patiënten met een niet-Nederlandse achtergrond hebben? Behartigen patiëntenorganisaties collectieve belangen van alle patiënten, ongeacht herkomst?

Het systeem van de geestelijke gezondheidszorg kent een context waarbinnen richtlijnen voor beroepsmatig handelen passen. Vanuit een klinische realiteit is effectiviteit als startpunt bovendien een logische gedachte. Maar er zijn andere perspectieven, die depressie en de zorg ervoor een heel andere betekenis en interpretatie geven. Een patiënt heeft recht op (en zoekt misschien ook naar) bewijs voor effectiviteit van interventies, maar

zal in veel gevallen eerder vragen om (h)erkenning, begrip en contact. Het proces van signalering, basisinterventies, diagnostiek en behandeling kan dus zeer uiteenlopend geïnterpreteerd en geëvalueerd worden.

Meerdere perspectieven zijn er altijd, maar juist in interacties waarin culturele achtergrond, migratiegeschiedenis of etniciteit een rol spelen, is het van belang dit te erkennen. Het besef van verschillende perspectieven is de basis voor het ontwikkelen van een intercultureel addendum bij de Multidisciplinaire richtlijn Depressie. Vervolgens hanteren we twee uitgangspunten. Ten eerste zijn tot nu toe bewezen interventies weliswaar niet gebaseerd op onderzoek onder specifieke (etnische, culturele of migratiegerelateerde) patiëntengroepen, maar mogelijk zijn ze wel voor hen toepasbaar en effectief. In de ontwikkeling van het intercultureel addendum is gezocht naar de toepasbaarheid van reeds bewezen interventies voor specifieke etnische groepen.

Het tweede uitgangspunt is tegenovergesteld: onderzoek naar de effectiviteit van interventies voor specifieke groepen kan aanwijzingen geven om juist afwijkend te handelen. De reguliere richtlijn (Richtlijnherziening depressie 2012) biedt ruimte om beredeneerd af te wijken van de aanbevelingen.

Zorgverleners kunnen op basis van hun professionele autonomie zo nodig afwijken, maar moeten dit beargumenteren en documenteren. In dit addendum is gezocht naar bewijs voor afwijkend handelen ten opzichte van aanbevelingen uit de reguliere richtlijn.

1.2 Wetenschappelijke onderbouwing

Richtlijntekst:

In de ontwikkeling van het intercultureel addendum is het proces gevolgd zoals beschreven in de internationale GRADE benadering voor het opstellen van aanbevelingen in de klinische praktijk (Tugwell e.a., 2010). Deze benadering vertoont grote overeenkomsten met de EBRO methodiek die het CBO en het Trimbos instituut hanteren voor multidisciplinaire richtlijnen in Nederland. Dat betekent dat allereerst casuïstiek met betrekking tot depressie is geanalyseerd waar interculturele verschillen een rol spelen. Het gaat in dit geval om casuïstiek die vanaf 2003 tot en met 2010 bij Mikado kenniscentrum interculturele zorg is verzameld, vanuit trainingen en scholing en vanuit consultaties die hulpverleners bij Mikado vroegen. Vervolgens zijn enkele behandelaars en wetenschappers geïnterviewd om een analyse van interculturele aspecten rond diagnostiek en behandeling van depressie te maken. Op grond van de casuïstiek en de interviews is een probleemschets geschreven die is voorgelegd aan een kerngroep die voor dit addendum is ingesteld. Door de kerngroep zijn vervolgens zes uitgangsvragen opgesteld (zie hiervoor hoofdstuk 2, paragraaf 2.5).

De tweede fase bestond uit een uitgebreide literatuursearch ter beantwoording van de zes uitgangsvragen. Relevante artikelen werden gezocht door middel van systematische zoekacties. Er is gezocht naar gepubliceerde artikelen vanaf het jaar 2000 in PubMed, PsychInfo, Embase, de Cochrane Library Clinical Trial en het Centre for Reviews and Dissemination van de University of York. De zoekacties werden afgesloten in april 2011. Gezocht is met de zoektermen 'depression' of 'depressive disorder' in combinatie met 'ethnic groups' of 'migrants' of 'refugees'. De zoekopdrachten zijn in eerste instantie beperkt tot systematische reviews, vergelijkende studies en randomized controlled trials. Daar aan toegevoegd zijn artikelen uit de referentielijsten van de gevonden literatuur. Relevante artikelen gepubliceerd vóór 2000 die voorkwamen in de referentielijsten van systematische reviews zijn ook opgenomen in de selectie.

De twaalf leden van de kerngroep hebben de samenvattingen van alle artikelen gelezen. Zij hebben zelf nog literatuur toegevoegd, ter aanvulling op de hierboven beschreven verzameling. Het ging bijvoorbeeld om relevante artikelen uit Nederlandstalige of andere niet-Engelstalige tijdschriften, die niet in de databases zijn opgenomen. In totaal zijn er 115 systematische reviews of RCT's en 27 vergelijkende onderzoeken geselecteerd. Via referenties en door kerngroepleden geselecteerde artikelen zijn nog eens 197 artikelen verzameld, variërend van RCT studies tot casusbeschrijvingen. In de zes hoofdstukken waarin steeds één uitgangsvraag wordt beantwoord (hoofdstuk 5 tot en met 10), is de selectie van de artikelen per onderwerp verantwoord.

De geselecteerde artikelen zijn beoordeeld op kwaliteit van het onderzoek en geordend naar de mate van bewijskracht (zie tabel 1 voor de indeling van methodologische kwaliteit en de bepaling van het niveau van conclusies). Het niveau van bewijs staat in dit addendum steeds bij de conclusies weergegeven. De uitgangsvragen en de beantwoording ervan zijn drie keer besproken met de kerngroep én de werkgroep. De laatste bevat leden die een beroepsorganisatie vertegenwoordigen. Tijdens die bijeenkomsten zijn de resultaten, conclusies en aanbevelingen getoetst op relevantie voor de praktijk. Om te komen tot een

aanbeveling zijn er naast het wetenschappelijke bewijs andere aspecten van belang, zoals patiëntenvoorkeuren, kosten, beschikbaarheid of organisatorische aspecten. Deze aspecten zijn in ieder hoofdstuk vermeld onder het kopje 'overige overwegingen'. De uiteindelijke aanbevelingen zijn het resultaat van het beschikbare bewijs en de overige overwegingen.

Tabel 1 Indeling van de literatuur naar de mate van bewijskracht

Methodologische kwaliteit van individuele studies

	Interventie	Diagnostisch accuratesse onderzoek	Schade of bijwerkingen, etiologie, prognose*
A1	Systematische review van tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau		
A2	Gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit van voldoende omvang	Onderzoek ten opzichte van een referentietest ('gouden standaard') met tevoren gedefinieerde afkapwaarden en onafhankelijke beoordeling van de resultaten van test en gouden standaard, betreffende een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten die allen de index- en referentietest hebben gehad	Prospectief cohort onderzoek van voldoende omvang en follow-up, waarbij adequaat gecontroleerd is voor 'confounding' en selectieve follow-up voldoende is uitgesloten.
B	Vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 (waaronder patiëntcontrole onderzoek, cohortonderzoek)	Onderzoek ten opzichte van een referentietest, maar niet met alle kenmerken die onder A2 zijn genoemd	Prospectief cohort onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 of retrospectief cohort onderzoek of patiëntcontrole onderzoek
C	Niet-vergelijkend onderzoek		
D	Meting van deskundigen		

* Deze classificatie is alleen van toepassing in situaties waarin om ethische of andere redenen gecontroleerde trials niet mogelijk zijn. Zijn die wel mogelijk, dan geldt de classificatie voor interventies.

	Conclusie gebaseerd op
1	Onderzoek van niveau A1 of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2
2	1 onderzoek van niveau A2 of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B
3	1 onderzoek van niveau B of C
4	Mening van deskundigen

Bron: CBO (2006)

1.3 Leeswijzer

Richtlijntekst:

Hoofdstuk 2 is beschrijvend en geeft een probleemschets weer, de resultaten van de interviews met deskundigen en een analyse van de interculturele casuïstiek.

Hoofdstukken 3 en 4 zijn eveneens beschrijvend, bevatten geen uitgangsvragen en leiden daarom niet tot aanbevelingen. Hoofdstuk 3 bevat resultaten van epidemiologische studies en gaat over de prevalentie van depressie onder diverse groepen, bedoeld om de omvang van het probleem en de etnische verschillen in prevalentie weer te geven. Hoofdstuk 4 gaat over culturele aspecten van de werkrelatie tussen zorgverlener en patiënt. Deze is immers de basis en voorwaarde voor ieder contact en is om die reden dan ook apart besproken. Het hoofdstuk dient ter reflectie voor de zorgverlener die bezig is met het in kaart brengen of behandelen van depressieve klachten.

In de overige hoofdstukken komen de uitgangsvragen aan bod en deze kennen steeds dezelfde opbouw. De uitgangsvraag en werkwijze worden verantwoord. Per uitgangsvraag is het bewijs voor etnische en culturele verschillen in de behandeling van depressie verzameld. De resultaten worden samengevat en na de conclusies volgen de aanbevelingen. Ieder hoofdstuk bevat een tabel met details over de studies waarop de conclusies zijn gebaseerd.

Hoofdstuk 5 gaat net als hoofdstuk 4 over de *werkrelatie*, maar nu uitsluitend over de effectiviteit van afstemmingen in die relatie. In hoofdstuk 6 over diagnostiek komt aan bod welke aanpassingen in *signalering en diagnostiek van depressie bij migranten zijn onderzocht en tot welke uitkomsten deze aanpassingen leiden* voor diagnostiek en / of behandeling in de klinische praktijk.

In hoofdstuk 7 worden psychoeducatie en de effecten van cultuursensitieve psychoeducatie besproken. De effectiviteit van behandeling met psychofarmaca wordt besproken in hoofdstuk 8 en van behandeling met psychotherapeutische interventies in hoofdstuk 9. Tot slot komen in hoofdstuk 10 ervaringen van patiënten met een depressie aan bod.

1.4 Verantwoording van het woordgebruik

Richtlijntekst:

In onderzoek en beleid worden veel verschillende termen gebruikt, die bovendien per land een verschillende achtergrond en betekenis hebben. In Amerikaans onderzoek is het gebruikelijk etnische groepen van elkaar te onderscheiden en de gebruikte termen variëren. Zo worden *Latino* en *Hispanic* door en naast elkaar gebruikt, meestal in de betekenis van Spaanssprekende Amerikanen, soms in de betekenis van Amerikanen geboren in een Midden of Zuid-Amerikaans land. Voor zwarte Amerikanen wordt soms het onderscheid tussen *African Americans* en *Caribbean Americans* gemaakt. Aziatische Amerikanen worden soms niet en soms wel nader gespecificeerd, naar bijvoorbeeld immigranten afkomstig uit China of Korea. Voor blanke Amerikanen wordt zowel de term *whites* (hier vertaald als witte Amerikanen) als *Caucasian* gebruikt, waarmee onder andere Amerikanen worden bedoeld die (ooit) oorspronkelijk uit Europa, het Midden-Oosten en Noord-Afrika kwamen. Met andere woorden, in de termen uit onderzoek in de Verenigde Staten wordt onderscheid tussen talen, huidskleur, geboorteland en etniciteit door elkaar gebruikt. In dit intercultureel addendum gebruiken we de oorspronkelijke woordkeuze indien we uitsluitend de resultaten van het betreffende onderzoek aanhalen.

In onderzoek dat onder populaties in Nederland is gedaan, hanteert men soms etniciteit en soms herkomst in de vorm van geboorteland, met het onderscheid tussen allochtonen en autochtonen zoals het CBS en de overheid dat gebruiken. Allochtonen zijn inwoners van wie tenminste één van de ouders niet in Nederland is geboren (CBS 2000). Daarnaast wordt onderscheid gemaakt tussen personen die zelf in het buitenland zijn geboren (de eerste generatie) en personen die in Nederland zijn geboren (de tweede generatie). Ook wordt onderscheid gemaakt tussen westerse en niet-westerse allochtonen. In onderzoek wordt vaak verder gespecificeerd naar herkomstlanden, men spreekt dan bijvoorbeeld van Turkse of Marokkaanse Nederlanders.

In Nederland zijn de grootste groepen immigranten afkomstig uit Turkije, Marokko, Suriname, Nederlandse Antillen, Duitsland en Indonesië. De eerste vier worden als niet-westers benoemd, de laatste twee als westers. Hoewel de indeling en het woordgebruik duiden op een onderscheid naar herkomst, wordt dit vaak waargenomen als samenvallend met cultuur, etniciteit en migratie. Cultuur (gedeelde waarden, opvattingen en gedrag), herkomst (geboorteland), etniciteit (bevolkingsgroep) en type migratie (ex-koloniale migratie, arbeidsmigratie, vluchtmigratie, gezinsmigratie) liggen echter lang niet altijd in elkaars verlengde. In Suriname zijn de Creoolse, Hindostaanse, Chinese en Javaanse cultuur nogal verschillend, bovendien ieder met eigen

religies. Koerden als bevolkingsgroep komen uit diverse landen zoals Turkije, Syrië, Irak. Mensen afkomstig uit hetzelfde land hoeven niet dezelfde migratiegeschiedenis te kennen; zo zijn Nederlanders afkomstig uit Turkije en voormalig Joegoslavië in verschillende periodes hierheen gekomen zowel via arbeidsmigratie, vluchtmigratie of via gezinsmigratie. Na migratie mengen culturen, meestal nemen daardoor de verschillen binnen één culturele gemeenschap meestal toe. En tot slot, als gevolg van gemengde relaties komen er nieuwe generaties met een dubbele etnische en culturele achtergrond. Met andere woorden, herkomst valt zeker niet altijd samen met cultuur, etniciteit, migratie of religie.

Iedere indeling of term kent voor- en nadelen, verschillende betekenissen en gevoelswaarden. In dit addendum wordt gekozen voor de term 'patiënt met een migratieachtergrond', kortweg migranten. Het gaat om alle personen zelf naar Nederland geïmmigreerd of tenminste één van de ouders. Als een specifieke groep is onderzocht, gebruiken we de term van de onderzoekers, bijvoorbeeld Turkse vrouwen of ouderen met vluchtelingenachtergrond.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Literatuur

American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders, Fourth Edition (Text Revision)*.

CBO (2006). Handleiding voor Richtlijnwerkgroepleden. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.

CBS (2000). Standaarddefinitie allochtonen. Centraal Bureau voor de Statistiek.

Richtlijnherziening van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie (2009). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis (eerste revisie).

Richtlijnherziening van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie (2012). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis (tweede revisie).

Tugwell, P., Pottie, K., Welch, V. & Ueffing, E.J.F. (2010). Evaluation of evidence-based literature and formulation of recommendations for Clinical Preventative Guidelines for Immigrants and Refugees in Canada. *Canadian Medical Association Journal*. DOI:10.1503/cmaj.090289.

2. Probleemschets

Richtlijntekst:

Sander Kramer

De toegenomen etnische diversiteit van de bevolking en hardnekkige gezondheidsverschillen in Europa en Noord Amerika zijn uitdagingen voor de gezondheidszorg om effectieve, gelijkwaardige en evidence-based interventies aan te bieden aan een multiculturele patiëntengroep (Liu e.a., 2012). Het intercultureel addendum sluit aan op het proces van het begrijpen en toepassen van interventies die effectief zijn voor de diverse groepen in de bevolking.

De ontwikkeling van het addendum is gestart met een inventarisatie van problemen in de praktijk. Die inventarisatie wordt in dit hoofdstuk als probleemschets beschreven.

Voor de verkenning van de probleemstelling zijn zeven experts op het gebied van onderzoek en behandeling van depressie geïnterviewd. Zes van hen waren psychiater of psychotherapeut, werkzaam in de klinische praktijk met een multicultureel samengestelde patiëntenpopulatie. Bij Mikado zijn daarnaast cases verzameld over de behandeling van depressieve patiënten met een migratieachtergrond en er is een voorstudie in de literatuur gedaan. In de kerngroep en werkgroep is de literatuur besproken en overeenstemming bereikt over de analyse van problemen in de diagnostiek en behandeling van depressieve migranten. Dat heeft geleid tot een overzicht van de belangrijkste knelpunten en interculturele verschillen in de zorg voor depressieve patiënten. Die knelpunten mondden uit in zes uitgangsvragen.

De interviews met experts zijn gevoerd aan de hand van een topiclijst. De belangrijkste onderwerpen waren de diversiteit in uitingsvormen van depressie; mogelijkheden en knelpunten in de toepassing van de reguliere richtlijn; afwijken van de richtlijn en aanpassingen, oplossingen en alternatieven in de behandeling. Ook is gesproken over dimensies in de relatie tussen hulpverlener en cliënt. Dit hoofdstuk geeft de resultaten van de interviews weer en eindigt met de zes uitgangsvragen.

2.1 Het concept depressie

Richtlijntekst:

De experts herkennen dat depressie geen eenduidig begrip is. Patiënten die lijden aan wat als depressie wordt gezien, zoeken zelf vaak heel verschillende woorden en vertonen ander gedrag om hun lijden en problemen uit te drukken dan in symptoomlijsten staan. Depressie kan in verschillende culturen of culturele groepen een verschillende betekenis hebben, en sommige talen kennen er geen woord betekenis voor. Ook in één cultuur of taalgebied wordt depressie soms voor verschillende fenomenen gebruikt. Depressie als stoornis, als somberheid, rouw of verdriet.

De DSM-IV noemt negen symptomen en een depressieve episode kent er minimaal vijf symptomen in een periode van twee weken, die wijzen op een verandering ten opzichte van het eerdere functioneren. Tenminste één van de symptomen is ofwel (1) depressieve stemming, ofwel (2) verlies van interesse of plezier. De overige zeven symptomen, waarvan er dus minimaal drie aanwezig moeten zijn, zijn: gewichtsvermindering; insomnia of hypersomnia; psychomotorische agitatie of remming; vermoeidheid; gevoelens van waardeloosheid; verminderd vermogen tot nadenken; en terugkerende gedachten aan de dood. De symptomen mogen niet het gevolg zijn van een bepaald middel en ook niet toe te schrijven aan een rouwproces. Bij een eenmalige depressieve episode zoals hierboven beschreven, is sprake van een depressieve stoornis.

In de nog te verschijnen DSM-V wordt gesteld dat stemmings- en angststoornissen vaak tegelijk ervaren worden en er is een minder sterke scheiding dan in de DSM-IV. Deze ontwikkeling in het classificatiesysteem laat al zien dat er voortdurend discussie is over het concept depressie, net als over andere psychische stoornissen. Maar ook breder wordt het begrip depressie geanalyseerd en bekritiseerd, met betrekking tot de plaats die het inneemt in de wetenschap, de klinische praktijk en de samenleving. Dehue (2008) bijvoorbeeld onderwerpt het begrip depressie aan een historische, methodologische en wetenschapstheoretische analyse. Daaruit blijkt dat depressie en verwante begrippen (neerslachtigheid, melancholie) in verschillende maten voorkomen in de geschiedenis en heel verschillende functies kunnen hebben. De context van het verschijnsel is steeds anders en de definitie is aan verandering onderhevig.

Depressie wordt door Dehue en anderen gezien als een westers concept (Borra, 2002; Watters, 2010) met een lange geschiedenis. Ook de geïnterviewde experts beamen dit.

Depressie is in onze historie gegroeid tot wat het nu is, het heeft een hele eigen geschiedenis (Borra).

Het eerste punt waarop deskundigen van mening kunnen verschillen heeft hiermee te maken: is het concept depressie daarom niet of beperkt bruikbaar voor patiënten met een niet-westerse achtergrond? Is het wel of niet van belang om de historische en culturele context van het begrip in het westen na te gaan, voordat het toegepast wordt op anderen? Is soms een ander label en bijbehorend jargon nodig en zo ja, wat voor consequenties heeft dit dan voor diagnostiek en behandeling?

Een tweede punt van discussie rondom depressie is dat behandelaars zien dat patiënten met een migratieachtergrond niet alleen psychische, maar ook veel sociale en maatschappelijke problemen hebben. Dit punt wordt al sinds de jaren 80 erkend (Limburg-Okken, 1989), maar deskundigen verschillen van mening of je dan nog wel van depressie kunt spreken en over de plaats van die problemen in de behandeling. Sommigen wijzen op de recente polarisatie in de samenleving en de gevolgen van de economische crisis.

Ik vind het opvallend hoeveel sociale en maatschappelijke problemen mijn migranten cliënten hebben. En nu ook nog met dit politieke klimaat. Wat je 's avonds op televisie ziet, zie je 's morgens in je spreekkamer, want daar slapen mensen niet van, dat geeft heel veel onrust in gemeenschappen. Soms denk ik dat je beter de maatschappij kunt behandelen dan de mensen. Zo is het echt hoor. En de impact van alles wat er nu allemaal gratis op de televisie geschreeuwd wordt, dat is gigantisch (Limburg-Okken).

Sociaal economisch zwakkere groepen werden al in de jaren 80 en nu ook weer als eerste getroffen door de economische crisis, werkloosheid en schulden. In die groepen zijn migranten oververtegenwoordigd.

Een derde punt is of depressie een voor behandelaars voldoende herkenbaar begrip is voor alle patiënten die zij zien. Enkelen menen dat het concept ondanks de bovenstaande discussies het een klinisch beeld is met herkenbare symptomen (Blom e.a. 2010).

Bij een depressie zitten we niet met onze handen in het haar, dat is goed te behandelen. Maar bij al die ellende er omheen, daar zijn we ten eerste niet zo goed in en ten tweede is het wel heel complex om dat allemaal op te lossen. De groep voor wie dit speelt, daar zitten relatief veel allochtone patiënten tussen (Blom).

De discussie rond het concept depressie en de relevantie van verschillen, heeft geleid tot de eerste uitgangsvraag.

Is het concept depressie van toepassing op patiënten uit alle etnische en culturele groepen? Welke aanpassingen in de diagnostiek worden in de literatuur vermeld en tot welke verschillende uitkomsten voor diagnostiek of behandeling leiden die aanpassingen in de klinische praktijk?

Deze vragen worden in hoofdstuk 6 over diagnostiek behandeld.

2.2 Diagnostiek

Richtlijntekst:

Alle experts benadrukken het belang van zorgvuldige diagnostiek bij migranten. Niet alleen vanwege intrinsieke inhoudelijke redenen, ook in organisatorische context omdat diagnostiek relevant is voor de toewijzing aan zorgprogramma's en voor de indicatiestelling. De behandeling dient immers goed op de diagnose aan te sluiten. De consequenties van onzorgvuldige diagnostiek en problemen in de interacties tussen patiënten en diagnostici kunnen leiden tot een onterecht besluit om geen behandeling te geven of een niet goed afgestemde behandeling.

Er zijn twee risico's in de diagnostiek: vals negatieven en vals positieven. In het eerste geval herkennen patiënten bepaalde diagnostische vragen niet die hen mondeling of in vragenlijsten worden gesteld, maar hebben ze wel de bedoelde klachten. Ze krijgen dan ten onrechte geen depressie als diagnose. In het tweede geval uiten patiënten klachten die ten onrechte opgevat worden als symptomen van depressie, maar het niet zijn. Deze verschijnselen komen als onder- en over diagnostiek terug in hoofdstuk 6.

Bepaalde symptomen of de manier waarop items geformuleerd zijn in vragenlijsten, kunnen meer of juist

minder herkend worden door bepaalde etnische groepen. De manier waarop klachten worden gepresenteerd kan immers sterk variëren. De experts menen dat de meest gangbare verschillen bij alle behandelaars inmiddels bekend moeten zijn. Bovendien menen ze dat het ondanks verschillen in uitingen goed mogelijk is een depressie vast te stellen.

Bekend is dat klachten vaak lichamenlijk vertaald of geuit worden. In het Turks is bijvoorbeeld geen woord voor depressie, maar het wordt vaak beleefd als lichamenlijk of geestelijk moe. Of er worden andere woorden aan gegeven, dus daar moet je bij aansluiten. Soms hebben mensen alleen maar het gevoel dat ze een zware last dragen, dat ze gebukt gaan onder iets. Dus je moet naar woorden zoeken die aansluiten bij de beleving van patiënten. Als je dat eenmaal doet en je leeft je in dan is het vaak wel vertaalbaar? (Borra)

Alle experts werken bij hun patiënten met migratieachtergrond met de DSM-IV, maar dat vraagt wel meer flexibiliteit wanneer ziektebeleving en ziektegedrag anders zijn. Het leidt ook tot andere scores op diagnostische instrumenten en vragenlijsten. Soms is sprake van een hogere score op bepaalde symptoomclusters, die dan ook tot betere herkenning leiden, soms gelden hogere scores op alle onderdelen.

Uit mijn eigen onderzoek bleek dat migranten bij afname van de Hamilton lijst, een standaardlijst voor depressie, erg hoog scoren. Wij hadden een hogere score verwacht op somatische items, slaapproblemen en hartkloppingen, maar men scoort op alle items hoger. We zijn nu bezig om naast de standaard depressielijst ook een acculturatielijst af te nemen, om te kijken wat er aan de hand is. Herkennen mensen de symptomen niet en vullen ze daarom op alles 'erg' in? Of is er een andere verklaring voor de hogere scores, bijvoorbeeld een verband met acculturatie en hun positie in de samenleving? (Blom)

De verschillen in uitingvormen van depressieve klachten lijken bij de tweede generatie migranten minder groot in vergelijking met autochtone patiënten, dan bij de eerste generatie. Dat geldt ook voor bovennatuurlijke verklaringen voor depressie, zoals djinns, of alternatieve behandelingen zoals amuletten dragen.

Je ziet een verschuiving van de eerste naar de tweede generatie, uitingen en verklaringen worden meer psychologisch. Ook daarin accultureren mensen (Blom).

Diagnostiek is een taak van meerdere disciplines in diverse sectoren. Een algemeen probleem dat zorgverleners raakt bij diagnostiek van al hun patiënten, is tijdgebrek en productiedruk. Juist bij interculturele aspecten rond diagnostiek kan dit diagnostici parten spelen, omdat niet alle symptomen, de ernst ervan of de belemmeringen in het dagelijks functioneren zorgvuldig kunnen worden uitgezocht. Indien bij wetenschappelijk onderzoek patiënten niet opnieuw worden beoordeeld, maar onderzoekers hun respondenten selecteren op basis van zorggebruik en dossiers, kan dit dus effect hebben op de validiteit van het onderzoek. Dossiers zijn dus als selectiemethode voor depressieve patiënten niet altijd even betrouwbaar. Voor het vaststellen van depressie zijn diverse instrumenten beschikbaar en deze worden in de praktijk ook gebruikt voor migranten. Het is een open vraag of deze instrumenten voldoende betrouwbaar en valide zijn voor alle patiënten met een migratiegeschiedenis. Enkele experts maken gebruik van het Culturele Interview (Rohlf e.a., 2002) om de afstemming van de diagnostiek op de achtergrond van de patiënt te verbeteren. Borra (2005b) ontwikkelde een diagnostische vragenlijst specifiek voor Turkse vrouwen.

2.3 Behandeling

Richtlijntekst:

De geïnterviewde experts kennen nog weinig bewijs voor de effectiviteit van behandelingen van depressieve patiënten met een migratieachtergrond. Zolang niet bewezen is dat interventies *niet* toepasbaar zijn, pleiten sommigen er voor deze vooral aan te bieden. Anders zouden effectief bewezen interventies aan migranten worden onthouden. Er zijn echter ook behandelaars die menen dat de culturele verschillen tussen (sommige) allochtonen en autochtonen zo groot zijn, dat alleen een cultuurspecifieke behandeling kans van slagen heeft. Zo'n behandeling bestaat dan uit een combinatie van interculturele competenties (kennis, houding en vaardigheden) van de behandelaar, een toegankelijke en herkenbare organisatie met een visie op toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. In de interviews wijzen de respondenten erop dat een afstemming van

interventies op de culturele achtergrond van patiënten essentieel is. Het gaat om het bevorderen van de samenwerking, van therapietrouw, om rekening houden met andere opvattingen en om het wegnemen van vooroordelen. Respondenten zien bij collega-behandelaars vooroordelen over migranten en hun achtergrond, die effectieve behandeling belemmert of ertoe leidt dat ze een behandeling helemaal niet aanbieden. Men zou patiënten op grond van een stereotype beeld onderschatten in hun vermogen om te kunnen reflecteren.

Omdat er zoveel psychosociale problemen zijn, richten behandelaren zich daarop. Vaak komt men dan niet toe aan meer geprotocolleerde psychotherapie, waarin je de patiënt leert zelf invloed uit te oefenen op zijn of haar leven. Ik denk dat er soms sprake is van een onderschatting. Men gaat er bij voorbaat van uit dat migranten niet zouden kunnen reflecteren of dat psychotherapie hen niet aanspreekt. Ik heb veel voorbeelden gezien die het tegendeel bewijzen (van Schaik).

Medewerkers in de GGZ of studenten in opleiding tot gz-psycholoog of psychiater zouden niet vanzelfsprekend open staan voor verschillen en er adequaat mee omgaan.

Als je iets over djinns vertelt, wordt er soms giechelig gedaan. Het is belangrijk om als behandelaar open te staan voor andere ziekteverklaringen en andere behandelwijzen, te leren daarmee respectvol om te gaan en te komen tot een open discussie over mogelijkheden en beperkingen van het aanbod in de context van de GGZ instelling (van Schaik).

Een faire op de patiënt afgestemde bejegening is van belang en begint al bij de voordeur. Een telefonische aanmelding van iemand wiens naam men niet weet uit te spreken of te spellen kan al tot communicatieproblemen en verwijdering leiden. Contact maken en vertrouwen wekken zijn nodig om een behandeling te laten slagen. Deze culturele aspecten worden behandeld in hoofdstuk 3. De experts menen dat twijfel over de effectiviteit van reguliere behandeling of therapieën te maken kan hebben met koudwatervrees. Het intercultureel addendum kan laten zien dat behandeling in een interculturele context wel degelijk effectief kan zijn of dat specifieke interventies meer effect hebben.

2.4 Toepassing van de richtlijn in interculturele situaties

Richtlijntekst:

De Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (2012) beschrijft de samenhang en interactie tussen de verschillende beroepsgroepen en tussen opeenvolgende fasen in het zorgproces. Deze fasen lopen van herkenning tot nazorg en kunnen in de eerste, tweede en derde lijn plaatsvinden. Volgens de richtlijn zouden patiënten met een depressie altijd psychoeducatie, andere basisinterventies, farmacotherapie of psychotherapie aangeboden moeten krijgen, afhankelijk van duur, ernst en effect van eerdere fasen in de behandeling.

Sommige behandelaars volgen de richtlijn vrij strikt, ook in de behandeling van migranten. Soms vergt dat enige aanpassing, bijvoorbeeld omdat men iets meer uitleg moet geven, maar aanbevelingen worden opgevolgd. Argumentatie hiervoor is dat er geen bewijs is dat de richtlijn *niet* effectief zou zijn, bovendien is er geen alternatief voor de behandeling van depressie.

Ik ben iemand van de richtlijnen, ik probeer me daar zoveel mogelijk aan te houden. Waarom zou het niet lukken om, na wat extra voorbereidingstijd, de reguliere CGT of IPT uit te voeren? (van Schaik).

Andere behandelaars kunnen goed uit de voeten met de richtlijn omdat men die flexibel toepast. Men volgt soms de stappen in de behandeling, maar draait soms ook onderdelen om. Of men wijkt af in het voorschrijven van psychofarmaca en past het type medicijn of de dosis ervan aan.

Ik denk dat er niks mis is met de richtlijn maar ik wijk er vaak van af. Ik kijk naar wat er past bij deze patiënt. En soms houd ik me er wel aan (Artist).

Tenslotte zijn er behandelaars die niet volgens de richtlijn werken maar een andere methodiek of protocol volgen.

We hoeven hier niet geprotocolleerd te behandelen, daar zijn we vrij in. Ik ken de richtlijn, maar werk er niet mee. Ik werk vanuit bepaalde methodieken, zoals cognitieve

gedragstherapie en systeemtherapie (Borra).

Het intercultureel addendum beoogt voor alle drie de typen benaderingen een zinnige aanvulling op de richtlijn te geven.

2.5 Conclusies en uitgangsvragen

Richtlijntekst:

Depressie kan vele vormen aannemen en symptomen kunnen per culturele context variëren. Sommigen twijfelen aan de cross-culturele validiteit van het concept. Anderen zien de verschillen in symptomen als een gevolg van cultureel beïnvloede uitingsvormen en normen ten aanzien van psychische problemen. Patiënten variëren dan ook in hun voorkeur om bepaalde symptomen die de behandelaar navraagt, wel of juist niet te bevestigen. Dit heeft gevolgen voor het normeren van onderzoeksinstrumenten.

Culturele verschillen in ziektebeleving en symptomen hebben serieuze gevolgen voor de betrouwbaarheid van diagnostiek en de indicatie voor behandeling. Vermoedelijk worden in de praktijk dagelijks aanpassingen gedaan om het diagnostische proces meer betrouwbaar en valide te maken, maar dit is niet voldoende onderzocht. Het Culturele Interview is zo'n aanpassing, maar onderzoek heeft (nog) niet kunnen aantonen dat het gebruik ervan tot betrouwbaardere diagnostiek en effectievere behandeling leidt. Praktijkervaringen wijzen overigens wel in die richting.

Internationaal en in Nederland wordt al meer dan 25 jaar geschreven en gedacht over het cultureel sensitief maken van de ggz. Ondanks allerlei verschillende perspectieven en meningsverschillen, staat het belang van cultuursensitieve communicatie en dito houding buiten kijf. Omdat behandelaars in de praktijk lijken te twijfelen om aan patiënten met een migratieachtergrond effectief bevonden behandelingen aan te bieden, zou dat kunnen betekenen dat deze patiënten vaker dan autochtone patiënten met depressie geen behandeling volgens de richtlijn krijgen.

De toepassing van de richtlijn in interculturele situaties is niet goed onderzocht. Sommige behandelaars passen de richtlijn ook op migranten toe, anderen passen de richtlijn aan en weer anderen leggen de richtlijn naast zich neer. Die constatering is een belangrijke aanleiding voor het ontwikkelen van een intercultureel addendum bij de richtlijn.

Op basis van de probleemschets, gebaseerd op interviews, casuïstiek en literatuur, zijn zes uitgangsvragen opgesteld, die de belangrijkste knelpunten in de toepassing van de richtlijn in interculturele situaties weergeven en in de hierna volgende hoofdstukken uitgewerkt worden. Voorafgaand daaraan komt in hoofdstuk 3 eerst de prevalentie van depressie aan bod.

1. Welke aspecten van de werkrelatie worden in de literatuur over de behandeling van patiënten met een migratieachtergrond genoemd? (hoofdstuk 4) Is er een verband tussen (aspecten van) de werkrelatie en effectiviteit van de behandeling? (hoofdstuk 5)
2. Is het concept depressie van toepassing in alle etnische / culturele groepen? Welke aanpassingen in de diagnostiek voor migranten worden in de literatuur vermeld en tot welke verschillende uitkomsten voor diagnostiek of behandeling leiden die aanpassingen in de klinische praktijk? (hoofdstuk 6)
3. Welke factoren (zoals etnische, culturele, ziektegebonden factoren) spelen een rol in de signalering, screening en verwijzing van de eerste- naar de tweedelijns GGZ? (hoofdstuk 6?)
4. Welke culturele aspecten van psychoeducatie bij depressie worden beschreven in de literatuur? (hoofdstuk 7)
5. Welke etnische verschillen in het effect en de bijwerkingenprofielen van farmacotherapeutische behandelingen zijn bekend en wat zijn de klinische gevolgen? (hoofdstuk 8)
6. Welke etnische verschillen in het effect van psychotherapeutische behandelingen zijn bekend en wat zijn de klinische gevolgen? (hoofdstuk 9)

Wetenschappelijke onderbouwing:

Literatuur

Borra, R. (2002). Diagnose en classificatie. In R. Borra, R. van Dijk & H. Rohlof, *Cultuur, classificatie en diagnose. Cultuursensitief werken met de DSM-IV (pp.1-6)*. Houten: BSL.

Borra, R. (2005b). *Diagnostisch interview Turkse vrouwen*. Delft: Eburon.

Blom, M.B., Hoek, H.W., Spinhoven, P., Hoencamp, E., Haffmans, P.M.J. & van Dyck, R. (2010) Treatment of depression in patients from ethnic minority groups in the Netherlands. *Transcultural Psychiatry* 47, 473-90.

Dehue, T. (2008). *De depressie epidemie*. Amsterdam / Antwerpen: Augustus.

Limburg-Okken, A. (1989). *Migranten in de psychiatrie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.

Liu, J.J., Davidson, E., Bhopal, R., White, M., Johnson, M., Netto, G. & Sheikh, A. (2012). Adaptations of health promotion interventions for ethnic minorities: a mixed methods review. In D. Ingelby, A. Krasnik, V. Lorant & O. Razum (Eds.), *Health inequalities and risk factors among migrants and ethnic minorities. COST series on health and diversity. Garant: Antwerpen - Apeldoorn*.

Multidisciplinaire richtlijn Depressie (2012). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis (tweede revisie).

Rohlof, H., Loevy, N., Sassen, L. & Helmich, S. (2002). Het culturele interview. In R. Borra, R. van Dijk & H. Rohlof, *Cultuur, classificatie en diagnose. Cultuursensitief werken met de DSM-IV* (pp.251-255). Houten: BSL.

Watters, E. (2010). *Crazy like us. The globalization of the American psyche*. New York: Free Press.

Overige geraadpleegde literatuur

American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders, Fourth Edition (Text Revision)*.

Ballenger, J.C., Davidson, J.R.T., Lecrubier, Y., e.a. (2001). Consensus Statement on Transcultural Issues in Depression and Anxiety from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 47-55.

Beek, M. van de, Diawara, H., Glas, G. (2010). Comparing risk factors for different psychiatric disorders in migrants. Posterpresentation International Conference on Transcultural Psychiatry, Amsterdam.

Behrens, K. & Calliess, I.T. (2008). Migration und Kultur als Determinanten diagnostischer und therapeutischer Prozesse bei seelisch erkrankten Migranten. *Psychother Psych Medicine*, 58, 162-168.

Bhugra, D. & Mastrogianni, A. (2004). Globalisation and mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 184, 10-20.

Bhui, K. (2001). Epidemiology and social issues. In D. Bhugra & R. Cochrane (eds), *Psychiatry in Multicultural Britain* (pp 49-74). London: Gaskell.

Blatt, S.J. & Zuroff, D.C. (in press). Empirical evaluation of the assumptions in identifying evidencebased treatments in mental health. *Clinical Psychology Review*.

Blom, M.B.J. & Gumbs, P. (2010). Interpersoonlijke psychotherapie bij allochtone patiënten. *Cultuur Migratie Gezondheid*, 7 (1), 34-35.

Borowsky, S., Rubenstein, L., Meredith, L. e.a. (2000). Who is at risk of nondetection of mental health problems in primary care? *Journal of General Internal Medicine* 15, 381-388.

Borra, R. (2005a). Somatisatie bij depressie bij allochtonen. *Psychiatrie Actueel*, 5 (1).

Carrington, C.H. (2006). Clinical Depression in African American Women: Diagnosis, Treatment, and Research. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 779-791.

Comino, E.J., Silove, D., Manicavasagar, V. e.a. (2001). Agreement in symptoms of anxiety and depression between patients and GP's: the influence of ethnicity. *Family Practice*, 18, 71-77.

Commander, M.J., Sashi Dharan, S.P., Odell, S.M., e.a. (1997). Access to mental health in an innercity health district. I: Pathways into and within specialist psychiatric services. *British Journal of Psychiatry*, 170, 312-316.

- Crystal, S., Sambamoorthi, U., Walkup, J.T. e.a. (2003). Diagnosis and Treatment of depression in the elderly Medicare population: Predictors, disparities, and trends. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 1718-1728.
- Cuijpers, P. (1998). Minimising interventions in the treatment and prevention of depression: Taking the consequences of the 'Dodo bird verdict'. *Journal of Mental Health*, 7, 355-365.
- Cuijpers, P., Straten, van A., Andersson, G. & P. van Oppen (2008). Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (6), 909-922.
- Department of Health. (2001). *Treatment choice in psychological therapies and counselling. Evidencebased clinical practice guideline. Verkregen van internet via <http://www.dh.gov.uk/>.*
- Emmelkamp, J. & A. van Schaik (2010). Cognitieve gedragstherapie voor depressie bij een patiënt met een Marokkaanse achtergrond: zijn er specifieke richtlijnen? *Gedragstherapie* 43, 149-163.
- Fassaert, T., Wit, M.A.S. de, Verhoeff, A.P. Tuinebreijer, W.C., Gorissen, W.H.M., Beekman, A.T.F. & J. Dekker (2009). Uptake of health services for common mental disorders by first generation Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. *BMC Public Health*, 9, 307.
- Fassaert, T., Wit, M.A.S. de, Verhoeff, A.P. Tuinebreijer, W.C., Beekman, A.T.F. & J. Dekker (2009). Perceived need for mental health care among non-western labour migrants. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology* 44, 208-216.
- Gaudiano, B.A., & Herbert, J.D. (2005). Methodological issues in clinical trials of antidepressant medications: Perspectives from psychotherapy outcome research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 17-28.
- Gillam, S., Jarman, B., White, P. e.a. (1980). Ethnic differences in consultation rates in urban general practice. *British Medical Journal*, 289, 953-957.
- Griner, D. & Smith, T.B. (2006). Culturally adapted mental health interventions: a meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 43 (4), 531-548.
- Halbreich, U. & S. Karkun (2006). Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 91, 97-111.
- Hong, M. le (2009). Helende relaties. Interpersoonlijke psychotherapie in een groep met Turkse patiënten. *Cultuur Migratie Gezondheid*, 6 (4), 210-217.
- Jackson-Triche, M.E., Sullivan, G., Wells, K., e.a. (2000). Depression and health related quality in ethnic minorities seeking care in general medical settings. *Journal of Affective Disorders*, 58, 89-97.
- Kadri, N., Agoub, M., Assouab, F., Tazi, M.A., Didouh, A., Stewart, R. & D. Moussaoui (2009). Moroccan national study on prevalence of mental disorders: a community-based epidemiological study. *Acta Psychiatrica Scand* 121, 71-74.
- Kirmayer, L.J., (2001). Cultural Variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (13), 22-28.
- Kirmayer, L.J., Robbins, J.M. & M. Dworkind e.a. (1993). Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *American Journal of Psychiatry* 150, 734 - 741.
- Kleinman, A. & Good, B. (1985). *Culture and Depression*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- La Vecchia, C., Lucchini, F. & Levi, F. (1994). Worldwide trends in suicide mortality, 1955-1989. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 53-64.
- Lambert, M.J. & Barley, D.E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In J.C. Norcross (ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 17-32). Oxford: Oxford University Press.

- Luborsky, L., Diguier, L., Seligman, D.A., e.a. (1999). The researcher's own therapy allegiances: a „wild card in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 95-106; commentaren 116-132.
- Luyten, P. & Vliegen, N. (2005). Lost in translation. De invloed van de ziekte metafoor op de classificatie en behandeling van psychopathologie: Assumpties en bevindingen. *Klinische Psychologie*, 4, 1-13.
- Markowitz, J.C., Spielman, L.A., Sullivan, M. & Fishman, B. (2000). An exploratory study of ethnicity and psychotherapy outcome among HIV-positive patients with depressive symptoms. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9, 226-231.
- Marsella, A.J., Hirschfeld, R.M.A. & Katz, M.M. (1987). *The measurement of depression*. Chichester, New York, Brisbane, Toronto, Singapore: Guilford Press.
- 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.
- Mutsaers, K. (2009). *Wat werkt bij jeugdigen uit etnische minderheidsgroepen?* Utrecht: NJi. Oquendo, M.A., Ellis, S.P., Greenwald, S. e.a. (2001). Ethnic and sex differences in suicide rates relative to major depression in the United States. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1652-1658.
- Pang, K.Y.C. (1998). Symptoms of depression in elderly Korean immigrants: narration and the healing process. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 22, 93-122.
- Qureshi, A., Collazos, F., Ramos, M. & M. Casas (2008). Cultural competency training in psychiatry. *European Psychiatry*, 23, 49-58.
- Rohlof, H., Groen, S., Dijk, R. van & Starmans, R. (2010). Cultural formulation of diagnosis. Onderzoek en implementatie van een cultuursensitief instrument. *Cultuur Migratie Gezondheid*, 7 (2), 76-87.
- Sartorius, N., e.a. (1983). *Depressive disorders in different cultures*. Report on the WHO Collaborative Study on Standardized Assessment of Depressive Disorders. Geneve: WHO.
- 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., de Wit, M.A.S., Rijmen, F. e.a. (2010). Similarity in depressive symptom profile in a population-based study of migrants in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 941-951.
- Schrier, A.C., de Wit, M.A.S., Coupé, V.M.H., Fassaert, T., Verhoeff, A.P., Kupka, R.W., Dekker, J. & Beekman, T.F. (2011). Comorbidity of anxiety and depressive disorders: A comparative population study in Western and non-Western inhabitants in the Netherlands. *International Journal of Social Psychiatry*, 1-9.
- Scott, J. & Watkins, E. (2004). *Brief psychotherapies for depression: Current status*. *Current Opinion in Psychiatry*, 17, 3-7.
- Shaw, C.M., Creed, F., Tomenson, B., e.a. (1999). Prevalence of anxiety and depressive illness and help seeking behaviour in African Caribbeans and White Europeans: two phase general population survey. *British Medical Journal*, 318, 302-306.
- Simon, G.E., Goldberg, D.P., von Korff, M. & Üstün, T.B. (2002). Understanding cross-cultural differences in depression prevalence. *Psychological Medicine*, 32, 585-594.
- Simpson, S.M., Krishan, M.S., Kunik, M.E. & Ruiz, P. (2007). Racial disparities in Diagnosis and Treatment of Depression: A Literature Review. *Psychiatric Quarterly*, 78, 3-14.
- Skaer, T.L., Sclar, D.A., Robinson, L.M. e.a. (2000). Trends in the rate of depressive illness and use of antidepressant pharmacotherapy by ethnicity / race: An assessment of office-based visits in the United States, 1992-1997. *Clinical Therapeutics* 35, 1575-1589.
- Tiemeier, H., Vries, de, W.J., Loo, van het, M. Kahan, J.P., Klazinga, N., Grol, R. & H. Rigter (2002). Guideline

adherence rates and interprofessional variation in a vignette study of depression. *Qual Saf Health Care*, 11, 214-218.

Vries, W. de, Smits, C. Boland, G & R. van Erp (2007). De kracht van je leven. Ontwikkeling van een reminiscentiemethodiek voor Turkse en Marokkaanse ouderen met depressieve klachten. *Cultuur Migratie Gezondheid*, 4, 66-76.

Wampold, B.E., Minami, T., Baskin, T.W., Callen Tierney S. (2002). A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression. *Journal of Affective Disorders*, 68, 159-65.

Weich, S., Nazroo, J., Sproston, K., e.a. (2004). Common mental disorders and ethnicity in England: the EMPIRIC study. *Psychol Med* 34, 1543-1551.

Weissman, M.M., Bland, R.C., Canino, G.J. e.a. (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA*, 276, 293-299.

Williams, D.R., Gonzáles, H.M., Neighbors, H. e.a. (2007). Prevalence and Distribution of Major Depressive Disorder in African Americans, Caribbean Blacks, and Non-Hispanic Whites. *Archives of Genetic Psychiatry*, 64, 305-315.

3. Prevalentie van depressie

Richtlijntekst:
Sander Kramer

3.1 Inleiding en werkwijze

Richtlijntekst:

Epidemiologisch onderzoek geeft inzicht in hoe vaak een ziekte, aandoening of psychische stoornis in de bevolking voorkomt en in de verspreiding. Dit levert prevalentiecijfers op, het aantal gevallen van een ziekte of stoornis in de bevolking op een bepaald moment. Deze cijfers zeggen dus iets over wie er door een ziekte of stoornis wordt getroffen en welke factoren daar mee te maken hebben (bijvoorbeeld leeftijd, sexe, herkomst, opleiding), maar zeggen niets over diagnostiek of behandeling. Niet iedereen die aan criteria voor een ziekte of stoornis voldoet, heeft een zorgvraag of komt in de zorg terecht. Prevalentiecijfers kunnen zorgverleners wel informeren over verhoogde risico's in bepaalde groepen. Als onder specifieke etnische groepen depressie vaker voorkomt, biedt dit een aanleiding voor grotere opmerkzaamheid in de praktijk.

De meeste kennis over etnische diversiteit in de prevalentie van depressie is afkomstig van buitenlandse studies, in het bijzonder de Verenigde Staten van Amerika, Canada en Groot-Brittannië. Het gaat dan lang niet altijd om etnische groepen die in Nederland voorkomen. We geven de resultaten hier weer, omdat die inzicht bieden in achterliggende factoren die depressie beïnvloeden.

Het beperkte aantal studies over diversiteit in de prevalentie van depressie in Nederland, wordt apart besproken.

Er zijn verschillende manieren om de prevalentie van depressie te meten. Allereerst moet een termijn worden bepaald: komen depressieve verschijnselen voor in de afgelopen maand, het afgelopen jaar of ooit eerder in iemands leven. Daarnaast zijn er diverse meetinstrumenten om de prevalentie vast te stellen. Variaties in prevalentiecijfers hoeven niet op werkelijke verschillen te duiden, maar kunnen het gevolg zijn van methodologische factoren (Ballenger e.a., 2001). Deze beïnvloeden namelijk sterk het vaststellen van de prevalentie van depressie en angststoornissen. Bijvoorbeeld de manier waarop respondenten worden benaderd om deel te nemen aan het onderzoek, verschillende manieren om klinisch te classificeren, de betekenis van begrippen en woorden na vertalingen. Juist in prevalentieonderzoek naar depressie, spelen stigmatisering en de culturele acceptatie van depressie in een samenleving een veel grotere rol dan bijvoorbeeld in prevalentieonderzoek naar somatische aandoeningen. Zowel de onderzochten (respondenten) als onderzoekers en klinici worden hierdoor beïnvloed.

De literatuursearch leidde tot vier systematische reviewartikelen over etnische diversiteit in de prevalentie van depressie en 46 overige artikelen met vergelijkende studies en casusbeschrijvingen. Van deze 50 artikelen met internationale en Nederlandse prevalentiegegevens, worden er hier 36 besproken.

De buitenlandse studies worden eerst besproken in paragraaf 3.3, die uit Nederland in 3.4. Gender speelt als onafhankelijke variabele eveneens een rol in de prevalentie van depressie. Vandaar dat genderverschillen in etnische diversiteit apart besproken worden, in paragraaf 3.5.

3.2 Prevalentie van depressie in buitenlandse studies

Richtlijntekst:

Studies over etnische diversiteit in depressieprevalentie variëren sterk, zowel wat betreft de onderzochte groepen als het type prevalentie. Voor een zo zorgvuldig mogelijke weergave, geven we de oorspronkelijke benaming van de onderzochte groepen of een letterlijke vertaling. Waar bekend wordt de type prevalentie vermeld, namelijk of het gaat om een depressie ooit in iemands leven, in het afgelopen jaar, de afgelopen maand of op een bepaald moment (puntprevalentie).

De Verenigde Staten van Amerika

De prevalentie van een depressieve stoornis ooit in iemands leven, gemeten met de *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) blijkt tussen drie etnische groepen in Amerika te verschillen (Skaer, 2000). De prevalentie is het hoogst voor witte Amerikanen (11%), lager voor Spaanstalige (Latino) Amerikanen (8,3%)

en het laagst voor zwarte Amerikanen (5,5%). In een vergelijking tussen de periodes 1992-1993 en 1996-1997 blijkt de prevalentie van depressie onder de Spaanstalige Amerikanen veel sterker toe te nemen dan onder zwarte Amerikanen en het minst onder witte Amerikanen. Die laatste groep kent echter nog wel de hoogste prevalentie. Dat betekent dat in de loop van de tijd depressie onder Spaanstalige Amerikanen eerder en meer herkend wordt, dit effect speelt ook maar in mindere mate onder de zwart Amerikaanse groep. In een andere studie blijft de prevalentie van depressie ooit in iemands leven onder witte - niet Spaanstalige - Amerikanen het hoogst (17,9%) - gevolgd door de *Caribbean blacks* (12,9%) en dan de *African-Americans* (10,4%) (Williams e.a. 2007). Minder dan de helft van de *African Americans* (45%) en slechts een kwart (24,3%) van de *Caribbean blacks* die voldeden aan de criteria voor depressie, waren in zorg. Beide groepen zwarte Amerikanen bleken hun depressie als ernstiger te beoordelen dan witte Amerikanen, en meenden dat ze meer beperkingen ondervonden. In de prevalentie van depressie in het afgelopen jaar, werden de verschillen tussen de etnische groepen kleiner. Oquendo e.a. (2001) vonden nagenoeg gelijke jaarprevalentiecijfers voor *white* (3,6%) en *black* (3,5%) *Americans*, maar lager onder Mexican (2,8%) en Cuban (2,5%) *Americans*. De hoogste prevalentie in het afgelopen jaar was die onder *Puerto Rican Americans* (6,9%). De suïcideprevalentie onder deze laatste groep bleek overigens weer lager te zijn dan onder witte Amerikanen. Jackson-Triche e.a. (2000) vonden nauwelijks jaarprevalentieverschillen tussen witte Amerikanen en Afrikaanse Amerikanen, wanneer rekening gehouden wordt met de variabelen gender en inkomen. De prevalentie onder *Latino's* is wel iets hoger en onder *Asian Americans* lager. De onderzoekers concluderen dat gender en sociaal economische positie van grotere betekenis zijn dan etniciteit als risicofactor voor depressie. (Skaer, 2000). De prevalentie is het hoogst voor witte Amerikanen (11%), lager voor Spaanstalige (Latino) Amerikanen (8,3%) en het laagst voor zwarte Amerikanen (5,5%). In een vergelijking tussen de periodes 1992-1993 en 1996-1997 blijkt de prevalentie van depressie onder de Spaanstalige Amerikanen veel sterker toe te nemen dan onder zwarte Amerikanen en het minst onder witte Amerikanen. Die laatste groep kent echter nog wel de hoogste prevalentie. Dat betekent dat in de loop van de tijd depressie onder Spaanstalige Amerikanen eerder en meer herkend wordt, dit effect speelt ook maar in mindere mate onder de zwart Amerikaanse groep. In een andere studie blijft de prevalentie van depressie ooit in iemands leven onder witte - niet Spaanstalige - Amerikanen het hoogst (17,9%) - gevolgd door de *Caribbean blacks* (12,9%) en dan de *African-Americans* (10,4%) (Williams e.a. 2007). Minder dan de helft van de *African Americans* (45%) en slechts een kwart (24,3%) van de *Caribbean blacks* die voldeden aan de criteria voor depressie, waren in zorg. Beide groepen zwarte Amerikanen bleken hun depressie als ernstiger te beoordelen dan witte Amerikanen, en meenden dat ze meer beperkingen ondervonden. In de prevalentie van depressie in het afgelopen jaar, werden de verschillen tussen de etnische groepen kleiner. Oquendo e.a. (2001) vonden nagenoeg gelijke jaarprevalentiecijfers voor *white* (3,6%) en *black* (3,5%) *Americans*, maar lager onder *Mexican* (2,8%) en *Cuban* (2,5%) *Americans*. De hoogste prevalentie in het afgelopen jaar was die onder *Puerto Rican Americans* (6,9%). De suïcideprevalentie onder deze laatste groep bleek overigens weer lager te zijn dan onder witte Amerikanen. Jackson-Triche e.a. (2000) vonden nauwelijks jaarprevalentieverschillen tussen witte Amerikanen en Afrikaanse Amerikanen, wanneer rekening gehouden wordt met de variabelen gender en inkomen. De prevalentie onder *Latino's* is wel iets hoger en onder *Asian Americans* lager. De onderzoekers concluderen dat gender en sociaal economische positie van grotere betekenis zijn dan etniciteit als risicofactor voor depressie.

Canada

Nieuwe immigranten in Canada laten een lagere prevalentie van depressie in het afgelopen jaar zien dan de algemene populatie (Kirmayer e.a., 2011). De prevalentie onder vluchtelingen in Canada is vergelijkbaar met de algemene populatie. Uit een steekproef van zwangere immigrantenvrouwen in Montreal, blijkt 42% van hen boven het afkappunt van de Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) te scoren. Gebaseerd op eerder onderzoek zou dit betekenen dat de helft van hen aan de criteria voor een depressie voldoet, als deze vrouwen klinisch beoordeeld zouden worden. Er is geen vergelijking gemaakt met in Canada geboren zwangere vrouwen, maar de scores op de EPDS en het aantal somatische symptomen geeft aanleiding tot de conclusie dat onder migrantenvrouwen in Montreal sprake is van een hogere depressieprevalentie.

Groot-Brittannië

De prevalentie van depressie en angststoornissen gemeten in de afgelopen maand blijkt in Groot-Brittannië nauwelijks te verschillen tussen witte Britten (*white Europeans*) en zwarte Britten (*African Caribbeans*) in een grote stad (Shaw, 1999). Uitgesplitst bleken er minder angststoornissen onder zwarte Britten (3%) dan onder witte (9%), maar meer depressies onder zwarte Britse vrouwen dan onder witte vrouwen. Britten afkomstig uit Pakistan of India (*Punjabi's*) werden minder vaak als depressief gescreend dan witte Britten (Bhui e.a., 2001), maar bleken in hetzelfde onderzoek wel meer depressieve gedachten te hebben dan de witte respondenten. Britten afkomstig uit Zuidoost-Azië worden minder snel gediagnosticeerd met psychische problemen (Gillam, 1980; Commander, 1987; Bhui, 2001).

Overige landen

In Australië worden Aziatische patiënten door de huisarts minder vaak gediagnosticeerd met een psychische diagnose dan andere Australische patiënten (Comino e.a., 2001). De prevalentie van depressie onder Chinezen zou lager zijn (Sartorius e.a., 1996; Zhang e.a., 1998 in Bhugra & Mastrogiani, 2004) en zij zouden vaker een diagnose als neurasthenie of (vertaald) shenjing shairo hebben, waarin zowel somatische klachten als cognitieve en emotionele symptomen zijn opgenomen.

In een cross-culturele vergelijking van prevalentie van depressie in vijftien eerstelijns gezondheidscentra in 14 verschillende landen (Simon e.a., 2002), is de prevalentie het hoogst in Rio de Janeiro (Brazilië) en Santiago (Chili). De verschillen reflecteren volgens de onderzoekers de specifieke eerstelijnsvoorzieningen ter plekke; daar waar de prevalentie het hoogst is, ligt het centrum in een sociaal-economisch gedepriveerde gemeenschap. Patiënten blijken niet alleen meer depressie te rapporteren, andere stoornissen komen relatief ook vaker voor.

3.3 Prevalentie van depressie onder etnische groepen in Nederland

Richtlijntekst:

In het meest recente prevalentieonderzoek naar de psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking, de NEMESIS 2 (de Graaf e.a., 2010), bleek etnische afkomst nauwelijks samen te hangen met psychische aandoeningen, wel opleiding. Vanwege het geringe aantal respondenten met een niet-westerse afkomst (5,7%) kon geen onderscheid gemaakt worden tussen verschillende etnische groepen (de Graaf e.a., 2010). Bovendien was de steekproef niet representatief voor de diverse groepen in Nederland, vooral Turkse en Marokkaanse Nederlanders waren ondervertegenwoordigd.

De prevalentie van depressie ooit in iemands leven was voor niet-westerse allochtone vrouwen 18,3% en voor niet-westerse allochtone mannen 14,3%. Een depressieve stoornis in de afgelopen maanden werd gevonden onder 6,1% van de niet-westerse allochtone mannen en onder 4,9% van de nietwesterse allochtone vrouwen. Deze percentages wijken enigszins, maar niet significant af van die onder de algemene bevolking.

De prevalentie van depressie onder Surinaamse Nederlanders wijkt niet af van die van autochtone Nederlanders (Kamperman & de Wit, 2010). Deze prevalentie is 6% onder Surinaamse Nederlanders in een Amsterdams bevolkingsonderzoek (de Wit e.a., 2008) en 9% in de eerste NEMESIS studie (de Graaf e.a., 2005). Deze cijfers zijn vergelijkbaar met de depressieprevalentie onder autochtonen (Kamperman & de Wit, 2010).

De één-maand prevalentie gemeten met de CIDI is voor Turkse Nederlanders 16,5%, voor Marokkaanse Nederlanders 5,8% en voor autochtonen 4,1% (Schrier e.a., 2010). Op de *Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) depressieschaal* scoren de Turkse Nederlanders het hoogst, gevolgd door Marokkaanse Nederlanders, Surinaamse Nederlanders en autochtonen. De depressieprevalentie zoals in de DSM-IV beschreven en het niveau van depressieve symptomen is dus onder de Turkse en Marokkaanse Nederlanders dan onder autochtone en Surinaamse Nederlanders. De één-jaar prevalentie van een comorbide stoornis van angst en depressie is onder Turkse Nederlanders hoger (9,8%) dan onder Marokkaanse (3,8%) en autochtone (2,3%)

Nederlanders. Bij de meerderheid van de patiënten is een angststoornis voorafgegaan aan de depressie (Schrier e.a., 2010).

De gewogen één-maand prevalentie van depressie en angststoornissen is in de Turks-Nederlandse (18,7%) en Marokkaans-Nederlandse (9,8%) hoger dan in de autochtone Nederlandse populatie (6,6%) (De Wit e.a., 2008). Van alle onderzochte groepen hebben Surinaamse en Antilliaanse Nederlanders de laagste prevalentie (1,2%). In de Marokkaanse populatie is de prevalentie van

depressie over de laatste maand hoger dan onder autochtonen, maar de prevalentie over het hele leven is lager. Onder autochtonen en Turkse Nederlanders komt depressie vaker voor dan angststoornissen, maar dit geldt niet voor Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse Nederlanders (De Wit e.a., 2008). In deze studie werden geen Surinaams-Nederlandse mannen gevonden die in de afgelopen maand een depressie of angststoornis hadden gehad. Hoewel er een negatief verband werd gevonden tussen de prevalentie van depressie- of angststoornissen en toenemend opleidingsniveau, bood dit geen verklaring voor etnische verschillen. De onderzoekers vermoeden dat stress door migratie, aanpassingsproblemen, culturele conflicten, mismatch van verwachtingen en gebrek aan sociale ondersteuning de verschillen kunnen verklaren, maar kunnen geen bewijs leveren voor deze hypothesen.

Van der Wurff e.a. (2004) tonen aan dat de depressieprevalentie van de laatste week onder oudere Turkse en Marokkaanse Nederlanders, gemeten met de *Center for Epidemiologic Depression Scale (CES-D)*, hoger is dan onder autochtonen. De migranten in deze steekproef hadden gemiddeld een lager opleidings- en inkomensniveau, meer fysieke beperkingen en waren vaker getrouwd. In alle drie de steekproefgroepen werden depressieve symptomen geassocieerd met sekse, chronische lichamelijke aandoeningen en fysieke

beperkingen. De Turkse en Marokkaanse migranten leden meer onder symptomen die geassocieerd worden met depressie, maar deze risicofactoren kunnen maar ten dele de hogere prevalentie van depressie verklaren. Etniciteit bleek een sterke onafhankelijke factor in de aanwezigheid van klinische depressieve symptomen. De precieze oorzaak voor de hogere prevalentie van depressieve symptomen onder de Turkse en Marokkaanse ouderen kon met deze studie niet vastgesteld worden (van der Wurff e.a., 2004). De hogere depressieprevalentie onder Turkse ouderen in vergelijking met Marokkaanse ouderen is opmerkelijk, omdat de Marokkaanse ouderen in een lagere inkomensklasse zaten dan de Turkse ouderen, maar er werd geen verklaring gevonden.

Depressie blijkt vaak voor te komen onder vluchtelingen en asielzoekers, in comorbiditeit met angststoornissen. Depressieve klachten komen voor bij 62% van de asielzoekers en 29% van de vluchtelingen (Gerritsen e.a., 2006). Van de Iraakse asielzoekers lijdt 35% aan een depressieve stoornis (Laban e.a., 2004), van de Iraanse asielzoekers 78% en van de vluchtelingen uit voormalig Joegoslavië 66% (Gerritsen e.a., 2006). Van andere etnische groepen onder asielzoekers en vluchtelingen is niet bekend hoe vaak depressie voorkomt.

3.4 Gendersverschillen

Richtlijntekst:

De prevalentie van depressie verschilt voor vrouwen en mannen. Gemeten met de *Center for Epidemiologic Depression Scale (CES-D)* is de prevalentie van depressie in de laatste week onder autochtone Nederlandse mannen tussen de 65 en 74 jaar het laagst, vergeleken met Turks- en Marokkaans Nederlandse mannen. De depressieprevalentie onder Turkse vrouwen in die leeftijd is het hoogst. In alle leeftijdsgroepen en in alle etnische groepen is de prevalentie van depressie onder vrouwen hoger dan onder mannen (Van der Wurff e.a., 2004), zie tabel 3.4.

Met de CIDI als instrument bleek dat de prevalentie van depressie gedurende de laatste maand hoger is onder Marokkaans Nederlandse mannen (13,6%) dan onder Marokkaans Nederlandse vrouwen (5,7%). Bij de Turkse Nederlanders is het tegenovergestelde het geval, bij 24,9% van de vrouwen en 11,6% van de mannen kwam depressie voor (de Wit e.a. 2008).

De lagere prevalentie van depressie en angststoornissen onder Marokkaanse vrouwen in vergelijking met mannen roept vragen op, omdat depressie wereldwijd altijd meer bij vrouwen voorkomt. In Groot-Brittannië werd eenzelfde onverwacht gendersverschil gevonden onder Bangladeshi vrouwen, ook al waren zij de meest kwetsbare groep wat betreft sociaal economische positie (Weich e.a., 2004).

Onder autochtone mannen en vrouwen is de depressieprevalentie in verschillende leeftijdsgroepen gemiddeld vrijwel gelijk, maar in de leeftijdsgroep onder de 50 jaar komt depressie onder vrouwen vaker (6,9%) voor dan onder mannen (3,8%). Voor Marokkaanse en Turkse Nederlanders onder de 50 jaar is het genderpatroon in overeenstemming met het algemene patroon voor die etnische groep: Marokkaanse mannen 15,8% en vrouwen 5,3%; Turkse mannen 9,4% en vrouwen 26,2%. In de leeftijdsgroepen boven de 50 jaar is de prevalentie tussen mannen en vrouwen vergelijkbaar. De algemene prevalentie is het hoogst onder Turkse vrouwen (25%), gevolgd door Turkse (13%) en Marokkaanse mannen (12%). De prevalentie onder Marokkaanse vrouwen is vergelijkbaar met dat van de autochtone Nederlanders (De Wit e.a., 2008).

3.5 Conclusie

Richtlijntekst:

Er is geen eenduidig antwoord mogelijk op de vraag welke etnische diversiteit er is in de prevalentie van depressie. Etnische verschillen die er zijn, zijn niet in alle studies aangetoond en ze zijn niet consistent. Die verschillen kunnen te maken hebben met de landen waarin de onderzochte groep woont, de etnische groepen zelf en de type prevalentie die is gemeten. De resultaten worden hieronder per land of continent samengevat.

Verenigde Staten van Amerika

- De prevalentie ooit in iemands leven is het hoogst voor witte Amerikanen, gevolgd door Latino Amerikanen en het laagst voor zwarte Amerikanen (Skaer, 2000).
- In de groep zwarte Amerikanen hebben Caribische Amerikanen een hogere depressieprevalentie dan Afrikaanse Amerikanen (Williams, 2007).
- De één-jaar prevalentie verschilt niet tussen zwarte en witte Amerikanen, is hoger voor Puerto Ricanen en lager voor Mexicaanse en Cubaanse Amerikanen (Oquendo e.a., 2001).

Canada

- Onder immigranten die in de afgelopen 5 jaar in Canada aankwamen, is een lagere depressieprevalentie gevonden dan onder immigranten die al langer in Canada verblijven. Die laatste groep heeft een overeenkomstige prevalentie als de gehele bevolking (Kirmayer e.a., 2011).
- Onder zwangere migrantenvrouwen is een hogere prevalentie van depressie gevonden (Kirmayer e.a., 2011).

Groot-Brittannië

- Er zijn nauwelijks verschillen tussen de depressieprevalentie van etnische minderheidsgroepen in Groot-Brittannië en witte Britten (Shaw, 1999).
- In subgroepen zijn wel verschillen gevonden: zwarte Caribische vrouwen zijn vaker depressief dan witte Europese vrouwen (Shaw, 1999).

Wereldwijd

- Aziatische patiënten in Australië worden door de huisarts minder vaak gediagnosticeerd met een psychiatrische diagnose dan andere Australische patiënten (Comino e.a., 2001).
- De prevalentie van depressie onder Chinezen is lager dan onder andere groepen (Sartorius e.a., 1996; Zhang e.a., 1998 in Bhugra & Mastrogianni, 2004).
- In sociaal-economisch gedepriveerde gemeenschappen is de prevalentie van depressie het hoogst (Simon e.a., 2002).

Nederland

- De prevalentie van depressie ooit in iemands leven en in de afgelopen maanden voor allochtonen wijkt niet significant af van die onder autochtonen (de Graaf e.a., 2010).
 - De één-maand prevalentie van depressie onder Turkse Nederlanders, gemeten met de CIDI, is hoger dan onder Marokkaanse Nederlanders, die weer hoger is dan onder autochtonen (Schrier e.a., 2010).
 - De laagste prevalentie van depressie werd gemeten onder de Surinaamse en Antilliaanse Nederlanders, lager ook dan onder autochtonen (de Wit e.a., 2008).
 - De gewogen één-maand prevalentie van depressie en angststoornissen is hoger in de Turks-Nederlandse en Marokkaans-Nederlandse dan in de autochtoon Nederlandse populatie (De Wit e.a., 2008). Het hoogst is deze onder Turks-Nederlandse vrouwen.
 - De prevalentie van depressie onder Turks- en Marokkaans-Nederlandse ouderen is hoger dan onder autochtonen (van der Wurff e.a., 2004).
-
- - De prevalentie van depressie neemt onder migranten sterk toe met de leeftijd. Dit blijkt het sterkst onder Turks-Nederlandse vrouwen en Marokkaans-Nederlandse mannen (van der Wurff e.a., 2004).
 - - Onder diverse groepen asielzoekers en vluchtelingen is de prevalentie van depressie, vaak in comorbiditeit met angststoornissen, hoger dan onder andere migrantengroepen en autochtonen (Gerritsen, 2006; Laban e.a., 2004).

Ter overweging

Prevalentiecijfers kunnen niet als risico-indicatoren gebruikt worden, omdat behalve prevalentie ook zorgvraag een rol speelt bij de screening voor en toeleiding tot zorg. Hogere prevalentiecijfers in een bepaalde groep kunnen de behandelaar echter wel bevestigen in vermoedens over psychische klachten bij een persoon uit die groep. Het gebruik maken van kennis over prevalentie vraagt om individueel maatwerk, zeker in situaties waarin sprake is van comorbiditeit. Klachten die niet direct als depressieve klachten te herkennen zijn, bijvoorbeeld vage pijnklachten, kunnen toch wijzen op een depressie. Door goed contact te maken met de patiënt, door te vragen op bepaalde symptomen en de culturele verschillen in expressie van klachten te integreren, kan mogelijk uitsluitel volgen op de vraag of er sprake is van een depressie. Het ten onrechte of onzorgvuldig vaststellen van een

depressie dient te worden vermeden.

Wetenschappelijke onderbouwing: Literatuur

Adebimpe, V.R. (1981). Overview: White norms and psychiatric assessment of black patients. *American Journal of Psychiatry*, 138, 279-285.

Adebimpe, V.R. (1994). Racism and epidemiological surveys. *Hospital Community Psychiatry*, 45, 27-31.

Ballenger, J.C., Davidson, J.R.T., Lecrubier, Y., e.a. (2001). Consensus Statement on Transcultural Issues in Depression and Anxiety from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 47-55.

Bhugra, D. & Mastrogianni, A. (2004). Globalisation and mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 184, 10-20.

Bhui, K. (2001). Epidemiology and social issues. In *Psychiatry in Multicultural Britain* (eds D. Bhugra & R. Cochrane), 49-74. London: Gaskell.

Borowsky, S., Rubenstein, L., Meredith, L. e.a. (2000). Who is at risk of nondetection of mental health problems in primary care? *Journal of General Internal Medicine* 15, 381-388.

Carrington, C.H. (2006). Clinical Depression in African American Women: Diagnosis, Treatment, and Research. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 779-791.

Comino, E.J., Silove, D., Manicavasagar, V. e.a. (2001). Agreement in symptoms of anxiety and depression between patients and GP's: the influence of ethnicity. *Family Practice*, 18, 71-77.

Commander, M.J., Sashi Dharan, S.P., Odell, S.M., e.a. (1997). Access to mental health in an innercity health district. I: Pathways into and within specialist psychiatric services. *British Journal of Psychiatry*, 170, 312-316.

Crystal, S., Sambamoorthi, U., Walkup, J.T. e.a. (2003). Diagnosis and Treatment of depression in the elderly Medicare population: Predictors, disparities, and trends. *Journal of the American Geriatrics Society* 51, 1718-1728.

Dwight-Johnson, M., Unutzer, J., Sherbourne, C., Tang, C. & Wells, K.B. (2001). Can quality improvement programs for depression in primary care address patient preferences for treatment. *Medical Care*, 39, 934-944.

Gerritsen, A.A.M., Bramsen, I., Devillé, W.I., Willigen, L.H.M. van, Hovens, J.E.J.M. & Ploeg, H.M. van der (2006). Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41, 18-26.

Gillam, S., Jarman, B., White, P. e.a. (1980). Ethnic differences in consultation rates in urban general practice. *British Medical Journal*, 289, 953-957.

Graaf, H. de, e.a. (2005). Verschillen tussen etnische groepen in psychiatrische morbiditeit. Resultaten van NEMESIS. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 60, 703-716.

Graaf, de R., Have, ten M. & Dorsselaer, S. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS -2-*. Utrecht: Trimbo

Jackson-Triche, M.E., Sullivan, G., Wells, K., e.a. (2000). Depression and health related quality in ethnic minorities seeking care in general medical settings. *Journal of Affective Disorders*, 58, 89-97.

Kamperman, A. & de Wit, M. (2010). Psychische problematiek. In de Jong, J. & Colijn, S. (2010). *Handboek Culturele psychiatrie en psychotherapie. De Tijdstroom*, Utrecht.

Kessler, R.C. (1995). The national co morbidity survey: Preliminary results and future directions. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 5, 139-151.

- Kirmayer, L.J., Narasiah, L., Ryder, A.G., Burgos, G., Zelkowitz, P., Pottie, K. & Kutcher, S. (2011). *Depression: evidence review for newly arriving immigrants and refugees. Appendix 10. Guidelines for Immigrant Health. Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health.*
- La Vecchia, C., Lucchini, F. & Levi, F. (1994). *Worldwide trends in suicide mortality, 1955-1989. Acta Psychiatrica Scandinavica, 90, 53-64.*
- Laban, C.J., Gernaat, H.B., Komproe, I.H., Schreuders, B.A. & Jong, J.T. de (2004). Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders among Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Journal of mental and nervous disease, 192, 843-851.*
- Oquendo, M.A., Ellis, S.P., Greenwald, S. e.a. (2001). Ethnic and sex differences in suicide rates relative to major depression in the United States. *American Journal of Psychiatry, 158, 1652-1658.*
- Pang, K.Y.C. (1998). Symptoms of depression in elderly Korean immigrants: narration and the healing process. *Culture, Medicine and Psychiatry, 22, 93-122.*
- Sartorius, N., Davidson, H., Ernberg, G., e.a. (1983). *Depressive disorders in different cultures.* Geneva: WHO.
- Schrier, A., de Wit, M.A.S., Rijmen, F. e.a. (2010). Similarity in depressive symptom profile in a population-based study of migrants in the Netherlands. *Soc Psychiat Epidemiol, 45, 941-951.*
- Schrier, A.C., de Wit, M.A.S., Coupé, V.M.H., Fassaert, T., Verhoeff, A.P., Kupka, R.W., Dekker, J. & Beekman, T.F. (2011). Comorbidity of anxiety and depressive disorders: A comparative population study in Western and non-Western inhabitants in the Netherlands. *International Journal of Social Psychiatry, 1-9.*
- Shaw, C.M., Creed, F., Tomenson, B., e.a. (1999). Prevalence of anxiety and depressive illness and help seeking behaviour in African Caribbeans and White Europeans: two phase general population survey. *British Medical Journal, 318, 302-306.*
- Simon, G.E., Goldberg, D.P., von Korff, M. & Üstün, T.B. (2002). Understanding cross-cultural differences in depression prevalence. *Psychological Medicine, 32, 585-594.*
- Simpson, S.M., Krishan, M.S., Kunik, M.E. & Ruiz, P. (2007). Racial disparities in Diagnosis and Treatment of Depression: A Literature Review. *Psychiatr Q, 78, 3-14.*
- Skaer, T.L., Sclar, D.A., Robinson, L.M. e.a. (2000). Trends in the rate of depressive illness and use of antidepressant pharmacotherapy by ethnicity / race: An assessment of office-based visits in the United States, 1992-1997. *Clinical Therapeutics 35, 1575-1589.*
- Weich, S., Nazroo, J., Sproston, K., e.a. (2004). Common mental disorders and ethnicity in England: the EMPIRIC study. *Psychol Med 34, 1543-1551.*
- Weissman, M.M., Bland, R.C., Canino, G.J. e.a. (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA, 276, 293-299.*
- Williams, D.R., González, H.M., Neighbors, H. e.a. (2007). Prevalence and Distribution of Major Depressive Disorder in African Americans, Caribbean Blacks, and Non-Hispanic Whites. *Arch Gen Psychiatry, 64, 305-315.*
- Wit, de, M.A.S., Tuinebreijer, W.C., Dekker, J., Beekman, A.T.F., Gorissen, W.H.M., Schrier, A.C., Penninx, B.W.J.H., Komproe, I.H. & Verhoeff, A.P. (2008). Depressive and anxiety disorders in different ethnic groups. *Soc. Psychiatry Psychiatric Epidemiology, 43, 905-912.*
- Wurff, van der, F.B., Beekman, A.T.F., Dijkshoorn, H., Spijker, J.A., Smits, C.H.M., Stek, M.L. & Verhoeff, A. (2004). Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. *Journal of Affective Disorders, 83, 33-41.*
- Zhang, W.X., Shen, Y.C. & Li, S.R. (1998). Epidemiological investigation on mental disorders in 7 areas of China. *Clinical Journal of Psychiatry, 31, 69-71*

Tabellen

Onderstaande tabellen met samenvattingen en specificaties van de artikelen, zijn op te vragen bij Mikado.

Tabel 3.2 Prevalentie van depressie in buitenlandse studies

Tabel 3.3 Prevalentie van depressie onder etnische groepen in Nederland

Tabel 3.4 Prevalentie van depressie uitgesplitst naar gender en drie etnische groepen in Nederland

4. Culturele aspecten van de werkrelatie

Richtlijntekst:

Mohsen Edrisi

4.1. Inleiding

Richtlijntekst:

In iedere interactie en in elke fase van de hulpverlening geven betrokkenen betekenis aan wat er in de relatie gebeurt, wordt besproken en behandeld. Gezien deze rol van betekenis, wordt de werkrelatie in dit hoofdstuk apart besproken. Dit gebeurt beschrijvend en dient ter reflectie op interculturele aspecten van de werkrelatie tussen behandelaars en patiënten. Hierbij moet niet alleen gedacht worden aan de werkrelatie tussen een autochtone behandelaar en een allochtone (niet-westerse) patiënt, maar om alle verschillen tussen patiënt en behandelaar die er toe kunnen doen.

Het meeste onderzoek naar de werkrelatie is beschrijvend. Op enkele aspecten, in het bijzonder de rol van taal, is ook effectonderzoek gedaan. De effectiviteit van aanpassingen in de werkrelatie wordt besproken in hoofdstuk 5.

Wat culturele diversiteit in de patiëntenpopulatie aan aanpassingen vraagt van de hulpverlening, staat al decennia ter discussie. In de jaren 70 en 80 lag daarbij de nadruk op het 'anders' zijn van specifieke groepen, in verband met hun culturele achtergrond of hun leven tussen twee culturen (Kramer, 2011).

Cultuur omvat echter meer, namelijk de (collectief gedeelde) opvattingen en handelingen van zowel de patiënt als de behandelaar betreffende gezondheid, klachten, problemen en passende oplossingen of benaderingen. Cultuur verwijst dus naar de context van de patiënt en de behandelaar, die beiden diverse - niet per definitie verschillende - referentiekaders hebben. Dergelijke culturele kaders geven vorm aan de betekenis en beleving van de werkrelatie.

Contact tussen patiënt en behandelaar is een minimale voorwaarde voor iedere stap in de hulpverlening: van signaleren en diagnosticeren tot behandelen. Het contact vindt plaats in een organisatie, ook als dit telefonisch of digitaal tot stand komt. De betekenis die patiënt en behandelaar aan de werkrelatie geven is dan ook niet los te zien van de bredere organisatorische en maatschappelijke context van de depressieve klachten, behandelingen en de zorg.

De relevantie van de werkrelatie is groot. Als er geen goede werkrelatie ontstaat, kan de patiënt afhaken, zich niet begrepen voelen en niet mee (gaan) werken aan een behandeling. Voor de behandelaar is het van belang contact en vertrouwen te krijgen en houden met de patiënt, als voorwaarde voor een goede behandeling.

Volgens de in hoofdstuk 1 beschreven zoekstrategie is literatuur gevonden over de werkrelatie. Dit leverde 20 artikelen op. Deze zijn aangevuld met 73 artikelen en hoofdstukken, toegevoegd door de auteur. Sommige gaan over de werkrelatie in de ggz, niet specifiek over patiënten met of behandeling van depressie.

4.2 De werkrelatie

Richtlijntekst:

Ieder individu ervaart de werkrelatie op een unieke wijze. Culturele aspecten ervan kunnen in vier thema's worden samengevat: overtuigingen over depressie, taal en betekenis, sociaal-culturele rollen en het lichamelijke (Edrisi, 2011).

Overtuigingen over depressie

De manier waarop de depressieve patiënt zich verhoudt tot een ander, berust ondermeer op waarden en overtuigingen (*beliefsystemen* of *verklaringsmodellen*). De patiënt kan deze uitspreken of laten zien in gedrag op een consistente en subtiele wijze. Zelden geven patiënten spontaan blijk van hun verklaringsmodellen, terwijl kennis daarvan cruciaal kan zijn voor een adequate diagnostische hypothese en een goede behandelrelatie. Het gaat dan over hoe patiënten zelf hun conditie en klachten verklaren en wat ze verwachten van de behandeling of behandelaar.

Patiënten met een depressie denken positiever over de biologische oorzaak en medicamenteuze behandeling

dan gezonde mensen (Prins e.a. 2008), tegelijkertijd vindt de meerderheid van deze patiënten dat antidepressiva verslavend zijn.

Marokkaans-Nederlandse patiënten zouden een concrete oplossing voor hun problemen wensen terwijl Turks-Nederlandse patiënten meer behoefte aan inzicht zouden hebben (Knipscheer & Kleber, 2005). Beide groepen patiënten zouden meer behoefte aan medicijnen hebben dan autochtone patiënten.

De patiënt kan depressie op verschillende manieren ervaren en verklaren. Zo kan de patiënt denken dat de depressie het gevolg is van pech, levensgebeurtenissen, familiale erfelijkheid, maatschappelijk historische overdracht, de onderdrukking in een politiek regime, neurologische en hormonale disbalans, Gods toorn, slecht karma, spirituele beproevingen of toverij. En in het verlengde daarvan kan de patiënt denken dat de depressie te verhelpen is door te hopen op een goede dag, onderwerping aan Gods wil, doorstaan van moeilijke tijden, opbrengen van compassie en liefde jegens de ander, volgen van bepaalde rituelen en tradities. Deze voorbeelden tonen de enorme reikwijdte van interpretaties van depressieve verschijnselen. Voor de behandelaar is het relevant te weten hoe de patiënt zelf de klachten beschouwt, verklaart en gelooft of en hoe deze conditie te behandelen is.

Opvattingen over depressie worden sterk beïnvloed door de culturele achtergrond van patiënten (Kleinman & Good, 1985; Manson, 1995; Marsella e.a., 1985; Rodrigues & Caroso, 1998; Fabrega, 1974). Al deze auteurs pleiten ervoor om naast bestudering van de symptomatologie ook expliciete aandacht te hebben voor de sociaal-culturele context daarvan.

Voor mensen uit Westerse culturen lijkt de focus van hun depressieve symptomen veeleer intern te liggen, terwijl mensen uit bijvoorbeeld Latijns Amerikaanse culturen het interpersoonlijke meer gewicht geven (Tsai e.a., 2003). In sommige culturen is 'depressie' sociaal cultureel gezien onacceptabel en wordt het niet beleefd als een ziekte. Psychologische componenten van depressie zoals schuldgevoelens en negatieve zelfwaardering kunnen soms nauwelijks aanwezig zijn, zoals in Nigeria (Marsella e.a., 1985), terwijl depressie wel door somatische klachten tot uitdrukking mag komen.

Depressie kan wel acceptabel zijn indien het verweven is met een religieuze ervaring (Obeyesekere, 1985). Of wanneer de depressie het gevolg is van een ernstig verlies zoals de dood van een kind dat in een deel van Brazilië 'ware depressie' wordt genoemd (Martin e.a., 2007). In die gevallen krijgt de lijdende steun. Om andere redenen depressieve klachten hebben, zou eerder een 'valse depressie' zijn, te wijten aan persoonlijke zwakheid of gebrek aan controle. Bij valse depressie krijgt de lijdende persoon dan ook veel minder of geen steun (Martin e.a., 2007).

Religie kan een prominente rol spelen in de overtuigingen van de patiënt, niet alleen in het denken over het ontstaan van de psychische problematiek, maar ook in het herstelproces. Religie kan een bepalende invloed hebben op de innerlijke wereld en levenswijze van de patiënt en in sterke mate als houvast, troost, hoop en redding worden ervaren (Edrisi, 2007).

Inheemse overtuigingen en lokaal uitgeoefende interventies kunnen van groot belang zijn voor het herstel. Veel van dergelijke cultuurspecifieke interventies (*indigenous healing*) waar patiënten heilig in geloven en die zij als heilzaam beschouwen, zijn religieus en spiritueel van aard (Sue & Sue, 2008; Sue, 1998). Interventies als bidden en meditatie worden vaak ervaren als behulpzaam en effectief voor het beperken van een depressie (Azhar & Varma, 2000; Azhar e.a., 1994; Loewenthal & Cinnirella, 1999; Berry, 2002; Townsend e.a., 2002; Dalmida, 2006; Moreira-Almeida e.a., 2007; Koenig, 2009; Phillips e.a., 2009; Galek & Porter, 2009; Hook e.a., 2010). Bij herstel van depressie op hogere leeftijd is religiositeit vaak een potentieel voor hoop of aanpassing en lijkt daarom waardevol om te exploreren (Braam e.a., 2003).

Andere voorbeelden van religieus of spiritueel aangepaste interventies zijn *naikan* (meditatietechnieken) in Japan of *espiritismo* in Puerto Rico. Met *Naikan* wordt de patiënt bijvoorbeeld gevraagd te mediteren op wat hij heeft gedaan voor anderen en hoe hij de anderen last heeft bezorgd (Reynolds, 1983). In India worden spirituele reflectie en ontspanningstechnieken (yoga, meditatie) en het incorporeren van sociale connecties en steun als behulpzame interventies tegen depressie beschouwd (Nieuwsma e.a. 2011).

Bij cultuurspecifieke interventies wordt het belang van de hulp van de familie of culturele helers steeds benadrukt (Lee e.a., 1992). Cultureel / religieus aangepaste interventies in cognitieve gedragstherapeutische protocollen houden rekening met familiale belangen en religieuze/spirituele overtuigingen zonder de principes van het protocol te schenden (Duarté-Vélez, e.a., 2010; Paukert e.a., 2009; Hodge, 2006). Dergelijke interventies laten impliciet zien wat de culturele belangen zijn waar het herstel van de patiënt van af kan hangen.

Taal en betekenis

De taal van de patiënt is een essentieel onderdeel in de werkrelatie met de behandelaar. Als de patiënt niet of onvoldoende de standaardtaal van de behandelaar spreekt, zal talige *matching* in de meeste gevallen de voorkeur genieten. Bij talige *matching* gebruikt de behandelaar dezelfde taal als de moedertaal van de patiënt en zorgt daarmee voor vertrouwde en bonding, meer openheid en betrokkenheid door middel van specifieke woorden en uitdrukkingen (zoals metaforen en poëzie), meer begrip en bewustwording (Santiago-Rivera e.a., 2009; Edrisi, 2010). Behandelen in de moedertaal voelt vertrouwd voor de patiënt omdat het in principe de emotionele taal is die in een unieke culturele context is verworven. Het herinneren en

weergeven van ervaringen in de eerste taal geeft ruimte voor meer details.

De aantrekkingskracht van de onderlinge overeenkomst in taal wordt bevestigd in onderzoek in de communicatiewetenschappen: verschillende etnische groepen vinden taal en houding belangrijker dan status of beroep om met elkaar een gesprek te beginnen (Simard in Gudykunst & Kim 1992). In de praktijk is talige *matching* echter lang niet altijd haalbaar en zijn er twee andere opties:

behandeling in een taal die de patiënt later in zijn leven heeft verworven of de inzet van een professionele tolk. De effectiviteit hiervan komt in hoofdstuk 5 aan bod. Verschillende vragen rijzen wanneer de patiënt in een vreemde taal moet communiceren. Welke taal is de emotionele taal van de patiënt? Welke woorden en uitdrukkingen gebruikt deze voor de eigen ervaringen en klachten? Hoe geeft de patiënt woorden aan depressieve verschijnselen als somberte, ongelukkig zijn, zelfkritiek, hulpeloosheid en hopeloosheid, negativiteit en heimwee? Hoe worden ervaringen als zelfkritiek of zelfminachting, verlies, slachtofferschap en passiviteit talig en symbolisch uitgedrukt? Welke melodie en dramatiek dragen de depressieve uitingen? Hoe wordt depressie of stress in de eigen taal beschreven en gedefinieerd?

Deze vragen zijn relevant omdat in sommige culturen depressie nauwelijks erkend is als syndroom en er geen woorden of begrippen voor bestaan (Castillo, 1997; Tanaka-Matsumi & Marsella, 1976). In veel Latijns Amerikaanse culturen kan *ataque de nerviosa* een betere omschrijving zijn van de emotionele toestand van angst en/of depressie (López & Guarnaccia, 2000). Vandaar dat men aanraadt zo goed mogelijk aan te sluiten bij de taal die de patiënt eigen is. Er zijn ook culturen die wel woorden of concepten voor depressie kennen, maar die toch een andere betekenis of connotatie hebben dan wij gewend zijn (Brandt & Boucher, 1986). Voor zover bekend worden in alle culturen overigens de uitingen van depressie geassocieerd met een negatief affect (Leu e.a. 2011; Zhang e.a., 2011; Martinez Tyson e.a., 2011).

Bij patiënten die meerdere talen spreken, kunnen verschillen zijn in de presentatie en beleving van depressie in de moedertaal of in de later verworven taal. Ook het denkvermogen en de interne dialoog van de patiënt kunnen verschillen.

Als er geen gedeelde taal tussen de patiënt en behandelaar is en men gebruik maakt van een tolk, kan dit voor de patiënt verschillende betekenissen hebben en de werkrelatie met de behandelaar negatief of positief beïnvloeden.

Sociaal-culturele rollen

In de huidige samenleving ontwikkelt ieder mens zich in meerdere (sub)culturele contexten. Daarin leren zij specifieke handelingen en taken, rituelen, houdingen en rollen. Deze culturele rollen beïnvloeden de werkrelatie met de behandelaar; de patiënt neemt bijvoorbeeld een specifieke rol in in verhouding tot de behandelaar en verwacht wellicht een specifieke rol van de behandelaar.

Bepaalde etnische groepen in de VS waarderen een meer passieve rol van de behandelaar en zien een uitnodiging tot introspectie niet als positief. Dat kan tot ongeduld en een vroegtijdige relatiebreuk leiden. Migranten uit Zuidoost Azië en Zuid-Amerika blijken de voorkeur te hebben voor een directieve benadering (Abad e.a., 1974; Atkinson e.a., 1989; LaFromboise e.a., 1990; Atkinson e.a., 1978; Sue & Zane, 1987; Wang, 1994; Ponce & Atkinson, 1989; Al-Krenawi & Graham, 2000).

Migranten in Nederland zouden vooral behoefte hebben aan begrip, steun en begeleiding (Knipscheer & Kleber, 2005). Het familiesysteem en de maatschappij beïnvloeden de rol die patiënten passend vinden bij het vragen om hulp. Sommigen zien een verband tussen depressieve verschijnselen en de rol van de patiënt in het eigen systeem en maatschappij, ook wel *condición migrante* genoemd (Graafsma & Tieken, 1987). Dit is het scala aan factoren waarmee migranten in de regel te maken hebben, zoals leven in een vreemd land en heimwee. Er zijn ook andere factoren die terugkerend een rol kunnen spelen, in het bijzonder bij een depressieve conditie zoals lage sociaaleconomische status, sociale uitsluiting en discriminatie, chronische arbeidsbelasting, de (sub)cultureel bepaalde ondergeschikte rol van vrouwen in sommige religieuze gemeenschappen, het opgroeien en leven in meerdere culturele contexten, seksuele onvrijheid, huiselijk geweld, systeemconflicten als gevolg van verandering van sociaal-culturele waarden en normen en de kloof tussen verschillende generaties.

Vrouwen in traditionele culturen waarin ze worden gedevalueerd, vertonen een hogere mate van depressie (Power, 2004). Als bij Chinese Amerikanen de afstand tot de familie door acculturatie toeneemt, blijkend uit minder contact en minder gehechtheid aan de ouderlijke culturele waarden, is er sprake van een verhoogd risico op een klinische depressie (Hwang e.a., 2010). De vervlechting van sociaaleconomische achterstandspositie met culturele verschillen wordt gezien als medebepalend voor gezondheidsproblemen waaronder depressie, hulpzoekgedrag en waardering van zorg door allochtonen (Knipscheer en Kleber, 2005).

De rol en positie in een culturele hiërarchie beïnvloedt ook het gedrag van de persoon. Sommige patiënten vermijden bijvoorbeeld direct oogcontact, uit hiërarchisch respect en niet uit desinteresse (Al-Krenawi & Graham, 2000). Patiënten uit hogere klassen en met een hoger opleidingsniveau zijn meer geneigd om over hun intrapsychische problemen te denken en te praten, psychologiseren staat bij hen in hoger aanzien. Patiënten uit lagere sociale lagen hebben meer oog voor interpersoonlijke verhoudingen en zijn minder gericht

op intrapsychische moeilijkheden. Zij zouden psychische problemen vooral uitdrukken in lichamelijke klachten (Kirmayer 1984; Sampson 1988).

Lichaam en geest

Culturele zelfpresentatie, de veronderstelde lichaam-geest relatie en emotionele regulatie dragen bij aan de presentatie en diagnose van depressie (Tsai & Chentsova-Dutton, 2002). Voor een goed begrip van de ervaringen van patiënten is het dus van belang na te gaan hoe zij denken over de manier waarop lichamelijke, fysiologische en psychische ervaringen met elkaar verbonden zijn. Alle depressieve patiënten psychologiseren en somatiseren in bepaalde mate (Kirmayer, 2001). Net als er grote culturele verschillen bestaan in het uiten van en praten over emoties, variëren ook de presentatie van lichamelijke equivalenten en uitingen van depressie. Onderzoek suggereert dat deze variatie met verschillen in culturele opvattingen te maken heeft (Kanazawa e.a., 2007). Zo blijken depressieve Europese Amerikanen minder te huilen of minder intens verdriet te rapporteren op het zien van droevig stemmende films, vergeleken met een niet-depressieve populatie. Depressieve Oostaziatische Amerikanen lieten juist een patroon van verhoogde emotionele reactiviteit zien in de vorm van intenser huilen, vergeleken met de niet-depressieve populatie (Chentsova-Dutton e.a., 2007).

In de Chinese cultuur kan men in verband met depressie hartklachten rapporteren, terwijl schuldgevoelens, suïcidale gedachten, zelfminachting en neerslachtigheid in mindere mate voorkomen. In Singapore kan men bij depressie borstklachten hebben en in diverse culturen lage rug- of hoofdpijn (Parker e.a., 2001; Ryder e.a. 2008; Kleinman, 1988; 1996; Kua, 1990; Marsella e.a., 1985). In andere culturen klaagt men over een gebroken hart en toont een overbezorgde mimiek en blik (Manson e.a., 1985). Verminderde eetlust en slecht slapen zouden weer transcultureel consistente symptomen van depressie zijn (Weissman e.a., 1996). Een behandelaar moet er dus attent op zijn dat depressie verschillend gelokaliseerd kan worden in het lichaam. In feite kan de depressie zo somatisch zijn dat men ervoor pleit om dit aspect niet los te zien van de aanwezige depressieve verschijnselen waarmee de behandelaar bekend is (McKnight e.a., 2009). Vaak zullen patiënten zelf andere woorden zoals stress, spanning of lichamelijke pijn gebruiken om uiting te geven aan ongedifferentieerde somatische en psychische klachten.

4.3 De afstemming

Richtlijntekst:

Iedere behandelaar zal zich inzetten om contact met en vertrouwen van een patiënt te krijgen, al was het maar om voldoende informatie te verkrijgen. Er bestaan veel verschillende perspectieven en theoretische modellen op het gebied van intercultureel werken in een klinische setting (bijvoorbeeld Kleinman, 1980; Fuertes e.a., 2006; Ridley, 2005; Li & Kim, 2004; Constantine, 2007; Chu, 2007; Fields, 2010; Sue & Zane, 2009; Lakes e.a., 2006). De hierboven beschreven aspecten van de werkrelatie werken als een spiegel op de betekenis die patiënten er aan geven. De meeste literatuur over de werkrelatie in interculturele context heeft als doel deze relatie te verbeteren. Dat betekent dat we niet ontkomen aan een normatieve beschrijving, over wat de behandelaar *zou moeten doen*. Als die afstemming ook effectief is bevonden, wordt deze beschreven in hoofdstuk 5.

Een cultuurgevoelige behandelaar is oprecht nieuwsgierig naar de opvattingen, het *beliefsysteem* van zijn of haar patiënten, en sluit daarbij aan. De behandelaar probeert te begrijpen wat de patiënt belangrijk vindt en hoe deze de problemen en depressieve klachten verklaart. De behandelaar zou zich dus kunnen afvragen of de patiënt de oorzaak van en de remedie voor de depressie intern of extern lokaliseert, en of de patiënt het ziekte- en herstelproces als passief of actief ziet?

Het bespreken van geloofsovertuigingen in een behandeling blijft vaak achterwege. Aangezien religie wel een belangrijke factor kan zijn in de beleving van patiënten, is het echter niet *of* maar *wanneer* en *hoe we 'religie' een plaats moeten geven in ons werk* (Post & Wade, 2009; Boehnlein, 2006).

De aannames en oordelen van patiënt en behandelaar kunnen de werkrelatie zowel positief als negatief beïnvloeden. De aansluiting van behandelaars bij patiënten wordt ook wel *culturele matching* genoemd (Sue, 1998). De match is geen etnische maar een cognitieve. Dat houdt in dat men aandacht besteedt aan vergelijkbare opvattingen over de doelen van de behandeling, voorkeuren voor manieren om problemen op te lossen en een vergelijkbare mate van acculturalisatie van therapeut en patiënt. Het tot stand brengen van een culturele match is de kern van wat ook wel culturele competenties worden genoemd (Sue, 1998; Sue e.a. 2009; Whaley & Davis, 2007), die bestaan uit:

- Cultureel *bewustzijn* - het vermogen van herkennen en begrijpen - van eigen overtuigingen en waarden, en wijze van relateren tot de culturele ander.
- Culturele *kennis*: inzicht in de cultuur van de patiënt, diens wereldbeeld en verwachtingen.
- Culturele *vaardigheid*: interveniëren op een manier die cultureel gevoelig en relevant is.

De culturele achtergrond van patiënten kan nader onderzocht worden door de aandacht te richten op de ecologische context, waar en hoe een patiënt en familie leeft, op migratie en acculturatie, de organisatie van het gezin of de familie en de cyclus van het gezinsleven waarin culturele diversiteit in ontwikkelingsfasen en overgangen van belang zijn (Falicov, 1995). López (1997) benadrukt hierbij het vermogen van de behandelaar om op een flexibele wijze van verschillende culturele invalshoeken te kunnen wisselen.

Wat de wederzijdse rolverwachtingen betreft kan de behandelaar verkennen welke behoeften en voorkeuren de patiënt heeft voor wat betreft type zorg en stijl van interventie. De behandelaar kan uitleggen hoe hij of zij te werk gaat en nagaan of dat een manier is die de patiënt wenst of passend vindt.

Het ontrafelen van het verband tussen de culturele rol en de depressie vereist geduld en zicht op het sociaal-culturele bestaan van de patiënt. Dat ontrafelen is cruciaal en bepalend voor het ontwerpen van de interventie. Voorbeelden daarvan zijn de systemische hiërarchie, de opvoedingsstijl binnen een bepaalde cultuur, het thema afstand-nabijheid, en hoe men vorm en betekenis geeft aan kwesties als intimiteit, autoriteit en dienstbaarheid. De behandelaar moet gevoelig zijn voor deze diversiteit anders, loopt hij het gevaar interventies te doen die systemische contacten verder onder druk zetten en de depressie juist in de hand werken. Dit kan geschieden door bijvoorbeeld de verhoudingen en posities (leider-volger) in het systeem te willen veranderen (Jalali, 1982) of groepstherapie te introduceren terwijl dat niet aansluit bij de belevingswereld van de patiënt (Al-Mutlaq & Chaleby, 1995).

Tenslotte probeert de behandelaar adequaat het psychologiseren én somatiseren van depressie door de patiënt in te schatten en te begrijpen. In de praktijk helpt men de patiënt met bewustwording van somatische symptomen door ze te her-attribueren en daardoor herkenning van de depressie te verbeteren (Tylee & Gandhi, 2005).

Het is af te raden om te snel of onterecht condities als chronische hyperarousal en stress als depressie te bestempelen. Een cultuurgevoelige behandelaar is vooral gericht op de uniciteit van de beleving van elke patiënt en probeert naast de geleerde kaders en classificaties ook gevoelig en registrerend te zijn voor nieuwe indrukken en bevindingen.

Andere normatieve typering van interculturele competenties zijn dat de behandelaar oprecht open staat voor de patiënt, zich bewust is van eigen potentiële ethnocentrische reflexen, van een mogelijke cultuurschok en van stereotypische / categorische oordelen. De behandelaar is zich bewust van de manier waarop hij of zij zich verhoudt tot polariteit of diversiteit. De behandelaar weet dat je ongemak of angst kunt voelen voor vreemde onvertrouwde situaties en signalen die je tegen kunt komen bij de culturele ander. De behandelaar is bereid deze gevoelens in toom te houden, eigen subjectiviteit te erkennen, het niet-weten en de complexiteit van menselijk zijn te tolereren en op een open, onbevooroordeelde en ontvankelijke wijze contact te krijgen met de patiënt.

In Nederland zijn nog geen resultaten bekend van het effect van deze interculturele competenties, maar onderzoek naar het effect van een specifieke training op de behandeling van Marokkaans- en Turks-Nederlandse patiënten met depressie en angst is lopende (van Loon e.a., 2011). Hierin wordt bekeken of het vergroten van interculturele competenties van behandelaars de drop-out van Marokkaans- en Turks-Nederlandse patiënten met depressie en angst vermindert.

4.4 Samenvatting

Richtlijntekst:

Het verbeteren van de werkrelatie door het vergroten van interculturele competenties in de klinische praktijk wordt ondersteund door allerlei praktijkervaringen en trainingen die (nog) niet onderzocht zijn op effectiviteit. Het belang van reflectie op culturele aspecten in de behandeling wordt echter breed gedragen, in het bijzonder de aanmoediging om elke patiënt te beschouwen als een 'cultureel wezen' (APA, 2003) en de werkrelatie als een cultureel uitwisselingsproces (Chu, 2007).

De individuele betekenis die patiënt en behandelaar aan hun contacten geven zou centraal moeten staan in de werkrelatie. Een volgorde of prioritering van de besproken vier aspecten - overtuigingen over depressie, taal

en betekenis, sociaal-culturele rollen en de relatie tussen lichaam en geest - is dan ook niet mogelijk of wenselijk. Als er geen vertrouwen tussen patiënt en behandelaar ontstaat of bij problemen in het contact, is het als eerste relevant om na te gaan of er sprake is van verschillende verwachtingen ten aanzien van de behandeling. Dit hoofdstuk biedt een referentiekader voor reflectie hierop.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Literatuur

Abad, V., Ramos, J. & Boyce, E. (1974). A model for delivery of mental health services to Spanishspeaking minorities. *American Journal of Orthopsychiatry*, 44, 584-595.

Al-Krenawi, A. & Graham, J. R. (2000). Culturally sensitive social work: Practice with Arab clients in mental health settings. *Health & Social Work*, 25, 9-22.

Al-Mutlaq, H. & Chaleby, K. (1995). Group psychotherapy with Arab patients. *Arab Journal of Psychiatry*, 6 (2), 125-136. American Psychological Association (APA). (2003). Guidelines on multicultural education, training, research, practice, and organizational change for psychologists. *American Psychologist*, 58, 377-402.

Atkinson, D.R., Maruyama, M., & Matsui, S. (1978). Effects of counselor race and counseling approach on Asian Americans' perceptions of counselor. *Journal of Counseling Psychology*, 25, 76-83.

Atkinson, D.R., Morten, G. & Sue, D.W. (1989). *Counseling American minorities* (3rd ed.). Dubuque, IA: Brown.

Azhar, M.Z. & Varma, S.L. (2000). Mental illness and its treatment in Malaysia. In I. Al-Junu'n (Ed.), *Mental illness in the Islamic world* (pp. 163-186). Madison, CT: International Universities Press.

Azhar, M.Z., Varma, S.L. & Dharap, A.S. (1994). Religious psychotherapy in anxiety disorder patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 1-3.

Bauer, A.M. & Alegria, M. (2010). The impact of patient language proficiency and interpreter service use on the quality of psychiatric care: a systematic review. *Psychiatr Serv.*, 61 (8), 765-773.

Berry, D. (2002). Does religious psychotherapy improve anxiety and depression in religious adults? A review of randomized controlled studies. *Int J Psychiatr Nurs Res.*, 8, 875-90.

Boehnlein, J.K. (2006). Religion and spirituality in psychiatric care: looking back, looking ahead. *Transcultural psychiatry*, 43, 634-651.

Bogers, J.P.A.M., Goedhart, A.W. & Hermans, P.J. (2003). Culturele bias in de beoordeling van negatieve symptomen? *Tijdschrift voor psychiatrie*, 45, 203-210.

Braam, A.W., Beekman, A.T.F. & Tilburg van, W. (2003). Religiositeit en depressie bij ouderen: een overzicht van recent empirisch onderzoek. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 45 (8), 495-505.

Brandt, M E. & Boucher, J.D. (1986). Concepts of depression in emotion lexicons of eight cultures. *International Journal of Intercultural Relations*, 10, 321-346.

Castillo, R.J. (1997). *Culture and Mental Illness: A Client-Centered Approach*. Pacific Grove, CA, Brooks/Cole.

Chang, D.F. & Berk, A. (2009). Making cross-racial therapy work: a phenomenological study of client's experiences of cross-racial therapy. *Journal of Counseling psychology*, 56 (4), 521-536.

Chentsova-Dutton, Y.E., Chu, J.P., Tsai, J.L., Rottenberg, J., Gross, J.J. & Gotlib, I.H. (2007). Depression and emotional reactivity: variation among Asian Americans of East Asian Descent and European Americans. *Journal of Abnormal Psychology*, 116 (4), 776-785.

Chu, B. C. (2007). Considering culture one client at a time: Maximizing the cultural exchange. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 3, 34-43.

Constantine, M.G. (2007). Racial microaggressions against African American clients in cross-racial counseling

relationships. *Journal of Counseling Psychology*, 54, 1-16.

Dalmida, S.G. (2006). Spirituality, mental health, physical health, and health-related quality of life among women with HIV/AIDS: integrating spirituality into mental health care. *Issues Ment Health Nurs*, 27, 185-98.

Duarté-Vélez, Y., Bernal, G. & Bonilla, K. (2010). Culturally adapted cognitive-behavioral therapy: integrating sexual, spiritual, and family identities in an evidence-based treatment of a depressed Latino adolescent. *Journal of clinical psychology*, 66 (8), 895-906.

Edrisi, M. (2007). Onderwerping en onbehagen. De moeilijke weg naar hulp voor toegewijde moslims. *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid*, 62, 183-194.

Edrisi, M. (2010). Behandeling in een later verworven tweede taal. In J. de Jong & S. Colijn (red.). *Handboek transculturele psychotherapie en psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom.

Edrisi, M. (2011). Cultuursensitief werken als integraal onderdeel van de hulpverlening. *Psychopraktijk*, 3 (1), 20-23.

Fabrega, H. Jr. (1974). *Problems implicit in the cultural and social study of depression*. *Psychosomatic Medicine*, 36, 377-98.

Falicov, C.J. (1995). Training to think culturally: a multidimensional comparative framework. *Family Process*, 34 (4), 373-388.

Fields, A.J. (2010). Multicultural research and practice: theoretical issues and maximizing cultural exchange. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41 (3), 196-201.

Flores, G. (2005). The Impact of Medical Interpreter Services on the Quality of Health Care: A Systematic Review. *Medical Care Research and Review*, 62 (3), 255-299.

Fuertes, J.N., Stracuzzi, T.I., Bennett, J., Scheinholtz, J., Mislouack, A., Hersh, M., & Cheng, D. (2006). Therapist multicultural competency: A study of therapy dyads. *Psychotherapy*, 43, 480-490.

Galek, K. & Porter, M. (2009). A brief review of religious beliefs in research on mental health and ETAS theory: Review. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 16, 58-64.

Ghods, B.K., Roter, D.L., Ford, D.E., Larson, S., Arbelaez, J.J. & Cooper, L.A. (2008). Patient/physician communication in the primary care visits of African Americans and whites with depression. *J. Gen. Intern Medicine*, 23, 600-606.

Graafsma, T. & Tieken, J. (1987). Leven in een 'condición migrante'. In P.A.Q.M. Lamers, Hulpverlening aan migranten. Alphen aan den Rijn / Brussel: Samsom Stafleu.

Griner, D. & Smith, T.B. (2006). Culturally adapted mental health interventions: A meta-analytic review. *Psychotherapy*, (43), 4, 531-548.

Gudykunst, W.B. & Y.Y. Kim (1992). *Communicating with strangers. An approach to intercultural communication*. New York: McGraw-Hill.

Hodge, D.R. (2006). Spiritually modified cognitive therapy: a review of the literature. *Social Work*, 51 (2), 157-166.

Hook, J.N., Wothington, E.L., Davis, D.E., Jennings, D.J., Gartner, A.L. & Hook, J.P. (2010). Empirically supported religious and spiritual therapies. *Journal of clinical psychology*, 66, 46-72.

Hwang, W., Wood, J.J. & Fujimoto, K. (2010). Acculturative family distancing (AFD) and depression in Chinese American Families. *J Consult Clin Psychol.*, 78 (5), 655-667.

Jalali, B. (1982). Iranian families. In M. McGoldrick, J. Pearce, & J. Giordano (Eds.), *Ethnicity and family therapy* (pp. 288-309). New York: Guilford Press.

Kanazawa, A., White, P.M. & Hampson, S.E. (2007). Ethnic Variation in Depressive Symptoms in a

Community Sample in Hawaii. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 13 (1), 35-44.

Kirmayer, L.J. (1984). Culture, affect and somatization, part II. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 21, 237-273 & 304-305.

Kirmayer, L.J., (2001). Cultural Variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 22-28.

Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley, University of California Press.

Kleinman, A. & Good, B. (1985). Introduction: Culture and depression. In A. Kleinman & B. Good (eds.) *Culture and Depression*. Berkeley: University of California Press.

Kleinman, A. (1988). *Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience*. N.Y.: Free Press.

Kleinman, A. (1996). How is culture important for DSM-IV. In J. E. Mezzich, A. Kleinman, H. Fabrega, and D. L. Parron, Eds. *Culture and Psychiatric Diagnosis: A DSM-IV Perspective* (pp. 15-26). Washington DC: American Psychiatric Press.

Knipscheer, J.W. & Kleber, R.J. (2005). Migranten in de ggz: empirische bevindingen rond gezondheid, hulpzoekgedrag, hulpbehoeften en waardering van zorg. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 47 (11), 753-759.

Koenig, H.G. (2009). Research on religion, spirituality and mental health: a review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54, 283-291.

Kramer, S.A. (2011). *Gewoon bijzonder. Het vertoog over migranten en vluchtelingen in de ggz*. Rotterdam: Mikado.

Kua, E.H. (1990). Depressive disorder in elderly Chinese people. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81, 386-388.

LaFromboise, T.D., Trimble, J.E., & Mohatt, G. V. (1990). Counseling intervention and American Indian tradition: An integrative approach. *Counseling Psychologist*, 18, 159-182.

Lakes, K., López, S.R. & Garro, L.C. (2006). Cultural Competence and psychotherapy: applying anthropologically informed conceptions of culture. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43 (4), 380-396.

Lee, C.C., Oh, M.Y. & Mountcastle, A. R. (1992). Indigenous models of helping in nonwestern countries: Implication for multicultural counseling. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 20, 3-10.

Leu, J., Wang, J. & Koo, K. (2011). Brief report: are positive emotions Just as "positive" across cultures? *Emotion*, 11 (4), 994-999.

Li, L.C. & Kim, B.S.K. (2004). Effects of counseling style and client adherence to Asian cultural values on counseling process with Asian American college students. *Journal of Counseling Psychology*, 51, 158-167.

Loewenthal, K.M. & Cinnirella, M. (1999). Beliefs about the efficacy of religious, medical and psychotherapeutic interventions for depression and schizophrenia among women from different cultural-religious groups in Great Britain. *Transcultural Psychiatry*, 36, 491-504.

Loon, van A., Schaik, D.J.F., Dekker, J.J. & Beekman, A.T.F. (2011). Effectiveness of an intercultural module added to the treatment guidelines for Moroccan and Turkish patients with depressive and anxiety disorders. *BMC Psychiatry*, 11, 13.

López, S. R. (1997). Cultural competence in psychotherapy: A guide for clinicians and their supervisors. In C. E. Watkins, (Ed.), *Handbook of psychotherapy supervision* (pp. 570-588). New York: Wiley.

López, S.R., & Guarnaccia, P.J.J. (2000). Cultural psychopathology: Uncovering the social world of mental illness. *Annual Review of Psychology*, 51, 571-598.

Manson, S.M., Shore, J.H. & Bloom, J.D. (1985). The depressive experience in American Indian Communities: A challenge for Psychiatric theory and diagnosis. In A. Kleinman & B. Good (Eds.), *Culture and depression: Studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*. Berkeley: University of California Press.

Manson, S.M. (1995). Culture and major depression. Current challenges in the diagnosis of mood disorders: Review. *Psychiatr. Clin. North Amer.*, 18, 487-501.

Marsella, A.J., Sartorius, N., Jablensky, A. & Fenton, F.R. (1985). Cross-cultural studies of depressive disorders: an overview. In A. Kleinman & B. Good (Eds.), *Culture and depression* (pp. 299-324). Berkeley: University of California Press.

Martin, D., De JesusMari, J. & Quirino, J. (2007). Views on depression among patients diagnosed as depressed in a poor town on the outskirts of São Paulo, Brazil. *Transcultural Psychiatry*, 44 (4), 637-658.

Martinez Tyson, D., Castaneda, H., Porter, M., Quiroz, M. & Carrion, I. (2011). More similar than different? Exploring cultural models of depression among Latino immigrants in Florida. *Depression Research and Treatment*. Doi:10.1155/2011/564396.

McKnight-Eily, L.R., Presley-Cantrell, L., Elam-Evans, L.D., Chapman, D.P., Kaslow, N.J. & Perry G.S. (2009). Prevalence and correlates of current depressive symptomatology and lifetime diagnosis of depression in black women. *Women's Health Issues*, 19, 243-252.

Moreira-Almeida, A., Neto, F.L. & Koenig, H.G. (2007). Religiousness and mental health: a review. *Rev Bras Psiquiatr*, 28, 242-50.

Nieuwsma, J.A., Pepper, C.M., Maack, D.J. & Birgenheir, D.G. (2011). Indigenous perspectives on depression in rural regions of India and the United States. *Transcultural Psychiatry*, 48 (5), 539-568.

Obeyesekere, G. (1985). Depression, Buddhism and the work of culture in Sri Lanka. In A. Kleinman & B. Good (eds.), *Culture and depression* (pp. 134-152). Berkeley: University of California Press.

Paukert, A.L., Phillips, L., Cully, J.A., Loboprabhu, S.M., Lomax, J.W. & Stanley, M.A. (2009). Integration of religion into cognitive-behavioral therapy for geriatric anxiety and depression. *Journal of Psychiatric Practice*, 15, 103-12.

Parker, G., Gladstone, G., & Chee, K.T. (2001). Depression in the planet's largest ethnic group: The Chinese. *American Journal of Psychiatry*, 158, 857-864.

Phillips, L.L., Paukert, A.L., Stanley, M.A. & Kunik, M.E. (2009). Incorporating religion and spirituality to improve care for anxiety and depression in older adults. *Geriatrics*, 64, 15-8.

Ponce, F.Q. & Atkinson, D.R. (1989). Mexican-American acculturation, counselor ethnicity, counseling style, and perceived counselor credibility. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 203-208.

Post, B.C. & Wade, N.G. (2009). Religion and spirituality in psychotherapy: a practice-friendly review of research: review. *Journal of clinical psychology*, 65, 131-146.

Power, M. (ed.) (2004). *Mood disorders: a handbook of science and practice*. Hoboken: John Wiley & Sons, Ltd.

Prins, M.A., Verhaak, P.F.M., Bensing, J.M. & van der Meer, K. (2008). Health beliefs and perceived need for mental health care of anxiety and depression. The patients' perspective explored. *Clinical Psychology Review*, (28) 6, 1038-1058.

Reynalds, D.K. (1983). *Naikan Psychotherapy*. University of Chicago Press.

Ridley, C. R. (2005). Overcoming unintentional racism in counseling and therapy: A practitioner's guide to intentional intervention (2nd ed., Vol. 5). Thousand Oaks, CA: Sage.

Rodrigues, N. & Caroso, C.A. (1998). Idéia de 'sofrimento'e representação cultural da doença na construção da pessoa. In L.F.D. Duarte (Ed.), *Doença, sofrimento, perturbação: Perspectivas etnográficas* (pp. 137-150).

Rio de Janeiro, Brazil: Fiocruz.

Ryder, A.G., Yang, J., Zhu, X., Yao, S., Yi, J., Heine, S.J. & Bagby, R.M. (2008). The cultural shaping of depression: somatic symptoms in China, psychological symptoms in North America? *Journal of Abnormal Psychology, 2*, 300-313.

Sampson, E. (1988). The debate on individualism: indigenous psychologies of the individual and their role in personal and societal functioning. *American Psychologist, 43*, 15-22.

Santiago-Rivera, A.L., Altarriba, J., Poll, N., Gonzales-Miller, N. & Cragun, C. (2009). Therapists' Views on Working With Bilingual Spanish-English Speaking Clients: A Qualitative Investigation. *Professional Psychology: Research and Practice, 40* (5), 436-443.

Sue, S. & Zane, N. (1987). The role of culture and cultural techniques in psychotherapy: A critiques and reformulation. *American Psychologist, 42*, 37-45.

Sue, S. (1998). In search of cultural competence in psychotherapy and counselling. *American Psychologist, 4*.

Sue, D. W., & Sue, D. (2008). *Counseling the culturally diverse: Theory and practice* (5th ed.). Hoboken, NJ: Wiley.

Sue, S. & Zane, N. (2009). The role of culture and cultural techniques in psychotherapy: A critiques and reformulation. *Asian American Journal of Psychology, 1*, 3-14.

Sue, S., Zane, N., Nagayama Hall, G.C. & Berger, L.K. (2009). The case for cultural competency in psychotherapeutic interventions. *Annual Review of Psychology, 60*, 525-548.

Tanaka-Matsumi, J. & Marsella, A.J. (1976). Cross-cultural variations in the phenomenological experience of depression: I. Word association studies. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 7*, 379-396.

Townsend, M., Kladder, V., Ayele, H. & Mulligan, T. (2002). Systematic review of clinical trials examining the effects of religion on health. *South Med J., 95*, 1429-34.

Tylee, A. & Gandhi, P. (2005). The importance of somatic symptoms in depression in primary care. *Journal of Clinical Psychiatry, 7*, 167- 176.

Tsai, J. L., & Chentsova-Dutton, Y. (2002). Understanding depression across cultures. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 467-491). New York: Guilford Press.

Tsai, J.L., Pole, N., Levenson, R.W. & Munoz, R.F. (2003). The Effects of Depression on the Emotional Responses of Spanish-Speaking Latinas. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 9* (1), 49-63.

Wang, A.V. (1994). Passionate love and social anxiety of American and Italian students. *Psychology: A Journal of Human Behavior, 31*, 9-11.

Weissman, M.M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H.G., e.a. (1996). Cross-national epidemiology of major depressive and bipolar disorder. *Journal of the American Medical Association, 276*, 293-299.

Whaley, A.L. & Davis, K.E. (2007). Cultural competence and evidence-based practice in mental health services: A Complementary Perspective. *American Psychologist, 62* (6), 563-574.

Zhang, Y., Li, H. & Zou, S. (2011). Association between cognitive distortion, Type D personality, family environment, and depression in Chinese adolescents. *Depression Research and Treatment*, doi:10.1155/2011/143045.

5. Effectiviteit van aanpassingen in de werkrelatie

Richtlijntekst:

Mohsen Edrisi en Sander Kramer

5.1 Inleiding, uitgangsvraag en werkwijze

Richtlijntekst:

Gericht onderzoek naar de effectiviteit van behandelingen door het veranderen van interculturele aspecten in de werkrelatie is er weinig. De meeste aandacht in effectstudies gaat uit naar taalverschillen en manieren om die te overbruggen. Ook het vergroten van interculturele sensitiviteit van behandelaars heeft veel aandacht gekregen, zowel in onderzoek als in trainingen. Het beoordelen van het effect van interculturele aanpassingen in onderzoek is echter lastig. Houdingsaspecten, kennis van de achtergrond van patiënten en communicatie vormen vaak een onlosmakelijk geheel.

Daar waar aanpassingen in de relatie te maken hebben met de interventies zelf, zoals in protocollen voor therapieën, wordt de effectiviteit beschreven in hoofdstuk 9.

Taalbarrières tussen patiënt en behandelaar leveren voor de hand liggende en omvangrijke problemen op. Spreken zij geen gemeenschappelijke taal en is er geen tolk voorhanden, dan is diagnostiek en behandeling van depressie vrijwel onmogelijk. In de praktijk zien we dat de taalverschillen vaak gradueel zijn. De patiënt spreekt bijvoorbeeld heel basaal de taal van de behandelaar. Vaak is de taalbarrière het eerste - en soms enige - verschil dat opgelost moet worden om een werkrelatie op te kunnen bouwen.

Zoals in hoofdstuk 4 bleek, kunnen ook andere culturele aspecten in de werkrelatie naar voren komen, die de betekenis van het contact beïnvloeden. Ook daarin is taal een cruciale factor. Vandaar dat in dit hoofdstuk vooral het effect van het overbruggen van taalverschillen besproken wordt, als middel om de werkrelatie te verbeteren. De uitgangsvraag is als volgt:

Is er een verband tussen aspecten van de werkrelatie en de effectiviteit van behandeling?

De in hoofdstuk 1 beschreven zoekstrategie, leverde 20 artikelen op over de werkrelatie. Daarvan werden er acht geselecteerd over effectiviteit van verbeteringen in de werkrelatie, die antwoord kunnen geven op de uitgangsvraag.

5.2 Verbeteringen in de werkrelatie

Richtlijntekst:

De eerste systematische review over de impact van tolken op de kwaliteit van zorg (Flores, 2005, zie tabel) bespreekt drie thema's: communicatie, patiënttevredenheid en zorgprocessen (gezondheidsprocessen, uitkomsten, complicaties en zorggebruik).

Flores (2005) includeerde 36 studies: 11 over communicatie (N=1355), 8 over patiënttevredenheid (N=1.026) en 17 studies over zorgprocessen (N=12.866). De methodologische kwaliteit van de besproken studies beoordeelt Flores als mager, omdat ze kleine steekproeven bevatten, geen power of significantie berekenen en er vaak sprake is van een lage respons.

De review levert de volgende conclusies op. Patiënten die zeggen een tolk nodig te hebben maar deze niet krijgen, rapporteren dat zij de diagnose en het behandelplan minder goed begrijpen. Ze hopen vaak dat hun zorgaanbieder hen meer uitleg geeft. Wanneer in de behandeling informele tolken worden ingezet (ongetrainde tolken, vaak familieleden), begrijpen deze minder van de vragen van de behandelaar, vertalen vragen niet, maken vaker fouten met potentieel klinische gevolgen en negeren taboegevoelige onderwerpen meer dan professionele tolken.

De patiënttevredenheid is het hoogst indien een tweetalige zorgverlener wordt ingezet (talige matching) of een professionele tolk; de tevredenheid komt dan overeen met die onder Engels sprekende patiënten. Niet bekend is of er een verschillend effect is tussen tweetalige zorgverleners, telefonische tolken en persoonlijk aanwezige tolken op de patiënttevredenheid. Gebruik van informele tolken leidt tot minder tevredenheid (Flores, 2005).

Wat betreft zorgprocessen blijkt de inzet van tolken een positief effect te hebben op deelname aan

preventieve screening. Over de invloed van tolken op de duur van het consult, zijn geen eenduidige conclusies te trekken. Sommige studies suggereren dat de inzet van tolken leidt tot langere consulten, in vergelijking met consulten zonder tolk. Andere studies tonen aan dat er geen verschil in tijdsduur is tussen een consult met een tolk in vergelijking met tweetalige hulpverleners, een consult met een anderstalige met informele tolk of zonder tolk.

Andere studies over zorgprocessen laten zien dat de beschikbaarheid van tolken tot iets meer behandelcontacten leidt en meer recepten voor medicatie. Patiënten die zeer beperkt Engels spreken en geen tolk of een informele tolk gebruiken, ondergaan meer medische onderzoeken, krijgen vaker een infuus aangelegd en hebben een hoger risico op ziekenhuisopname. Ook zijn de kosten voor testen hoger. Specifiek voor diabetici is onderzocht dat beperkt Engels sprekende patiënten met een tolk betere kwaliteit van zorg krijgen dan Engels sprekende patiënten. Of ook voor andere sectoren in de zorg het gebruik van tolken tot betere kwaliteit van zorg leidt, is nog niet onderzocht.

Flores (2005) concludeert dat de kwaliteit van zorg onvoldoende is voor anderstalige patiënten met een informele tolk of zonder tolk. Inzet van professionele tolken of getrainde tweetalige zorgaanbieders beïnvloedt de patiënttevredenheid, kwaliteit van zorg en gezondheidsuitkomsten positief. Toegang tot professionele tolken of getrainde tweetalige zorgverleners voor anderstalige patiënten leidt tot optimale communicatie, patiënttevredenheid en zorguitkomsten en het minste aantal fouten (Flores, 2005).

Griner & Smith (2006) voerden een meta-analyse uit op 76 studies die aanpassingen van interventies in de ggz aan de culturele achtergrond van patiënten evalueerden. De gewogen gemiddelde effectgrootte (*random effects weighted average effect size*) was $d=0,45$, een aanwijzing voor een redelijk sterk gunstige invloed van cultureel aangepaste interventies. Voorbeelden hiervan zijn het expliciet opnemen van culturele waarden van de patiënt, etnische matching tussen therapeut en patiënt, behandeling in de eigen taal van de patiënt of de behandelaar die consultaties vraagt aan mensen die bekend zijn met de culturele achtergrond van de patiënt. Interventies gericht op een specifieke culturele groep waren vier keer zo effectief als interventies voor patiënten met diverse culturele achtergronden. Behandeling in de eerste taal is effectiever dan in een tweede taal of met een tolk (Griner & Smith 2006).

In hun systematisch overzichtsartikel gaan Bauer & Alegria (2010) in op de effecten van het gebruik van tolken bij psychiatrische patiënten met een beperkte beheersing van de Engelse taal. Gebaseerd op 26 artikelen komen zij tot de conclusie dat patiënten uitgebreider antwoorden in hun eigen taal dan in hun (beperkte) tweede taal. Behandelaars die patiënten interviewen zonder tolk veranderen hun stijl om lange antwoorden te vermijden. Daarmee beïnvloeden zij de diagnostiek; korte antwoorden vatten behandelaars eerder op als vijandig, een teken van psychische problematiek, teruggetrokken gedrag of spanning. In een specifieke studie werd minder psychopathologie gevonden wanneer de patiënt (gebrekkig) Engels sprak dan wanneer deze in het Spaans kon antwoorden (Price & Cuellar, 1981).

Het gebruik van informele tolken kan tegenwerken wanneer de patiënt over gevoelige onderwerpen moet vertellen en kan bijdragen aan verstoringen en fouten. Professionele tolken kunnen de openheid juist bevorderen en hun fouten lijken minder substantieel.

Aspecten die tot verbetering van contact en behandeling kunnen leiden zijn open communicatie (Prins e.a., 2008), erkenning van het leed (Ghods e.a., 2008), respect en erkenning van etnische uniciteit. Kwalitatief onderzoek van Chang & Berk (2009) naar patiënttevredenheid onder een populatie die ondermeer aan stress en depressie leed, liet zien dat een directieve, actieve en niet-oordelende houding van de behandelaar als meer behulpzaam en betrokken werd ervaren. Culturele competentie was niet geassocieerd met tevredenheid over de behandeling, maar wel met ontevredenheid daarmee. Het is mogelijk dat patiënten eerder hun gevoeligheid en negatieve reacties registreren over de culturele incompetentie van een behandelaar, dan hun positieve reacties op de culturele competenties.

Exploratorisch onderzoek van Bogers e.a. (2003) laat zien hoe verschillen in achtergrond en communicatiestijl van behandelaars hun dossierantekeningen en patiëntbeoordelingen beïnvloedt.

Autochtoon-Nederlandse psychiaters noteerden vaker informatie over 'inhoudelijke spraakarmoede, affectieve reacties, sociale aandacht en seksuele belangstelling'. Surinaams-Nederlandse psychiaters noteerden vaker informatie over het symptoom 'weinig gelaatsuitdrukking' en beoordeelden het symptoom 'inadequaat affect' gemiddeld als ernstiger.

5.3 Conclusies

Richtlijntekst:

Is er een verband tussen aspecten van de werkrelatie en de effectiviteit van de behandeling?

Conclusies:

Niveau 1	Het is aangetoond dat patiënten die aangeven een tolk nodig te hebben maar deze niet krijgen, rapporteren dat zij de diagnose en het behandelplan minder goed begrijpen (Flores, 2005, A1).
Niveau 1	Het is aangetoond dat professionele tolken zorgvuldiger werken dan informele tolken (Flores, 2005, A1).
Niveau 1	Het is aangetoond dat de patiënttevredenheid groter is als professionele tolken worden ingezet (Flores, 2005, A1).
Niveau 1	Het is aangetoond dat culturele aanpassingen van interventies in de GGZ een redelijk sterk effect hebben. De aanpassingen kunnen bestaan uit: <ul style="list-style-type: none"> • het expliciet opnemen van culturele waarden van de patiënt • etnische matching tussen patiënt en therapeut • behandeling in de eigen taal van de patiënt • consultatie vragen aan mensen die bekend zijn met de culturele achtergrond van de patiënt. (Griner & Smith, 2006, A1)
Niveau 1	Het is aangetoond dat de behandeling van patiënten in hun eigen of eerste taal effectiever is dan in de tweede taal of via een tolk (Griner & Smith, 2006, A1).
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat openheid, erkenning en respect een positieve invloed hebben op de kwaliteit van de werkrelatie (Prins, 2008, C).
Niveau 4	De werkgroep is van mening dat de effectiviteit van etnische matching vooral bestaat uit cognitieve matching (Sue, 1998, D).

Overige overwegingen:

De effectiviteit van behandelingen direct in de eigen taal van de patiënt is groter dan indirect via een tolk, maar taal is niet de enige factor die de voorkeur van een patiënt bepaalt. In het denkbeeldige geval dat patiënt en behandelaar wel dezelfde taal spreken, maar op andere culturele kenmerken juist van elkaar verschillen, bijvoorbeeld in gender of culturele subgroep, zou het positieve effect van talige matching teniet gedaan kunnen worden door een negatieve matching op de andere kenmerken.

Zijn er geen aanwijzingen voor negatief interacterende culturele kenmerken en heeft de patiënt zijn of haar voorkeur besproken, dan ligt het voor de hand om de behandelaar te kiezen op grond van de gemeenschappelijke taal.

In de praktijk is de beschikbaarheid van meertalige behandelaars die een moedertaal van migranten spreken een groot knelpunt, waardoor talige matching vaak niet kan plaatsvinden. Taalbarrières in de interactie tussen patiënt en behandelaar bespreken en overwinnen, vraagt om een cultuursensitieve benadering. Het is goed mogelijk dat patiënten niet op eigen initiatief melden dat zij graag een tolk bij de behandeling wensen.

Patiënten zouden dit lastig kunnen vinden omdat zij bijvoorbeeld de behandelaar niet willen beledigen of omdat zij proberen de Nederlandse taal te spreken en zich schamen voor hun gebrekkige taalbeheersing. Ook de omgeving en de heersende opvattingen over integratie kunnen een rol spelen. Als slechte Nederlandse taalbeheersing negatieve consequenties heeft in de rest van de samenleving, dan is het voorstelbaar dat patiënten in de ggz aarzelen om te melden dat zij het Nederlands nog onvoldoende beheersen. De benodigde taalbeheersing en behoefte aan een tolk kan overigens gedurende het behandelingsproces variëren.

Zo zou een patiënt bij de intake graag een tolk kunnen willen gebruiken of op momenten dat over ervaringen gesproken wordt uit de kindertijd, die in de moedertaal zijn opgeslagen. Ook dat vraagt om een cultuursensitieve benadering van de behandelaar.

Dat inzet van een professionele tolk in de ggz effectief is bij patiënten die de taal onvoldoende machtig zijn, is overtuigend aangetoond. Daarmee is nog niets gezegd over wie de verantwoordelijkheid heeft voor het overbruggen van taalverschillen. Bij de inzet van tolken spelen organisatorische, financiële en politieke factoren een rol. In richtlijnen van beroepsverenigingen over de consequenties van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), is opgenomen dat de behandelaar verantwoordelijk is voor het informeren over en verkrijgen van *informed consent* van de patiënt voor de behandeling.

Het gebruik van professionele tolken brengt uiteraard kosten met zich mee. Daar tegenover staat dat met inzet van professionele tolken minder onnodig medisch onderzoek wordt gedaan. De kosteneffectiviteit van tolken in de GGZ is nog niet onderzocht. Sinds 2012 kunnen zorgverleners de kosten van professionele tolken niet langer verhalen op de overheid. Veel patiënten zullen zelf niet in staat of bereid zijn de kosten voor een professionele tolk voor hun rekening te nemen. Welke effecten deze maatregel heeft op de kwaliteit van zorg is nog niet bekend.

Gezien het bewijs over de effectiviteit van tolken in de zorg, is een krachtig pleidooi te verdedigen voor een regeling die tolken beschikbaar maakt voor patiënten in de ggz die onvoldoende Nederlands beheersen.

Aanpassingen van interventies aan de culturele achtergrond van de patiënt, blijken redelijk effectief (Griner & Smith, 2006). Er is echter niet één specifieke aanpassing te noemen die het meest effectief is. Het gaat daarbij om allerlei aspecten in de werkrelatie, zoals in hoofdstuk 4 besproken. In de volgende hoofdstukken komen eveneens cultuursensitieve aanpassingen van interventies aan bod.

Het omgaan met culturele verschillen is te zien als een proces van *dynamic sizing* (Falicov, 1995), waarbij de therapeut aan de ene kant algemene en groepsgerelateerde verschillen moet begrijpen en bespreekbaar maken en aan de andere kant rekening moet blijven houden met de individuele beleving van de patiënt.

5.4 Aanbevelingen

Aanbevelingen:

- Het is aanbevolen gebruik te maken van tolken bij patiënten die zelf aangeven een tolk nodig te hebben, waarbij de behandelaar actief naar deze behoefte dient te vragen.
- Het is aanbevolen zoveel mogelijk gebruik te maken van professionele tolken (in plaats van informele tolken of familieleden).
- Het is aanbevolen interventies en communicatiestijl af te stemmen op de culturele achtergrond van patiënten. Behalve aan de genoemde afstemming in taalgebruik, betreft het ingaan op en rekening houden met culturele aspecten in de achtergrond van de patiënt en diens opvattingen over ziekte en gezondheid.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Literatuur

Bauer, A.M. & Alegria, M. (2010). The impact of patient language proficiency and interpreter service use on the quality of psychiatric care: a systematic review. *Psychiatr Serv.*, 61 (8), 765-773.

Bogers, J.P.A.M.; Goedhart, A.W. & Hermans, P.J. (2003). Culturele bias in de beoordeling van negatieve symptomen? *Tijdschrift voor psychiatrie*, 45, 203-210.

Chang, D.F. & Berk, A. (2009). Making cross-racial therapy work: a phenomenological study of client's experiences of cross-racial therapy. *Journal of Counseling psychology*, 56 (4), 521-536.

Flores, G. (2005). The Impact of Medical Interpreter Services on the Quality of Health Care: A Systematic Review. *Medical Care Research and Review*, 62 (3), 255-299.

Ghods, B.K., Roter, D.L., Ford, D.E., Larson, S., Arbelaez, J.J. & Cooper, L.A. (2008). Patient-physician communication in the primary care visits of African Americans and whites with depression. *J. Gen. Intern. Medicine*, 23, 600-606.

Griner, D. & Smith, T.B. (2006). Culturally adapted mental health interventions: A meta-analytic review.

Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43 (4), 531-548.

Price, C.S. & Cuellar, I. (1981). Effects of language and related variables on the expression of psychopathology in Mexican American psychiatric patients. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* (3), 145-160.

Prins, M.A., Verhaak, P.F.M., Bensing, J.M. & van der Meer, K. (2008). Health beliefs and perceived need for mental health care of anxiety and depression. The patients' perspective explored. *Clinical Psychology Review*, 28 (6), 1038-1058.

Tabel

Onderstaande tabel met samenvattingen en specificaties van de artikelen, is op te vragen bij Mikado.

Tabel 5 Effectiviteit van aanpassingen in de werkrelatie

6. Diagnostiek van depressie

Richtlijntekst:
Sander Kramer

6.1 Inleiding, uitgangsvraag en werkwijze

Richtlijntekst:

In de Multidisciplinaire richtlijn Depressie wordt het diagnostische proces beschreven aan de hand van twee uitgangspunten (Richtlijn, 2011, p.30). De DSM-IV is het uitgangspunt voor diagnostiek en classificatie. Daarnaast is diagnostiek geen eenmalige vaststelling van wat er met een patiënt aan de hand is, maar een zich herhalende activiteit, die steeds nieuwe informatie op kan leveren. Dit kan leiden tot een aanpassing of bijstelling van een eerder opgestelde werkhypothese en van een eerder geformuleerd behandelplan. Diagnostiek moet voldoen aan de algemene normen van goed klinisch handelen. Dat impliceert dat gedurende de diagnostiek het contact met de patiënt plaats vindt in een open sfeer. De diagnostische evaluatie moet per individu op maat worden gesneden, rekening houdend met persoonlijke ontwikkeling, culturele achtergrond, etniciteit, gender, seksuele oriëntatie, familie- of gezinsstructuur, religiositeit en spiritualiteit, sociale klasse, en met de fysieke en sociale omgeving (Richtlijn, 2010, p.31). Er wordt echter niet uitgelegd hoe de diagnosticus rekening kan houden met deze factoren en op basis van welk bewijs. Dit hoofdstuk gaat hier nader op in.

Vanwege grote verschillen in populaties in de eerste, tweede of derde lijn, verschilt de kans op het aantreffen van een bepaalde stoornis sterk. De werkgroep voor de ontwikkeling van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie beveelt aan overal de DSM-IV te gebruiken voor de classificatie van depressie. Om tot een voor het praktisch handelen relevante diagnose te komen, moeten meerdere aspecten beoordeeld worden (Richtlijn, 2010, p.31).

Diagnostiek van depressie in interculturele situaties kent een aantal knelpunten. Er kan sprake zijn van onder- of juist overdiagnostiek. Bepaalde etnische groepen zouden - ten onrechte - te laat of te weinig gediagnosticeerd worden met een depressie en andere groepen zouden - eveneens onterecht - te snel of te vaak de diagnose depressie krijgen. Dit zou veroorzaakt kunnen worden door verschillende overtuigingen over depressie, achterliggende factoren en in de presentatie van symptomen. Deze knelpunten leiden tot de vraag of het concept depressie van toepassing is in alle etnische / culturele groepen. De uitgangsvraag die daaruit voort vloeit luidt:

Welke aanpassingen in de diagnostiek van migranten worden in de literatuur vermeld en tot welke verschillende uitkomsten voor diagnostiek dan wel behandeling leiden die aanpassingen in de klinische praktijk?

Om deze vraag te beantwoorden is er gezocht naar bewijs voor verschil in het voorkomen, herkennen en diagnosticeren van depressie. Resultaat van de zoekstrategie beschreven in hoofdstuk 1 waren 55 artikelen over diagnostiek, waarvan 36 enig bewijs lieten zien voor de beantwoording van de uitgangsvraag. De literatuur is samengevat en gerubriceerd volgens de thema's in de volgende paragrafen. Kenmerken van de belangrijkste artikelen zijn samengevat in tabellen.

6.2 Het profiel van depressie

Richtlijntekst:

Het profiel van depressie zoals beschreven in de DSM-IV, bestaat uit minimaal vijf symptomen met als kern een depressieve stemming of verlies van interesse of plezier. Voor het stellen van de diagnose dient minimaal één van deze symptomen aanwezig te zijn. In de DSM-IV worden nog 7 andere symptomen genoemd om te voldoen aan de classificatie ernstige depressieve stoornis (Major Depressive Disorder).

In 1983 publiceerde de World Health Organisation (WHO / Simon zie klapper) een cross-cultureel onderzoek naar overeenkomsten en verschillen in het profiel van depressie, uitgevoerd in 15 gezondheidscentra op vijf verschillende continenten. De symptomen die het meest universeel lijken, waren verdriet, somberheid, spanning, gebrek aan energie, verlies van interesse, een verminderd vermogen tot concentreren, niet

voldoende of inadequaet functioneren en gevoelens van waardeloosheid. Gevoelens van schuld en zelfverwilt kwamen vaker voor in Bazel (Zwitserland) en Montreal (Canada). Somatische symptomen werden vaker gemeld in Teheran (Iran) en het minst in Montreal.

Depressie komt in alle landen en culturen voor, maar er bestaan culturele verschillen in symptomen (Ballenger e.a. 2001). Dat vrouwen kwetsbaarder zijn voor depressie en angststoornissen, is een stabiel gegeven in alle landen en culturen, evenals de leeftijd waarop het ontstaat, namelijk wanneer mensen eind 20 zijn. Bij tenminste de helft van de patiënten met een primaire diagnose depressie of angststoornis, is sprake van comorbiditeit en dit maakt het risico op suïcide groter. Vrouwen denken vaker over suïcide, maar mannen voeren vaker daadwerkelijk een suïcide uit (Ballenger e.a., 2001).

De diagnostische patronen van diverse Amerikaanse psychiatrische patiënten, namelijk *Latino*, *African* en *European Americans*, blijken te verschillen (Minsky e.a., 2003). *African American* patiënten hadden vaker dan de andere twee groepen een diagnose met een psychotische stoornis (vaak schizofrenie), maar de patiënten zelf rapporteerden minder psychotische en andere psychiatrische symptomen dan de andere twee groepen. *Latino's* hadden vaker dan de andere twee groepen de diagnose ernstige depressie, terwijl de patiënten zelf meer psychotische symptomen rapporteerden dan de andere twee groepen. *European Americans* hadden vaker een bipolaire stoornis. De onderzoekers zien meerdere mogelijke verklaringen voor de systematische verschillen, zoals cultureel bepaalde uitingen van symptomen, knelpunten in de toepassing van diagnostische criteria bij diverse groepen of vooroordelen en onvoldoende culturele competenties bij clinici.

Het profiel van depressie kan onderzocht worden aan de hand van verschillende domeinen. De achterliggende factoren in de *Hamilton Rating Scale for Depression* (HRSD) blijken overeen te komen voor Japanse, Europese en Amerikaanse patiënten met een ernstige depressie (Furukawa e.a., 2005).

Gemeenschappelijke onderliggende factoren zijn: vermindering van plezier in het leven en verlies van interesse, schuld en opwinding, lichamelijke klachten, slapeloosheid en verminderde eetlust.

De vier domeinen van de *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D) zijn sombere stemming, somatische symptomen, gebrek aan positieve gevoelens en problemen in interpersoonlijke relaties. Om te toetsen of de CES-D in diverse groepen dezelfde onderliggende stoornis meet, zouden de symptoomschalen vergelijkbaar moeten zijn. Marokkaans-Nederlandse oudere mannen en vrouwen, en Turks-Nederlandse oudere vrouwen hadden moeite met het beantwoorden van enkele interpersoonlijke items van de CES-D, maar de vertaalde versie bleek intern consistent en de convergente validiteit was in beide groepen oudere migranten goed (Spijker e.a., 2004). Daarmee is de CES-D acceptabel voor epidemiologisch onderzoek naar depressieprofielen onder oudere Marokkaanse en Turkse Nederlanders. In hoofdstuk 4 bleek weliswaar dat er een hogere comorbiditeit van depressie en angststoornissen bestaat onder migranten, maar het patroon van het verloop van deze comorbide stoornis is hetzelfde (Schrier e.a., 2011). Er waren geen aanwijzingen voor de aanname dat de overlap tussen depressie en angst sterker was onder Marokkaanse en Turkse Nederlanders, dan onder autochtone Nederlanders. Het profiel van depressiesymptomen onder Turkse, Marokkaanse en autochtone Amsterdammers bleek bovendien sterk vergelijkbaar; verschillen kwamen in alle vier de domeinen - stemming, cognities, psychomotoriek en lichamelijke klachten - voor en vertoonden geen consistent patroon (Schrier e.a. 2010). Voor alle drie de bevolkingsgroepen gold een gelijk verband tussen depressieve klachten en beperkingen in het dagelijks functioneren.

Discriminatie en acculturatie kunnen de geestelijke gezondheid beïnvloeden. Discriminatie en gebrekkige beheersing van de Engelse taal bleken significante voorspellers voor depressie onder immigranten uit Korea in New York, maar acculturatie-stress hield geen verband met depressie (Bernstein e.a., 2011).

6.3 Cultuursensitieve instrumenten

Richtlijntekst:

Verscheidende instrumenten voor het screenen van patiënten met depressieve klachten zijn onderzocht op validiteit onder diverse etnische groepen. Er blijken cultuurspecifieke responspatronen in het beantwoorden van sommige items van de *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES D), een zelfbeoordelingslijst met items over positieve en negatieve gevoelens. Japanners zijn meer terughoudend dan witte Amerikanen in het tonen van positieve gevoelens en scoorden daarom hoger op de CES-D (in Iwata, 2002). Een dergelijk resultaat werd gevonden onder Koreanen in Zuid Korea (Cho & Kim, 1998) en Koreaanse immigranten in Canada (Noh e.a., 1998). In een vergelijkend onderzoek naar responspatronen op de CES-D, blijkt dat de items over positieve gevoelens de depressiescores van immigranten geboren buiten Noord-Amerika kunstmatig verhogen (Iwata, 2002).

De Nederlands versie van de CES-D, afgenomen in eigen taal, bleek acceptabel voor diagnostiek onder oudere migranten en voldoet aan psychometrische voorwaarden (Spijker e.a., 2004). De acceptatie van het instrument werd op een aantal punten gemeten. Het aantal items waarop respondenten 'altijd' of 'nooit'

antwoorden, was onder de Turkse en Marokkaanse ouderen niet hoger dan onder de autochtone ouderen. Onder de Marokkaanse en Turkse ouderen misten 2% meer dan vier items (tegenover 0% autochtone ouderen); 23% van de Marokkaanse mannen gaven geen antwoord op één tot drie items over interpersoonlijk functioneren en 13% van de Marokkaanse vrouwen gaf geen antwoord op één tot drie items, vooral op vragen naar plezier in het leven. De onderzoekers concluderen dat het instrument acceptabel is voor Turkse en Marokkaanse ouderen. De betrouwbaarheid, gemeten met de interne consistentie maat Cronbach's Alpha, was vergelijkbaar en voldoende onder alle (etnische en gender) groepen, variërend tussen 0.87 en 0.93.

Spijker e.a. (2004) concludeerden dat sociaal-culturele factoren en opleiding de beantwoording van sommige items in de weg staan, maar dat de CES-D goed toepasbaar is voor de diagnostiek van depressie onder oudere migranten in Nederland.

Smits e.a. (2005) menen dat de CIDI minder geschikt is voor diagnostiek van depressie onder Turkse en Marokkaanse ouderen, wegens *construct-, method- en item bias*. Turkse vrouwen discussiëren gemakkelijk over psychische klachten, al zijn ze niet bekend met de terminologie en gebruiken ze andere woorden. Turkse mannen willen wel praten over hun klachten, maar leken in verlegenheid gebracht om ze als psychisch te beschrijven. Marokkaanse vrouwen rapporteerden weinig psychische klachten via de CIDI of in interviews. Volgens de onderzoekers is het uiten hiervan een taboe, met religieuze en sociale aspecten: ze geloven dat Allah beschikt over gezondheid en voorspoed in het leven en men is bang voor roddel. Datzelfde geldt voor de Marokkaanse mannen, die via de CIDI nauwelijks klachten rapporteerden maar in interviews wel blijken gaven van symptomen. Diagnostici en behandelaars zouden in de diagnostiek niet alleen op de CIDI af moeten gaan, aldus Smits e.a. (2005).

Schrier e.a. (2011) gebruikten de CIDI in onderzoek naar comorbiditeit van angst en depressie onder diverse groepen. Zij concluderen dat er geen aanwijzing is voor de hypothese dat laagopgeleide Turkse en Marokkaanse Nederlanders minder dan autochtonen in staat zouden zijn te differentiëren tussen angst en depressie. Ook concluderen ze dat de CIDI bruikbaar is voor de diagnostiek van depressie bij Turkse en Marokkaanse Nederlanders.

De *Kessler Psychological Distress scale* (K10) lijkt eveneens geschikt voor diverse groepen. De K10 toont de beperkingen van Turks- en Marokkaans-Nederlandse respondenten net zo goed aan als die van autochtone respondenten (Fassaert e.a., 2009b). Het is wel noodzakelijk om verschillende *cut-off* scores te hanteren om vergelijkbare gevoeligheid tussen groepen te bereiken. De onderzoekers concluderen dat het daarom belangrijk is een instrument cross-cultureel te valideren.

6.4 Cultuurverschillen in symptomen

Richtlijntekst:

Verschillen in de presentatie of herkenning van symptomen van psychische stoornissen zijn al decennia onderwerp van onderzoek (Neighbors e.a., 1989; Bhugra & Mastrogiani, 2004). Daaruit blijkt dat er culturele verschillen bestaan in het ervaren van en omgaan met hallucinaties en wanen. Zelfs symptomen als stemming en verlies van interesse, belangrijk voor de diagnose depressie, blijken niet in elke cultuur even prominent aanwezig (Ballenger e.a., 2001). Slapeloosheid, verlies aan energie en zelfmoordgedachten worden echter wel in veel studies over de hele wereld gemeld.

Cultuur beïnvloedt de ervaring van en communicatie over symptomen van depressie. In sommige culturen uiten mensen depressie voornamelijk op somatische wijze, niet in verdriet- of schuldgevoelens (Uebelacker, 2009). Dit geldt bijvoorbeeld voor *Hispanic Americans* (Lewis Fernandez e.a., 2006) en *African Americans* (Das, 2006). Wat dit betekent voor de herkenning van depressiesymptomen, komt aan de orde in paragraaf 6.6. Volwassen *Latino* vrouwen (18 - 65 jaar) werden in Noord-Amerika vaker als depressief gediagnosticeerd dan zwarte (*African American*) en witte (*Caucasian*) vrouwen, ook als rekening werd gehouden met verschillen in opleiding, werk en gezinsstatus (Myers e.a., 2002). De zwarte vrouwen rapporteerden meer psychologische stress dan de witte vrouwen, maar niet meer dan de Latino. Op de *Beck Depression Inventory* (BDI) toonden de Latino vrouwen meer depressieve symptomen dan de witte vrouwen, maar niet meer dan de zwarte vrouwen. Zwarte en Latino vrouwen rapporteerden meer paranoia en meer somatische symptomen dan witte vrouwen. Latino vrouwen rapporteerden ook meer angst, zwarte vrouwen meer sociale steun en Latino vrouwen minder sociale ondermijning (het tegendeel van sociale steun) dan witte vrouwen.

Een lage opleiding draagt significant bij aan de ernst van een depressie. De etnische verschillen bleven bestaan, ook na correctie voor sociaaleconomische status (ses), die de verschillen in de ernst van depressie niet verminderde. Sociale steun bleek geen onafhankelijke voorspeller van depressie en geen direct beschermend effect te hebben (Meyers e.a., 2002).

Diverse onderzoeken wijzen op etnische en culturele verschillen in de expressie van bepaalde symptomen. Koreaanse immigranten in Noord-Amerika uiten hun depressieve gevoelens symbolisch of fysiek (Pang, 1998). Pakistaanse (*Punjab*) vrouwen in Groot-Brittannië herkennen het begrip depressie, maar de oudere

generatie gebruikt andere woorden zoals een 'zwaar gewicht op het hart of de geest' (Bhugra, Baldwin e.a., 1997). In India worden andere uitingen gevonden, zoals 'een hart dat zinkt' (Bhugra, Gupta e.a., 1997). Hamdi (1997) vond in de Verenigde Arabische Emiraten een variëteit van somatische metaforen om depressie mee te beschrijven. Chinese patiënten in een neurose kliniek in China meldden meer somatische symptomen, zowel als zij spontaan over klachten vertellen als via een gestructureerd interview, dan Canadese patiënten van Europese herkomst in een depressiekliniek in Toronto, die meer psychologische symptomen melden (Ryder e.a., 2008). De Chinese patiënten ervoeren een sterker stigma dan de Canadezen. Stigma hield verband met somatische en psychologische symptomen in beide groepen; hoe meer stigma hoe meer symptomen. De Chinese patiënten scoorden hoger op alexithymia, gemeten met de *Toronto Alexithymia Scale*. Alexithymia is het moeilijk kunnen ervaren, beschrijven en onderscheiden van emoties en hield verband met somatische symptomen in beide groepen (Ryder e.a., 2008).

6.5 De somatische interpretatie en presentatie van depressieve klachten

Richtlijntekst:

De discussie over culturele verschillen in beleving van depressies en uiting van symptomen wordt vooral gedomineerd door de vraag in hoeverre sommige culturele groepen meer de voorkeur geven aan somatische en andere meer aan psychologische interpretatie en presentatie. Kirmayer (2001) onderzocht dit verband en concludeerde dat somatisatie van depressie en angst alomtegenwoordig is en niet kenmerkend voor een specifieke etnische of culturele groep. Hij baseerde deze conclusie onder meer op een onderzoek onder een multiculturele groep van 700 patiënten met depressie of angst in een eerstelijns zorgcentrum in Montreal, Canada. Het grootste deel van de patiënten (34%) - ongeacht hun etnische afkomst - presenteerde uitsluitend lichamelijke klachten aan hun artsen (vaak pijnen en moeheid), slechts 15% presenteerde in eerste instantie psychische klachten. Een kwart (26%) van de patiënten met lichamelijke klachten bleek in tweede instantie psychosociale factoren te noemen op de vraag wat de oorzaak zou kunnen zijn (stress, emotionele spanningen, problemen thuis of op het werk). Kirmayer noemt hen facultatieve somatiseerders. Het overige kwart (25%) wees een psychische verklaring voor somatische klachten af, de volhardende somatiseerders. Hoe vasthoudender een patiënt was aan in het afwijzen van een verband tussen zijn klachten en psychosociale factoren, hoe minder de kans dat de arts een psychiatrische stoornis herkende en behandelde. Een deel van de volhardende somatiseerders bleek overigens slechts een lichte depressie te hebben en een betere prognose dan de andere drie groepen. Deze studie is later gerepliceerd, onder andere in Spanje en Noord-Amerika, met vergelijkbare bevindingen dat somatisatie van depressie en angst niet kenmerkend is voor specifieke etnische of culturele groepen.

Wel meent Kirmayer dat er culturele en genderverschillen zijn in uitingen, bijvoorbeeld omdat in een andere studie Vietnamese immigrantenmannen in Canada meer somatische symptomen meldden dan Afro-Caribische en Filipijnse immigranten (Kirmayer, 2001).

Somatische symptomen van depressie komen dus in alle landen voor, maar de mate waarin hangt af van de definitie van somatisatie. Bovendien zou de variatie niet alleen een reflectie kunnen zijn van culturele verschillen onder de patiënten, maar ook van kenmerken van de behandelaar en het zorgsysteem (Simon, 1999).

Uebelacker e.a. (2009) onderzochten de hypothese over somatisatie in een dataset (n=13.753) van de Amerikaanse *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. De verschillen tussen gender en de etnische groepen *Hispanic*, *white*, *African*, *Asian* en *Native Indian Americans* zijn gering. De kleine verschillen hadden uitsluitend betrekking op verstoringen van eetlust en gewichtsschommelingen. De onderzoekers concludeerden dat er geen bewijs is gevonden voor de hypothese dat specifieke etnische groepen meer somatiseren dan andere groepen.

6.6 Herkenning en screening

Richtlijntekst:

Herkenning van een depressie is complex. In alle landen waar ooit onderzoek is gedaan, wordt depressie in een eerstelijns setting gemiddeld in minder dan de helft van de gevallen herkend (Ballenger e.a., 2001). Herkenning wordt beter als de ernst van symptomen toeneemt en de patiënt spontaan psychologische problemen noemt (Lecrubier, 1998). Ook O'Malley e.a. (2003) zagen in de eerste lijn dat depressie weinig herkend en onderzocht werd, Afro-Amerikaanse vrouwen kregen minder vaak de diagnose dan witte

Amerikaanse vrouwen. De presentatie van depressieve symptomen bleek het meest samen te hangen met herkenning en behandeling door zorgverleners.

Herkenning van depressie neemt af als er een somatische diagnose is of patiënten tot een jongere leeftijdsgroep behoren (Lecrubier, 1998). Artsen met een negatieve houding ten opzichte van depressie of psychische stoornissen maakten minder vaak gebruik van psychosociale meetinstrumenten en waren minder zorgvuldig in het opsporen van psychische problemen (Robbins e.a. 1994). Comorbiditeit speelt ook een rol, bij minstens de helft van de patiënten met een primaire diagnose depressie of angststoornis is er comorbiditeit (Ballenger e.a., 2001). Onder vluchtelingen ligt dit percentage nog hoger. In een centrum voor slachtoffers van martelingen bleek 80% van de patiënten met vluchtelingenachtergrond depressief, en leed 46% van hen ook aan een posttraumatische stressstoornis (Keller e.a., 2006).

Eerstelijns artsen in Noord-Amerika waren minder geneigd depressie te herkennen bij zwarte dan bij witte patiënten, maar indien de patiënteninformatie vergelijkbaar was voor wat betreft opleiding, werk en verzekeringsstatus, verdween het aanvankelijke verschil in herkenning (Rollman e.a., 2002). Er was dan geen verschil (meer) in het aantal contacten, voorschrijven van antidepressiva of verwijzingen naar de gespecialiseerde ggz. Beide groepen herstelden in gelijke mate van de depressie. Wel bleken witte patiënten drie maanden na melding van de klachten twee keer zo vaak counseling te ontvangen door de zorgverlener dan de zwarte patiënten. Er is slechts één studie bekend waarin dezelfde psychische problemen op dezelfde symptoomlijsten gemeten, in twee verschillende landen vergeleken worden. Wade e.a. (2010) onderzochten depressieve patiënten in een eerstelijns centrum in Zweden en Turkije. De Turkse patiënten (75,6%) presenteerden meer depressiesymptomen dan de Zweedse (65,4%). De Turkse patiënten hadden meer lichamelijke klachten en spraken hier vaker over. Deze symptomen waren belangrijker voor hen dan voor patiënten in Zweden, met uitzondering van vermoeidheid, dat vaker in Zweden dan in Turkije werd genoemd. In beide groepen werd angst te weinig herkend door artsen in de eerste lijn.

In Nederland komt de kwaliteit van behandeling van Turkse, Marokkaanse, Surinaamse, Antilliaanse en autochtone Nederlanders, gemeten op basis van de mate waarin behandelaars de richtlijn volgen, redelijk overeen (Fassaert e.a., 2010). Omdat uit een populatie studie is gebleken dat Turks-Nederlandse respondenten twee keer zo vaak voldoen aan de DSM-IV criteria voor een depressie of angststoornis (de Wit e.a. 2008) dan andere groepen, zou de herkenning of diagnosestelling van depressie onder Turkse Nederlanders minder goed zijn dan onder autochtonen. Surinaamse of Antilliaanse depressieve patiënten bleken minder vaak volgens de richtlijn behandeld te worden, zij kregen vooral minder vaak medicijnen voorgeschreven (Fassaert e.a., 2010). Ook Marokkaanse Nederlanders kregen minder vaak medicijnen voorgeschreven, vooral op langere termijn. Alle etnische minderheidsgroepen bleken vaker verwezen te worden naar de GGZ dan autochtonen. Daarmee onderschrijven de onderzoekers de conclusie van Comino (2001) dat het herkennen van depressie in de eerste lijn vaak de enige belemmering is tot toegang tot gespecialiseerde zorg.

6.7 Postnatale depressie

Richtlijntekst:

De relatie tussen culturele diversiteit en postnatale depressie is door Callister e.a. (2010) in een systematisch review beschreven. Studies blijken onderling lastig te vergelijken vanwege het gebruik van verschillende instrumenten. Callister e.a. ontwikkelden een model met persoonlijke/situationele factoren, postpartum factoren en uitkomsten. Culturele verschillen komen tot uiting in de beleving van zwangerschap en geboorte, de expressie van gevoelens, rituelen rond de geboorte en praktijken van postnatale zorg. Sociale steun leidt tot significant minder postnatale verschijnselen en de culturele context kan grote invloed hebben op die steun. Howell e.a. (2005) zagen onder 655 zwarte, *Hispanic* en witte vrouwen in Noord-Amerika dezelfde factoren en resultaten. Het profiel van een postnatale depressie bestaat uit de last van fysieke symptomen, gebrek aan sociale steun en gebrek aan zelfvertrouwen. Zwarte en Spaanstalige vrouwen lieten meer (maar wel dezelfde type) symptomen zien dan witte vrouwen. Daaruit blijkt dat de eerste twee groepen vrouwen een groter risico lopen op een postnatale depressie. Een overzichtsstudie van Carrington (2006) richt zich op *African American* vrouwen. Rolconflicten tussen persoonlijke ontwikkeling en overlevingsbehoeften van het gezin, resulteren in schuldgevoelens en depressie onder deze vrouwen. De slavernijgeschiedenis, discriminatie, racisme en vooroordelen beïnvloeden de sociale en economische positie van hen. Interactieve effecten van veerkracht, wederzijdse binding en banden met de kerk hebben invloed op de ontwikkeling van een collectieve en individuele identiteit.

6.8 Conclusies

Conclusies:

Het profiel van een depressie

Niveau 1	Het is aangetoond dat er universeel overeenkomstige factoren zijn in het profiel dat depressie genoemd wordt (Furukawa e.a., 2005, A1).
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat er geen sterker verband is tussen angststoornissen en depressie bij niet-westerse migranten dan bij autochtonen in Nederland (Schrier e.a., 2011, C).

Instrumenten voor diagnostiek van depressie op cross-culturele consistentie onderzocht

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat de CES-D voldoet aan psychometrische voorwaarden van betrouwbaarheid en interne consistentie en dat dit instrument acceptabel is voor de diagnostiek van depressie onder oudere migranten in Nederland (Spijker e.a., 2004, C).
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat het CIDI bruikbaar is voor de diagnostiek van depressie onder Turkse en Marokkaanse Nederlanders, aangezien er geen verschil in symptoomprofielen gevonden werd tussen deze groepen en autochtonen. De CIDI differentieert ook in deze groepen adequaat tussen angststoornissen en depressie (Schrier, 2011, C).
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat sommige items van de CIDI voor oudere migranten in Nederland niet herkenbaar zijn (Smits, 2005, C).
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat de K10 geschikt is voor de diagnostiek van depressie Mikado, kenniscentrum interculturele zorg Intercultureel addendum depressie 55 onder Turkse en Marokkaanse Nederlanders, waarbij de cut-off scores aangepast moeten worden om dezelfde gevoeligheid voor etnische groepen te bereiken (Fassaert e.a., 2009b, C).

Presentatie van symptomen van depressie

Niveau 2	Het is waarschijnlijk dat somatische symptomen van depressie in alle etnische of culturele groepen voorkomen en niet kenmerkend zijn voor specifieke groepen. Individuele verschillen in een groep komen wel voor (Uebelacker e.a., 2008, A2; Kirmayer, 2001, B; Simon, 1999, B).
Niveau 2	Het is waarschijnlijk dat uitsluitend op somatische symptomen, vooral in verstoringen van eetlust en gewichtsschommelingen, significante verschillen bestaan tussen etnische en culturele groepen (Uebelacker e.a. 2008, A2).
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat behandelaars depressie onder Turkse Nederlanders significant minder herkennen en / of de diagnose stellen dan onder autochtonen (Fassaert e.a., 2010, C).

Postnatale depressie

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat culturele diversiteit naar voren komt in de beleving van zwangerschap en geboorte, de expressie van gevoelens, rituelen rond de geboorte en praktijken van postnatale zorg (Callister, 2010, B).
----------	---

Overige overwegingen:

Aangezien er geen noemenswaardige verschillen in het achterliggende concept van depressie gevonden zijn, kan de behandelaar er vanuit gaan dat depressie onder alle etnische groepen in Nederland voor zal komen. Onderzoek naar symptoomherkenning laat zien dat men wel rekening moet houden met cultuurgevoelige

symptomen. Deze kunnen onder andere met taboes te maken hebben en niet gemakkelijk herkend of bevestigd worden. Het gewicht van die cultuursensitieve respons is niet constant. Zo blijkt herkenning van CIDI items door oudere Turkse en Marokkaanse migranten en door volwassen Turkse en Marokkaanse Amsterdammers te verschillen. Dit heeft waarschijnlijk ook te maken met de kwaliteit van de werkrelatie tussen patiënten en behandelaars, zoals in hoofdstuk 4 beschreven.

Wat betreft de cross-culturele validiteit van drie diagnostische instrumenten - de CES-D, het CIDI en de K10 - voldoen deze voor de diagnostiek van Turkse en Marokkaanse Nederlanders aan psychometrische kwaliteiten. Voor de K10 is het nodig andere normen te hanteren om dezelfde gevoeligheid te bereiken. Het gebruik van deze instrumenten in een interculturele setting vraagt van behandelaars in ieder geval dat zij nagaan of de items goed begrepen worden en kritisch zijn over de normgroep waarin de patiënt valt. Bij het gebruik van andere diagnostische instrumenten dan deze drie, dient de behandelaar zich te realiseren dat er nog onvoldoende inzicht is in de cross-culturele validiteit ervan.

Onder migranten met depressie is sprake van comorbiditeit met angststoornissen, wat van invloed is op de diagnostiek. Zeker bij vluchtelingen, waar sprake is een hoge comorbiditeit met angststoornissen, vraagt de diagnostiek van depressie specifieke aandacht. Behandelaars met expertise bij vluchtelingen wijzen op twee mogelijke benaderingen: soms dient eerst de depressie in kaart gebracht te worden voordat men aan de angstklachten toe kan komen. Het is ook mogelijk dat na de behandeling van angstklachten de depressie pas goed beoordeeld kan worden.

Uit de prevalentiecijfers in hoofdstuk 4, bleek dat depressie vooral onder Turkse Nederlanders vaker voorkomt. De diagnostiek vraagt bij hen dan ook om een zorgvuldige beoordeling van de indicatie. De MDR depressie laat zien welke afwegingen gemaakt moeten worden voor een adequate behandeling.

6.9 Aanbevelingen

Aanbevelingen:

- Het is aanbevolen bij de diagnostiek van depressie bij Turkse en Marokkaanse Nederlanders gebruik te maken van een van de drie instrumenten, die beoordeeld zijn op cross-culturele validiteit. Dat zijn de CES-D, het CIDI en de K10.
- Het is aanbevolen bij de diagnostiek van depressie bij Turkse en Marokkaanse Nederlanders met behulp van de K10 om de normgroepen aan te passen.
- Het is aanbevolen om in de behandeling op een cultuursensitieve en procesgerichte wijze in te gaan op de presentatie en herkenning van depressieve symptomen.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Literatuur

American Psychiatric Association (2000). DSM-IV-TR: *Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders, Fourth Edition (Text Revision)*.

Ballenger, J.C., Davidson, J.R.T., Lecrubier, Y., e.a. (2001). Consensus Statement on Transcultural Issues in Depression and Anxiety from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 47-55.

Bernstein, K.S., Park, S., Shin, J. e.a. (2011) Acculturation, Discrimination and depressive Symptoms among Korean Immigrants in New York City. *Community Mental Health Journal*, 47, 24-34.

Bhugra, D., Baldwin, D. & Desai, M. (1997). Focus groups: implications for primary and cross-cultural psychiatry. *Primary care Psychiatry*, 3, 45-50.

Bhugra, D., Gupta, K.R. & Wright, B. (1997). Depression in north India - a comparison of symptoms and life events with other patient groups. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 1, 83-87.

Bhugra, D. & Mastrogianni, A. (2004). Globalisation and mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 184, 10-20.

Callister, L.C., Beckstrand, R. L. & Corbett, C. (2010). Postpartum Depression and Culture: Pesado Corazon.

MCN, 35, 254-261.

Carrington, C.H. (2006). Clinical Depression in African American Women: Diagnosis, Treatment, and Research. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 779-791.

Cho, M.J. & Kim, K.H. (1998). Use of the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) Scale in Korea. *Journal of nervous and Mental Disease* 186, 304-310.

Comino, E.J., Silove, D., Manicavasagar, V. e.a. (2001). Agreement in symptoms of anxiety and depression between patients and GP's: the influence of ethnicity. *Family Practice*, 18, 71-77.

Das, A.K., Olfson, M., McCurtis, H.L. e.a. (2006). Depression in African Americans: Breaking barriers to detection and treatment. *The Journal of Family Practice*, 55 (1), 30-39.

Fassaert, T., de Wit, M.A.S., Verhoeff, A.P., Tuinebreijer, W.C., Gorissen, W.H.M., Beekman, A.T.F. & Dekker, J. (2009a). Uptake of health services for common mental disorders by First-generation Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. *BMC Public Health*, 9, 307.

Fassaert, T., de Wit, M.A.S., Tuinebreijer, W.C., Wouters, H., Verhoeff, A.P., Beekman, A.T.F. & Dekker, J. (2009b). Psychometric properties of an interviewer-administered version of the Kessler Psychological Distress scale (K10) among Dutch, Moroccan and Turkish respondents. *Int J. Methods Psychiatr. Research*, 18 (3), 159-168.

Fassaert, T., Nielen, M., Verheij, R., M.A.S., Verhoeff, A., Dekker, J., Beekman, A. & de Wit, M. (2010). Quality of care for anxiety and depression in different ethnic groups by family practitioners in urban areas in the Netherlands. *General Hospital Psychiatry*, (32), 368-376.

Fassaert, T. (2011). *Ethnic differences and similarities in care for anxiety and depression in the Netherlands. Amsterdam.*

Furukawa, T.A., Streiner, D.L., Azuma, H. e.a. (2005). Cross-cultural equivalence in depression assessment: Japan-Europe-North American study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 279-285.

Hamdi, E., Yousreya, A. & Abou-Saleh, M.T. (1997). Problems in validating endogenous depression in the Arab culture by contemporary diagnostic criteria. *Journal of Affective Disorders*, 44, 131-143.

Howell, E.A., Mora, P.A., Horowitz, C.R. & Leventhal, H. (2005). Racial and ethnic differences in factors associated with early postpartum depressive symptoms. *American College of Obstetricians and Gynecologists*, 105 (6), 1442-1450.

Iwata, N., Turner, R.J. & Lloyd, D.A. (2002). Race / ethnicity and depressive symptoms in communitydwelling Young adults: a differential item functioning analysis. *Psychiatry Research*, 110, 281-289.

Keller, A., Lhewa, D., Rosenfeld, B., Sachs, E., Aladjem, A., Cohen, I., Smith, H. & Porterfield, K. (2006). Traumatic experiences and psychological distress in an urban refugee population seeking treatment services. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194 (3), 188-194.

Kirmayer, L.J. (2001). Cultural Variations in the Clinical Presentation of Depression and Anxiety: Implications for Diagnosis and Treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 22-28.

Lecrubier, Y. (1998). Is depression under-recognised and undertreated? *Int Clin Psychopharmacol*, 13, 3-6.

Lewis-Fernández, R., Blanco, C.M.D., Mallinckrodt, C.H. e.a. (2006). Duloxetine in the treatment of major depressive disorder: comparisons of safety and efficacy in U.S. Hispanic and Majority Caucasian Patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 1379-1390.

Minsky, S., Vega, W., Miskimen, T., Gara, M. & Escobar, J. (2003). Diagnostic Patterns in Latino, African American, and European American Psychiatric Patients. *Arch Gen Psychiatry*, 60, 637-644.

Myers, H.F., Lesser, I., Rodriguez, N., Mira, C.B., Hwang, W.C., Camp, C., Anderson, D., Erickson, L. & Wohl, M. (2002). Ethnic differences in clinical presentation of depression in adult women. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 8 (2), 138-156.

- Neighbors, H.W., Jackson, J.S., Campbell, L. & Williams, D. (1989). The influence of racial factors on psychiatric diagnosis: A review and suggestions for research. *Community Mental Health Journal*, 25(4), 301-311.
- Noh, S., Kasper, V. & Chen, X. (1998). Measuring depression in Korean immigrants: assessing validity of the translated Korean version of the CES-D scale. *Cross-Cultural Research: Journal of Comparative Social Science*, 32, 358-377.
- O'Malley, A.S., Christopher, B., Forrest, M.D. & Miranda, J. (2003). Primary care attributes and care for depression among low-income African American women. *American Journal of Public Health*, 93 (8), 1328-1334.
- Pang, K.Y.C. (1998). Symptoms of depression in elderly Korean immigrants: narration and the healing process. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 22, 93-122.
- Robbins, J.M., Kirmayer, L.J., Cathebras, P. e.a. (1994). Physician characteristics and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Med Care* 32, 795-812.
- Rollman, B.L., Hanusa, B.H., Herbeck Belnao, B., Gardner, W., Cooper, L.A. & Schulberg, H.C. (2002). Race, quality of depression care, and recovery from major depression in a primary care setting. *General Hospital Psychiatry*, 24, 381-390.
- Ryder, A.G., Yang, J., Zhu, X. e.a. (2008). The Cultural Shaping of Depression: Somatic Symptoms in China, Psychological Symptoms in North America? *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 300-313.
- Schrier, A.C., de Wit, M.A.S., Rijmen, F., Tuinebreijer, W.C., Verhoeff, A.P., Kupka, R., Dekker, J. & Beekman, T.F. (2010). Similarity in depressive symptom profile in a population based study of migrants in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45 (10), 941-951.
- Schrier, A.C., de Wit, M.A.S., Coupé, V.M.H., Fassaert, T., Verhoeff, A.P., Kupka, R.W., Dekker, J. & Beekman, T.F. (2011). Comorbidity of anxiety and depressive disorders: A comparative population study in Western and non-Western inhabitants in the Netherlands. *International Journal of Social Psychiatry*, 1-9.
- Simon, G.E., VonKorff, M., Piccinelli, M. e.a. (1999). An International Study of the relationship between somatic symptoms and depression. *The New England Journal of Medicine*, 341, 1329-1335.
- Smits, C.H.M., de Vries, W.M. & Beekman, A.T.F. (2005). The CIDI as an instrument for diagnosing depression in older Turkish and Moroccan labour migrants: an exploratory study into equivalence. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 436-445.
- Spijker, J., van der Wurff, F.B., Poort, E.C., Smits, C.H.M., Verhoeff, A.P. & Beekman, A.T.F. (2004). Depression in first generation labour migrants in Western Europe: the utility of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 538-544.
- Uebelacker, L.A., Strong, D., Weinstock, L.M. & Miller, I.W. (2009). Use of item response theory to understand differential functioning of DSM-IV major depression symptoms by race, ethnicity and gender. *Psychological Medicine*, 39, 591-601.
- Wade, A.G., Johnson, P.C.D. & McConnachie, A. (2010). Antidepressant treatment and cultural differences - a survey of the attitudes of physicians and patients in Sweden and Turkey. *BMC Family Practice*, 11, 93.
- Wit, de M.A.S., Tuinebreijer, W.C., Dekker, J. e. a. (2008). Depressive and anxiety disorders in different ethnic groups: a population based study among native Dutch, and Turkish, Moroccan and Surinamese migrants in Amsterdam. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 905-12.

Tabellen

Onderstaande tabellen met samenvattingen en specificaties van de artikelen, zijn op te vragen bij Mikado.

Tabel 6.2 Het profiel van depressie

Tabel 6.3 Cultuursensitieve instrumenten

Tabel 6.4 Cultuurverschillen in symptomen

Tabel 6.6 Herkenning en screening

Tabel 6.7 Postnatale depressie

7. Psychoeducatie

Richtlijntekst:

Nuray Sönmez en Naïma Lahri

7.1 Inleiding, uitgangsvraag en werkwijze

Richtlijntekst:

In de richtlijn voor depressie opgesteld door de American Psychiatric Association worden diverse aspecten van psychoeducatie gespecificeerd. Psychoeducatie over symptomen en behandeling van depressie zou in een taal aangeboden moeten worden die de patiënt gemakkelijk kan begrijpen (Lesser e.a., 2007; APA, 2010). Voorlichting over depressie zou in moeten gaan op de behoefte aan een volledig behandeltraject, het risico op terugval, het vroegtijdig onderkennen van vaak voorkomende symptomen en het belang van zo vroeg mogelijke behandeling, zodat het risico op complicaties of een *full-blown* episode van een depressie vermindert. Vaak voorkomende misverstanden over antidepressiva, bijvoorbeeld dat ze verslavend zouden zijn, dienen opgehelderd te worden (Marcos & Cancro, 1982). Uitleg aan patiënten is nodig over het belang van therapietrouw aan het medicatiebeleid - in plaats van medicatie onregelmatig innemen - zodat het risico op zich terugtrekken of het terugkeren van symptomen vermindert.

Psychoeducatie omvat ook het stimuleren van gezond gedrag zoals bewegen, goed slapen, goede voeding en verminderen van het gebruik van alcohol, tabak en andere potentieel schadelijke stoffen (zie ook basisinterventies in de MDR depressie). Voorlichtingsmateriaal zoals boeken, folders en betrouwbare websites kunnen de directe 'face-to-face' voorlichting door de behandelaar ondersteunen.

Met toestemming van de patiënt zou voorlichting aan diens gezinsleden en andere betrokkenen in de directe leefomgeving zinvol kunnen zijn. Die voorlichting dient te gaan over de stoornis depressie, de effecten op het functioneren van de patiënt en over de behandeling (Lewis e.a., 2005).

Omdat het concept depressie heel verschillend begrepen kan worden, zouden symptomen wel maar het begrip depressie minder herkend kunnen worden. Aansluitend bij opvattingen over lichaam en geest (zie hoofdstuk 4), moet psychoeducatie aangepast worden aan de beleving en herkenning van klachten door de patiënt.

Mogelijk speelt de plaats waar psychoeducatie plaatsvindt ook een rol. Bij sommige patiënten zou psychoeducatie in de buurt of thuis effectiever kunnen zijn dan in de ggz-instelling. In de praktijk blijken een aantal knelpunten telkens terug te komen, zoals onwetendheid over de behandeling en een taalbarrière die effectieve psychoeducatie belemmert. Uitleg over behandelmogelijkheden op een manier die aansluit bij de patiënt en in een taal die deze goed begrijpt, zou de toegang tot zorg kunnen vergroten. Uitleg over specifieke onderdelen van een behandeling, zou de toepassing ervan kunnen verbeteren. Bijvoorbeeld over medicijngebruik, wanneer de medicijnen onregelmatig of niet lang genoeg ingenomen worden om effectief te zijn. Ook uitleg over psychologische interventies lijkt zinvol, zodat deze effectiever worden als de patiënt begrijpt wat de achterliggende gedachten zijn.

De uitgangsvraag in dit hoofdstuk is:

Welke culturele aspecten van psychoeducatie worden beschreven in de literatuur over psychoeducatie?

De in hoofdstuk 1 beschreven zoekstrategie heeft geleid tot 5 systematische reviewartikelen over psychoeducatie. Deze gaan niet specifiek over psychoeducatie bij depressie, maar over de houding van patiënten ten aanzien van psychologische of psychiatrische zorg. Daaraan toegevoegd zijn 20 artikelen, met zowel vergelijkende studies als casestudies. Dat heeft geleid tot in totaal 25 artikelen over culturele aspecten van psychoeducatie, waarvan 13 in dit hoofdstuk zijn besproken. Details over de drie studies waar de conclusies op gebaseerd zijn, staan in tabel 7.

7.2 Hulp zoeken en accepteren

Richtlijntekst:

De houding tegenover en acceptatie van ggz-behandeling wordt mogelijk beïnvloed door sociaaldemografische factoren. Gonzalez e.a. (2011) onderzochten dit voor leeftijd, gender, etniciteit en

opleiding en vonden dat bij alle demografische groepen het gemak om met een behandelaar te praten toeneemt naarmate men langer gebruik maakt van specialistische zorg. Dat effect is het sterkst voor witte Amerikanen en niet geldig voor de leeftijdsgroep van 50-64 jaar. De bereidheid psychologische hulp te zoeken hangt voor alle groepen samen met het gebruik van algemene medische zorg, en dat geldt sterker voor mannen dan voor vrouwen. Zwarte Amerikanen zijn meer geneigd de ggzbehandeling te accepteren, naarmate ze de behandeling als effectief waarnemen. Dit gold niet voor witte Amerikanen.

In een systematisch review over vrouwen met diverse etnische achtergronden die huiselijk geweld hebben meegemaakt en toegang tot de GGZ zoeken, worden belemmeringen geïdentificeerd op het niveau van patiënten, behandelaars en het zorgsysteem. Aandacht voor die belemmeringen kan de ontwikkeling van meer effectieve strategieën in de zorg bevorderen (Rodríguez e.a., 2009). Patiënten ervaren bijvoorbeeld financiële drempels en sociale belemmeringen zoals stigmatisering (Ojeda & McGuire, 2006).

Oost-Aziatische immigranten in Amerika blijken sterk gekant tegen psychologische behandelingen (50%) en ongeveer 30% van hen zou het vrienden met problemen niet aanraden (De Silva e.a. 2009). De persoonlijke bereidheid om psychologische hulp te zoeken is groter onder vrouwen, op oudere leeftijd en als men de taal vloeiend spreekt, maar wordt minder als de interpersoonlijke afstand groot is en men langer in de USA verblijft.

Het effect van cultuurspecifieke psychoeducatie of algemene informatie over de ggz bleek in eerste instantie geen verschil te maken onder zwarte Amerikanen (Alvidrez e.a., 2009). Beide type informatie vond men zinvol en er waren geen verschillen in zorggebruik. Er was echter wel een relevant onderscheid. De cultuurspecifieke psychoeducatie bestond uit een boekje getiteld *Getting Mental Health Treatment: Advice from People Who've Been There waarin ervaringen waren opgenomen van zwarte Amerikanen met ggz-ervaring*. Deze psychoeducatie bleek effectiever voor degenen met een hoge ervaren zorgbehoefte en voor hen die de beslissing om in behandeling aan te gaan emotioneel lastig vonden. De algemene informatie over de ggz bleek effectiever voor hen die geen weerstand voelden om in behandeling te gaan. De auteurs concluderen dat psychoeducatie op maat gemaakt moet worden, afgestemd op de heterogeniteit van de zwarte bevolking in Amerika.

Een effectonderzoek liet zien dat psychoeducatie gericht op depressie als ziekte hulpzoekgedrag bevorderde (Han e.a., 2006). Voorlichting over depressie als ziekte bleek meer effect op hulpzoekgedrag te hebben dan voorlichting over de psychosociale oorzaken van depressie en het tegengaan van schuldgevoelens. Dat laatste heeft geen of nauwelijks effect op hulpzoekgedrag (Han e.a., 2006).

7.3 Conclusies

Conclusies:

De culturele aspecten van psychoeducatie blijken niet samen te vallen met etniciteit, maar met andere verschillen, zoals de mate waarin mensen geneigd zijn psychologische hulp te accepteren. Relevant blijken het langer gebruik maken van specialistische ggz-zorg, de ernst van de klachten, het waargenomen effect van de behandeling en het toekennen van een biologische dan wel psychologische oorzaak aan de klachten.

Niveau 3	Het lijkt waarschijnlijk dat psychologische hulp gemakkelijker wordt geaccepteerd als men langer gebruik maakt van specialistische zorg en tevens gebruik maakt van andere medische zorg (Gonzalez, 2011, B).
Niveau 3	Het lijkt waarschijnlijk dat het waargenomen effect van de behandeling de acceptatie beïnvloedt van psychologische hulp onder zwarte maar niet onder witte Amerikanen (Gonzalez, 2011, B).
Niveau 3	Het type psychoeducatie bleek in een groep van 42 zwarte Amerikanen geen effect te hebben op het zorggebruik van deze nieuwe patiënten. De cultuurspecifieke psychoeducatie had wel effect op het zorggebruik van hen die meer zorg nodig hadden en die meer last hadden van het taboe op ggz-zorg (Alvidrez, 2009, C).
Niveau 3	Het lijkt waarschijnlijk dat voorlichting om depressie als een ziekte te begrijpen meer effect heeft op de neiging hulp te zoeken, dan voorlichting over de psychosociale oorzaken van depressie en het tegengaan van schuldgevoelens (Han e.a., 2006, B).

Overige overwegingen:

Psychoeducatie zou behalve in de behandelsetting ook thuis aangeboden moeten worden. Patiënten vinden ondersteuning bij praktische zaken belangrijk om het vertrouwen in hulpverlening te vergroten. Patiënten hebben bovendien tijd nodig om informatie op een adequate manier te verwerken. Problemen worden veelal binnenshuis gehouden en de kans bestaat dat ze onzichtbaar blijven als de behandelaar onvoldoende investeert in een vertrouwensband met de patiënt.

De vorm van psychoeducatie, bijvoorbeeld in film, theater, soaps of brochures en de verschillende effecten ervan zijn nog niet onderzocht. In de praktijk worden vormen die mogelijk beter aansluiten bij de achtergrond van patiënten echter wel overwogen en uitgevoerd.

Het is wenselijk om familie actief bij psychoeducatie te betrekken, omdat het systeem invloed kan hebben op de manier waarop de patiënt de depressie beleeft, met symptomen omgaat en de adviezen naleeft.

Psychoeducatie dient op maat van de doelgroep te worden aangeboden. Niet etnische of culturele verschillen zijn het meest relevant, maar variabelen die tot het bevorderen van hulp zoeken en de acceptatie van zorg leiden. Acceptatie van de behandeling is groter bij langer gebruik van de ggz, bij ernstiger klachten en bij waargenomen doeltreffendheid van de ggz. Ook is het van belang in psychoeducatie aan te sluiten bij de biologische dan wel psychologische oorzaak die de patiënt aan de klachten toekent.

Migranten in Nederland zullen het begrip depressie lang niet altijd kennen of erkennen, maar de symptomen wel. Psychoeducatie dient aan te sluiten bij wat de patiënt (her)kent.

7.4 Aanbevelingen

Aanbevelingen:

- Maak psychoeducatie op maat op basis van culturele achtergronden van patiënten. Ga daarbij niet uit van etnische verschillen maar van genoemde variabelen.
- Stel bij het geven van psychoeducatie depressie als ziekte centraal en houdt er rekening mee dat het begrip depressie niet in alle culturen op dezelfde wijze wordt herkend of toegepast.
- Overweeg zo nodig de familie actief bij psychoeducatie te betrekken.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Literatuur

Alvidrez e.a., (2009). Psychoeducation to Address Stigma in Black Adults Referred for Mental Health Treatment: A Randomized Pilot Study. *Community Mental Health Journal*, 45, 127-136.

APA (2010). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder, Third Edition. American Psychiatric Association / PsychiatryOnline.org.

De Silva, M., MacLachlan, M., Devane, D., Desmond, D., Gallagher, P., Schnyder, U., Brennan, N. & Pattel, V. (2009). Psychosocial interventions for the prevention of disability following traumatic physical injury. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7 (4), CD006422.

Gonzalez, J.M., Alegría, M., Prihoda, T.J. Copeland, L.A. & Zeber, J.E. (2011). How the relationship of attitudes toward mental health treatment and service use differs by age, gender, ethnicity / race and education. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46 (1), 45-57.

Han, D.Y, Chen, S.H., Hwang, K.K. & Wei, H.L. (2006). Effects of psychoeducation for depression on help-seeking willingness: Biological attribution versus destigmatization. *Psychiatry and clinical Neurosciences*, 60, 662-668.

Ojeda, V.D. & McGuire, T.G.(2006). Gender and racial/ethnic differences in use of outpatient mental health and substance use services by depressed adults. *Psychiatr Q*, 77, 211-222.

Karamustafalioglu, O. (2010). Major depressive disorder, mental health care, and the use of guidelines in the Middle East. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71 Suppl E1, e07.

Rodríguez, M., Valentine, J.M., Son, J.B. & Muhammad M. (2009). Intimate partner violence and barriers to mental health care for ethnically diverse populations of women. *Trauma Violence Abuse*, 10 (4), 358-74.

Rodriguez, C.I., Cabaniss, D.L., Arbuckle, M.R. & Oquendo, M.A. (2008). The role of culture in psychodynamic psychotherapy: parallel process resulting from cultural similarities between patient and therapist. *Am J Psychiatry*, 165, 1402-1406.

Lesser, I.M., Castro, D.B., Gaynes, B.N., Gonzalez, J., Rush, A.J., Alpert, J.E., Trivedi, M., Luther J.F. & Wisniewski, S.R. (2007). Ethnicity/race and outcome in the treatment of depression: results from STAR*D. *Med Care*, 45, 1043-1051.

Lewis-Fernández, R., Das, A.K., Alfonso, C. Weissman, M.M. & Olfson, M. (2005). Depression in US Hispanics: diagnostic and management considerations in family practice. *J Am Board Fam Practice*, 18 (4), 282-296.

Marcos, L.R. & Cancro, R. (1982). Pharmacotherapy of Hispanic depressed patients: clinical observations. *American Journal of Psychotherapy*, 36, 505-512.

Shin, S. & Lukens, (2002). Effects of psychoeducation for Korean Americans with chronic mental illness. *Psychiatric Services*, 53 (9), 1125-31.

Tabel

Onderstaande tabel met samenvattingen en specificaties van de artikelen, is op te vragen bij Mikado.

Tabel 7 Psychoeducatie

8. Farmacologische interventies

Richtlijntekst:

Mario Braakman & Erik Hoencamp

8.1 Inleiding, uitgangsvraag en werkwijze

Richtlijntekst:

In toenemende mate wordt onderzoek gedaan naar factoren die het effect en de verdraagzaamheid van medicatiegebruik kunnen voorspellen, op maat van de individuele patiënt. *Personalised medicine* is de benadering waarbij medicatie wordt voorgeschreven op basis van genetische profielen en de wisselwerking met omgeving en gedrag, zodat de medicatie specifiek voor de betreffende patiënt optimaal zal werken. Tot nu toe zijn de mogelijkheden van zogenaamde *personalised medicine* echter zeer beperkt in de klinische praktijk. Twee thema's spelen een voorname rol:

- Farmacodynamiek: hoe en waar grijpt de medicatie aan, bijvoorbeeld op receptorniveau;
- Farmacokinetiek: hoe wordt de medicatie via nier en lever uitgescheiden en verdeelt het zich in de diverse delen van het lichaam.

De farmacotherapeutische interventies die in de Multidisciplinaire richtlijn voor Depressie worden beschreven, zijn voornamelijk gebaseerd op onderzoeksgegevens van (mannelijke) witte westerse patiënten. De bevindingen over farmacodynamiek en farmacokinetiek zijn dus ook gebaseerd op de gegevens uit die patiëntengroep.

Er zijn echter aanwijzingen dat er interetnische verschillen bestaan betreffende farmacotherapeutische effecten en bijwerkingen. Tot op heden zijn die verschillen vooral gevonden op het terrein van de farmacokinetiek. Percentages snelle of juist trage metaboliseerders kunnen per etnische groep verschillen (Bhugra & Bui, 1999; Bjornsson e.a. 2003). Men moet zich hierbij realiseren dat de intraindividuele verschillen binnen een etnische groep maar ook tussen man en vrouw op zowel farmacokinetisch als ook farmacodynamisch vlak groter zijn dan de verschillen tussen etnische groepen. Kennis hierover is van belang en kan de effectiviteit van farmacotherapeutische interventies verhogen of de kans op farmacotherapeutisch falen verminderen.

In Nederland zijn geen goede farmacologische studies verricht overeenkomsten en verschillen op farmacokinetisch of farmacodynamisch gebied onder de belangrijkste etnische groepen. Dit gegeven leidt ons tot ons eerste uitgangspunt: indien er geen *evidence* is die noopt tot aanpassingen, dienen migrantenpatiënten met een stemmingsstoornis farmacologisch op dezelfde manier behandeld te worden als autochtonen zoals weergegeven in de Multidisciplinaire richtlijn voor Depressie.

Internationale studies en reviews waarin etniciteit en psychofarmaca onderwerp zijn van studie en analyse zijn beperkt aanwezig, voornamelijk uit Noord-Amerika. We hebben deze studies geanalyseerd en gezien of en in hoeverre *evidence* die bij etnische groepen elders ter wereld van toepassing is op de in Nederland aanwezige etnische groepen. Indien er *evidence* is die de realiteit van bepaalde etnische groepen dichter benadert dan de stellingname dat er geen verschil is, zullen wij deze kennis weergeven en waar mogelijk omzetten in (klinische) aanbevelingen.

Het verschil tussen etnische groepen in de behandeling van depressie met psychofarmaca is dus vooral internationaal uitgezocht, maar mogelijk zijn resultaten wel extrapoleerbaar naar in Nederland voorkomende etnische groepen. Dit leidt tot de volgende uitgangsvraag:

Welke etnische verschillen in het effect en de bijwerkingenprofielen van farmacotherapeutische behandelingen zijn bekend en wat zijn de klinische gevolgen?

De in hoofdstuk 1 beschreven zoekopdracht naar literatuur heeft geleid tot 30 artikelen. De auteurs voegden hier 11 artikelen aan toe uit secundaire bronnen en literatuurverwijzingen. Na selectie op de relevantie zijn 18 artikelen gebruikt om de uitgangsvraag te beantwoorden.

8.2 Verschillen in metabolisme en dosering

Richtlijntekst:

Het overgrote deel van de gepubliceerde studies over etniciteit en psychofarmaca (met name antidepressiva), zijn gericht op farmacokinetische aspecten. Er is slechts één studie gevonden met farmacodynamiek als invalshoek, namelijk de studie die deel uitmaakt van de groots opgezette naturalistische *Sequenced Treatment Alternatives for Depression*' (STAR*D) (McMahon e.a., 2006).

Hieruit bleek dat zwarte depressieve patiënten in Noord-Amerika minder goed opknaptten van een behandeling met citalopram dan witte patiënten. Dit had te maken met een SNP (Single Nucleotide Polymorphism) van het HTR2A-gen dat de code bevat voor de serotonine 2A receptor. Patiënten die op de plaats rs7997013 homozygoot voor het G-allel (GG) waren hadden minder kans om op te knappen dan patiënten die homozygoot (AA) voor het A-allel waren. Het G-allel bleek zes keer zo vaak bij zwarte patiënten van voor te komen met een gemiddeld lagere verbetering op citalopram als gevolg.

Verder is al het onderzoek farmacokinetisch van aard en is hieronder weergegeven.

Tricyclische antidepressiva

Veel tricyclische middelen worden gemetaboliseerd door onder andere CYP2D6. Van belang bij het bepalen van de juiste dosering is dan ook enig inzicht in of patiënten niet, traag, normaal of snel metaboliseren. Per etnische groep kunnen de percentages van de snelheid waarmee patiënten metaboliseren verschillen. Dat betekent dat patiënten bij gelijke dosering hogere of lagere plasmaspiegels van het medicijn vertonen. Voor tricyclische antidepressiva is er een redelijke consensus over de relatie tussen plasmaspiegel en klinisch effect (therapeutisch venster).

Aziatische patiënten hebben gecorrigeerd voor gewicht een lagere dosering tricyclische antidepressiva nodig dan blanken voor eenzelfde therapeutisch effect (Silver e.a. 1993).

Chinezen, Japanners en andere Oost-Aziaten hebben vaker dan witte patiënten een vertraagd metabolisme (Kortmann & Oude Voshaar, 1998; Lin, 1995). Dit leidt tot hogere plasmaspiegels bij gelijke orale doseringen (Bhughra & Bhui, 1999). Zo zijn de plasmaconcentraties van clomipramine 70% hoger bij Japanners dan bij blanken bij dezelfde dosering (Shimoda, 1999). Van belang is dat clomipramine en amitriptyline ook via CYP2C19 worden gemetaboliseerd. Bij blanken is het percentage trage metabolisateurs 5% of lager, bij patiënten van Aziatische afkomst is dit percentage 13-30% (Kim e.a., 2004). Imipramine wordt tevens gemetaboliseerd via CYP1A2 en er zijn aanwijzingen dat Oost-Aziaten en ook Afro-Amerikanen imipramine trager metaboliseren dan blanken (Bjornsson e.a., 2003).

Afro-Amerikanen hebben vergeleken met blanken hogere plasmaspiegels bij eenzelfde dosering en eerder en vaker last van toxische bijwerkingen, vooral delieren (Kortmann & Oude Voshaar, 1998; Ziegler e.a., 1977). Ook blijkt dat zwarte patiënten gemiddeld hogere plasma concentraties van Pglycoproteïne substraten hebben (waaronder enkele tricyclische antidepressiva).

Serotonine Heropname remmers (SSRI's)

Paroxetine en fluvoxamine dienen voorzichtig gedoseerd te worden bij patiënten van Aziatische afkomst, gezien de hogere frequentie van trage metabolisateurs.

Voor SSRI's is er geen consensus over de relatie tussen plasmaspiegel en klinisch effect, wat de beoordeling van plasmaspiegels bemoeilijkt.

Noradrenaline en Noradrenaline-Serotonine heropnameremmers (NSA's)

Reboxetine is gebonden aan plasmaproteïnen, met name AGP (alpha1-acid glycoproteïne). Patiënten van Aziatische afkomst, onder andere uit China hebben een grotere vrije plasmafractie en een lagere uitscheiding vergeleken met witte patiënten (Kortmann & Oude Voshaar, 1998).

Duloxetine, een noradrenaline en serotonine heropnameremmer, wordt gemetaboliseerd via CYP1A2 en dit gebeurt mogelijk trager bij Oost-Aziaten (Kim, 2004).

Voor NSA remmers is er geen consensus over de relatie tussen plasmaspiegel en klinisch effect, wat de beoordeling van plasmaspiegels bemoeilijkt.

Irreversibele MAO remmers, Phenelzine

Door acetylering van phenelzine wordt dit omgezet in inactieve metabolieten. Langzame acetylering treedt bij ongeveer de helft van de witte patiënten op, bij zwarte patiënten is dit 62%. Bij Aziaten komt dit minder voor, 0-22% (Kortmann & Oude Voshaar, 1998). Dit betekent dat vergeleken met witte patiënten, zwarte patiënten een grotere kans hebben op hogere spiegels, en Aziaten een lagere kans.

Voor irreversibele MAO remmers is er geen consensus over de relatie tussen plasmaspiegel en klinisch effect wat de beoordeling van plasmaspiegels bemoeilijkt.

Voor de reversibele MAO remmer Moclobemide is geen studie naar etnische verschillen beschikbaar.

Lithium

Bij zwarte patiënten in Noord-Amerika is de intracellulaire lithiumspiegel hoger dan bij witte patiënten bij eenzelfde plasmaspiegel. Dit betekent dat de kans op neurotoxiciteit bij eenzelfde plasmaspiegel bij zwarte patiënten hoger is (Strickland e.a., 1993). Dit resulteert onder andere in meer bijwerkingen.

Aziaten hebben vergeleken met blanken lagere effectieve lithium-plasmaspiegels nodig (Strickland e.a., 1993): 0.5 tot 0.79 mEq/L vergeleken met 0.8 tot 1.2 mEq/L bij blanken (Kortmann & Oude Voshaar, 1998).

Voor lithium is er meer consensus over de relatie tussen plasmaspiegel en klinisch effect (therapeutisch venster), wat de beoordeling van plasmaspiegels klinisch relevant maakt .

8.3 Samenvatting en conclusies

Richtlijntekst:

Er zijn weinig verschillen in klinisch therapeutische effectiviteit en bijwerkingenprofielen tussen verschillende etnische groepen. Antidepressiva blijken even effectief bij verschillende etnische groepen (Roy-Byrne e.a., 2005).

Bjornsson e.a. (2003) concludeerden in een review over antidepressiva en etniciteit dat er nog te weinig onderzoek is om definitief duidelijke interetnische verschillen in werking en bijwerkingen vast te stellen die in klinische behandelingen van belang zijn. Dat betekent dat er in de praktijk wel degelijk aandacht moet zijn voor verschillen tussen patiënten qua gender, leeftijd, somatische morbiditeit, maar ook qua etniciteit. In onderstaande tabel zijn onze bevindingen samengevat.

Vergeleken groepen	Middel	Klinische respons
Afro-Amerikanen vs blanke Amerikanen	Nortriptyline	Afro-Amerikanen hebben 50% hogere steadystate plasmaspiegels
Afro-Amerikanen vs blanke Amerikanen	Imipramine	Snellere verbetering bij Afro-Amerikanen
Afro-Amerikanen vs blanke Amerikanen	Lithium	Bij Afro-Amerikanen hogere intracellulaire lithiumconcentraties bij gelijke plasmaspiegels resulterend in meer neurotoxiciteit
Aziaten, Afro-Amerikanen en blanke Amerikanen	Phenelzine	Bij Afro-Amerikanen vaker hogere spiegels, bij Aziaten vaker een lagere spiegel vergeleken met blanken
Aziaten vs blanken	Antidepressiva	Aziaten bereiken significant hogere plasmaspiegels en hebben een lagere clearance
Oost-Aziaten vs blanken	Imipramine	Grotere kans bij Aziaten op trager metabolisme
Aziaten vs blanken	Clomipramine en amitriptyline	Risico op hogere plasmaspiegels bij Aziaten doordat kans op trage metabolisering 3 tot 6 keer zo hoog ligt.
Aziaten vs blanken	Duloxetine	Grotere kans op hoge spiegels door trager metabolisme bij Aziaten
Aziaten vs blanken	Paroxetine en fluvoxamine	Grotere kans op hoge spiegels door trager metabolisme bij Aziaten

Aziaten vs blanken	Lithium	Lagere lithium-plasmaspiegels nodig voor herstel
Chinezen vs blanken	Antidepressiva	Chinezen hebben lagere doses nodig voor herstel

Conclusies:

De conclusies luiden:

Niveau 1	Er is genoeg evidentie om aan te nemen dat antidepressiva, voorgeschreven bij patiënten van Aziatische afkomst, leiden tot hogere bloedspiegels dan bij patiënten uit andere etnische groepen (Lin, 1995 A1; Kim e.a. 2004 A1).
Niveau 3	Afrikaanse en Aziatische patiënten hebben hogere intracellulaire lithiumconcentraties bij gelijke plasmaspiegels (Strickland e.a. 1993 B)
Niveau 1	Patiënten met een niet-westerse achtergrond lopen een hoger risico op snellere of tragere metabolisering van een aantal antidepressiva (Bjornsson e.a. 2003 A1; Kortmann & Oude Voshaar, 1998 A2).

Overige overwegingen:

Indien er geen *evidence* is die noopt tot aanpassingen, dienen patiënten van niet-westerse herkomst met een stemmingsstoornis farmacologisch op dezelfde manier behandeld te worden als autochtonen zoals weergegeven in de Nederlandse multidisciplinaire richtlijn voor depressie.

8.4 Aanbevelingen

Aanbevelingen:

- Vanwege het hogere risico op snellere of tragere metabolisering van een aantal antidepressiva is het aanbevolen bij patiënten met een niet-westerse achtergrond eerder dan bij autochtone patiënten bloedspiegelbepalingen uit te voeren, om dit vast te stellen dan wel uit te sluiten.
- Het is aanbevolen bij patiënten met Aziatische herkomst lager te doseren en langzamer de dosering op te bouwen, op geleide van het klinisch beeld en bijwerkingen.
- Het is te overwegen een lagere dosis lithium voor te schrijven aan patiënten van Afrikaanse en Aziatische herkomst, vanwege hogere intracellulaire lithiumspiegels.

Wetenschappelijke onderbouwing:**Literatuur**

Alastair J. (1998). Ethnic differences in drug disposition and response. *Therapeutic Drug Monitoring*, 20, 525-526.

Bhugra D. & Bui, K. (1999). Ethnic and cultural factor in psychopharmacology. *Advancement in Psychiatric Treatment*, 5, 89-95. Bjornsson T.D., e.a.(2003). A review and assessment of potential sources of ethnic differences in drug responsiveness. *Journal of Clinical Pharmacology*, 43 (9), 943-967.

Helms, R.A. red., (2006). *Textbook of therapeutics: Drug and disease management*. 8th edition. Lippincott Williams & Willcins, USA.

Johnson, J. (1997). Influence of race or ethnicity on pharmacokinetics of drugs. *Journal of Pharmaceutical Sciences*, 86 (12), 1328-33.

Kortmann, F.A.M. & Oude Voshaar, R.C. (1998). Aspecten van farmacotherapie bij etnische minderheden *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 3, 143-155.

Kim, K., Johnson, J.A. & Derendorf, H. (2004). Differences in drug pharmacokinetics between East Asians and Caucasians and the role of genetic polymorphisms. *J Clin Pharmacol*, 44 (10), 1083-105.

Lin, K. M., & Poland, R.E. (1995). Ethnicity, culture and psychopharmacology. In: F.E. Bloom & D.J. Kupfer (red.), *Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress*. New York: Raven Press.

Lin, K.M. (2001). Biological differences in depression and anxiety across races and ethnic groups. *J Clin Psychiatry*, 62 (Suppl 13), 13-19 & 20-21.

Lin, K.M., Smith, M.W. & Ortiz, V. (2001). Culture and psychopharmacology. *Psychiatr Clin North Am*, 24 (3), 523-38.

McMahon, F.J. e.a. (2006). Variation in the Gene Encoding the Serotonin 2A Receptor Is Associated with Outcome of Antidepressant Treatment. *The American Journal of Human Genetics*, 78.

Roden D. and George J. (2002). The genetic basis of variability in drug responses. *Nature Reviews. Drug Discovery*, 1 (1), 37-44.

Roy-Byrne, P.P., e.a. (2005). Paroxetine response and tolerability among ethnic minority patients with mood or anxiety disorders: a pooled analysis. *J. Clin. Psychiatry*, 66, 1228-1233.

Shimoda, K., Jerling, M., Bottiger, Y., Yasuda, S., Morita, S. & Bertilsson, L. (1999). Pronounced differences in the disposition of clomipramine between Japanese and Swedish patients. *J Psychopharmacol*, 19, 393-400.

Silver, B. (1993). Ethnicity and the Pharmacology of Tricyclic Antidepressants. In: Lin, K.M., Poland R., Nagasaki, G. *Psychopharmacology and psychobiology of ethnicity*. Washington: APP.

Strickland, T.L., Lin, K.-M., Fu, P., e.a. (1995). Comparison of lithium ratio between African-American and Caucasian bipolar patients. *Biological Psychiatry*, 37 (5), 325-330.

Thorir, D. e.a. (2003). A review and assessment of potential sources of ethnic differences in drug responsiveness. *J Clin Pharmacol*, 43, 943-967.

Ziegler, V.E. & Biggs, J.T. (1977). Tricyclic plasma levels - effect of age, race, sex, and smoking. *JAMA*, 238, 2167-2169.

Tabel

Onderstaande tabel met samenvattingen en specificaties van de artikelen, is op te vragen bij Mikado.

Tabel 8 Farmacologische interventies

9. Psychotherapeutische interventies

Richtlijntekst:

Anneke van Schaik en Annelies van Loon

9.1 Inleiding, uitgangsvraag en werkwijze

Richtlijntekst:

Diverse vormen van psychotherapie zijn effectief bij depressie en zijn daarom opgenomen in de Multidisciplinaire richtlijn Depressie (2012). De toegepaste behandelprotocollen zijn echter ontwikkeld in een westerse context en zijn voornamelijk onderzocht bij witte westerse patiënten. Resultaten van dit soort onderzoek kunnen daarom niet zonder meer gegeneraliseerd worden naar alle patiënten die naar de GGZ komen voor een depressiebehandeling.

In Nederland weten migranten goed de weg te vinden naar de ambulante geestelijke gezondheidszorg (Schrier e.a., 2005). Fassaert e.a. (2010) vonden dat de intensiteit van de behandeling (het aantal sessies per maand) van Turkse en Marokkaanse patiënten lager was dan die van autochtoon-Nederlandse patiënten, maar de verschillen in kwaliteit van de behandeling waren niet groot, ook niet na correctie voor ziekte en demografische gegevens. De indruk bestaat dat migranten minder vaak psychotherapie krijgen aangeboden, hoewel exacte cijfers hierover ontbreken. In Amerika is dit wel onderzocht: Afrikaans-Amerikaanse en Latijns-Amerikaanse depressieve patiënten hadden 50% minder kans een psychotherapeutische behandeling te krijgen dan witte Amerikanen (Harman e.a. 2004; Simpson e.a. 2007). In Amerika is de gezondheidszorg anders georganiseerd en voor veel mensen is psychotherapie niet toegankelijk om financiële redenen. In alle westerse landen geldt dat bij niet-westerse allochtonen de onbekendheid met psychotherapie en andere psychologische interventies groter is en daarmee ook de weerstand tegen dergelijke behandelingen. Behalve onbekendheid kan ook een taboe op het bespreken van psychische problemen een belemmering vormen. Om de behandeling van depressieve migranten te optimaliseren is het in ieder geval van belang te weten of psychotherapeutische interventies bij hen effectief zijn en of specifieke strategieën nodig zijn om de toegang te verbeteren. In dit hoofdstuk zal worden samengevat wat er bekend is over de effectiviteit van de reguliere psychotherapiebehandelingen voor depressie bij migrantengroepen. Ook wordt besproken welke cultuursensitieve aanpassingen zijn toegepast om de therapieën beter te laten aansluiten bij de migrantengroepen. Als daar bewijs voor is, bespreken we het effect van die aanpassingen.

De uitgangsvraag is:

Welke verschillen in de toepassing en het effect van psychotherapeutische behandelingen zijn bekend en wat zijn de klinische gevolgen?

Deelvragen zijn:

- In hoeverre zijn bestaande psychotherapieprotocollen toepasbaar bij migranten?
- Zijn er etnische verschillen in drop-out percentages?
- Zijn er etnische verschillen op andere parameters, in het bijzonder op de afname van de ernst van een depressie?
- Welke cultuursensitieve aanpassingen van bestaande psychotherapeutische interventies zijn beschreven?
- Hebben eventuele verschillen gevolgen voor de indicatiestelling en aanpassingen van bestaande psychotherapeutische interventies?

Uit de zoekactie zoals in hoofdstuk 1 beschreven, kwamen artikelen voort die zijn beoordeeld door de auteurs van dit hoofdstuk op relevantie. Relevante referenties uit deze artikelen zijn opgevraagd en beoordeeld op relevantie en op kwaliteit. Uiteindelijk resteerden 20 originele artikelen, die zich richten op het effect van psychotherapie voor depressie bij etnische minderheidsgroepen in westerse landen.

9.2 Etnische verschillen in het effect van psychotherapie

Richtlijntekst:

Van de psychotherapieën die in de Multidisciplinaire richtlijn Depressie genoemd worden zijn *problem solving treatment (PST)*, *cognitieve gedragstherapie (CGT)* en *interpersoonlijke psychotherapie (IPT)* onderzocht bij niet-westerse patiëntengroepen. Van de belangrijkste artikelen zijn meer uitgebreide kenmerken samengevat in tabel 9.

Problem solving treatment

In twee studies is PST onderzocht bij etnische minderheden. Mexicaans-Amerikaanse patiënten kregen PST door tweetalige Latino therapeuten aangeboden en zij hoefden hiervoor niet te betalen (Schmaling e.a., 2008). Ondanks deze gerichte aanpassing en tegemoetkoming was er een hoog percentage *no-show* en *drop-out*. De groep die minimaal vier sessies PST voltooide (38%), bleek significant meer verbeteringen te tonen dan de groep die aan minder sessies deelnam.

In de tweede studie was PST onderdeel van een *collaborative care model (CC)* voor depressie bij ouderen (Aréan e.a., 1996). Binnen een CC model is sprake van een nauwe samenwerking tussen eerste en tweede lijn, tussen huisartsen, verpleegkundigen en psychiaters. Patiënten kregen een depressiebehandeling volgens de richtlijn aangeboden, waarbij PST de psychotherapie optie was. Bij de minderheidsgroepen (zwartenen *Latino* patiënten) bleek de CC interventie meer effect te hebben dan de reguliere zorg: patiënten die behandeld werden in het CC model kregen meer evidence-based behandelingen dan zij die reguliere zorg kregen (Aréan, 2005). In de interventie groep kreeg 38% PST in vergelijking met 13% in de controlegroep. De ernst van de depressie nam meer af met CC dan met de gebruikelijke zorg. Specifieke gegevens over PST alleen, zoals drop-out percentages en effect zijn uit deze studie niet te halen. Overigens waren er slechts zeer beperkte culturele aanpassingen in het protocol: in het voorlichtingsmateriaal refereerde men aan mensen met diverse culturele achtergronden.

Interpersoonlijke psychotherapie

Brown e.a. (1999) deden een post-hoc analyse met de data van een interventiestudie, waarin men IPT vergeleek met medicatie en met reguliere zorg in de eerste lijn. Er was geen sprake van expliciete culturele aanpassing van de IPT. De drop-out percentages in de eerste 16 sessies, de zogenoemde acute IPT, bleken niet significant anders bij zwarte dan bij witte Amerikanen. In de continueringsfase (4 extra sessies) voltooide 100% van de zwarte patiënten de sessies in vergelijking tot 76% van de witte, een significant verschil. Men vond verder geen verschil tussen de twee groepen wat betreft afname in ernst van de depressie of in remissie. De SF-36 mental health, een maat voor psychisch functioneren, verbeterde in beide groepen evenredig.

Joo e.a. (2010) onderzochten mogelijke etnische verschillen in het gebruik van IPT met een interventiestudie waarin *collaborative care* met IPT als psychotherapie optie vergeleken werd met gebruikelijke zorg bij depressieve ouderen. Deelnemers waren gestratificeerd naar etniciteit (witte en zwarte Amerikanen) en naar ernst van de depressie (lichte depressie en matig tot ernstige depressie).

Patiënten kregen reguliere IPT, waarvoor ze niet hoefden te betalen. Het bleek dat in de groep patiënten met een lichte depressie zwarte patiënten duidelijk minder gebruik maakten van IPT dan witte Amerikanen. In de groep van de matige tot ernstige depressies was er geen significant verschil in IPT gebruik tussen beide groepen.

In Nederland onderzochten Blom e.a. (2010) het verschil in drop-out tussen allochtone en autochtone deelnemers aan een interventiestudie naar het effect van IPT. De verschillende interventies waren IPT, IPT in combinatie met antidepressiva, IPT in combinatie met medicatieplacebo en alleen medicatie. De groep allochtone patiënten was relatief klein (n=35) en heterogeen van samenstelling (voornamelijk Surinaams-, Turks- en Marokkaans-Nederlands). Men vond dat de drop-out onder de allochtone patiënten significant hoger was: 45,9 % vergeleken met 24,4% bij de autochtone patiënten.

Bij de migranten die de behandeling afmaakten was de verbetering op de depressieve symptomen vergelijkbaar met die van autochtone patiënten die de therapie afmaakten.

Cognitieve gedragstherapie

De meeste studies over cognitieve gedragstherapie (CGT) bij migranten zijn uitgevoerd door de University of San Francisco, de groep van Prof. Ricardo F. Munoz. Deze studies richten zich vooral op de behandeling van depressie bij laag opgeleide minderheidsgroepen, Spaanstalige Amerikanen uit Latijns-Amerika, zwarte Amerikanen en Chinese/Aziatische Amerikanen. Bij al deze studies zijn er in meerdere of mindere mate culturele aanpassingen van bestaande protocollen doorgevoerd. In ieder geval zijn de therapeuten steeds tweetalig, en vaak ook bicultureel. Het voorlichtingsmateriaal is aangepast aan de deelnemers, niet alleen door vertaling, maar ook door casuïstiek met voor de deelnemers herkenbare personen en verhalen. Deze aanpassingen zijn beschreven in de 'Munoz module' (Munoz & Mendelsohn, 2005). Eventuele andere aanpassingen zullen we per studie noemen.

Organista e.a. (1994) wilden nagaan of CGT effectief zou kunnen zijn bij kwetsbare patiënten met een lage sociaal-economische status. De deelnemers waren witte, zwarte en Latijns-Amerikaanse patiënten met een depressie. De helft van hen had ook een somatische aandoening. De onderzoekers definieerden drop-out als minder dan 6 sessies CGT. In deze cohort studie was het drop-out percentage significant hoger bij de minderheidsgroepen dan bij de witte Amerikanen, ondanks dat de CGT laagdrempelig werd aangeboden in een algemeen ziekenhuis, er aanpassingen waren conform de 'Munoz module' en de behandeling gratis was. Op de ernst van de klachten was er in alle groepen een significante pre-post verbetering, maar er waren relatief veel restsymptomen bij patiënten uit de etnische minderheidsgroepen. Bij patiënten die de interventie afmaakten was er geen verschil in effect tussen de etnische groepen.

Zane e.a. (1994) deden een vergelijkbare verkennende studie met individuele CGT bij Aziatische Amerikanen (allen Engels sprekend) en witte Amerikanen met depressieve klachten. Specifieke aanpassingen die zij noemen zijn: mogelijkheden voor huisbezoeken, systeemtherapie en groeps- of individuele therapie. Patiënten uit de Aziatisch-Amerikaanse groep vonden zichzelf minder verbeterd dan de witte Amerikaanse patiënten. De therapeuten scoorden beide groepen hetzelfde wat betreft verbetering van de depressieve klachten, maar rapporteerden dat de Aziatisch-Amerikaanse patiënten op een lager psychosociaal niveau functioneerden.

Dai e.a. (1999) onderzochten de haalbaarheid van CGT, ondersteund door een video waarin Chinees-Amerikaanse mensen figureerden. De drop-out onder de oudere Chinees-Amerikaanse patiënten was gelijk aan dat van witte Amerikanen. Het was een te kleine studie om conclusies uit te trekken, anders dan dat de interventie wel toepasbaar leek bij de meeste deelnemers.

Miranda e.a. bestudeerden het effect van CGT bij vrouwen uit lage sociaaleconomische klassen, die zwanger waren of nog jonge kinderen hadden. Zij vergeleken het effect van aangepaste CGT met *usual care* (verwijzing naar een reguliere GGZ instelling), *post treatment* (Miranda e.a., 2003) en na een jaar (Miranda e.a., 2006). De drop-out percentages in de interventiegroep waren significant lager dan die in de controlegroep. In de CGT groep volgde 53% vier of vijf sessies en 36% zes of meer sessies. In de *usual care* groep kwam 83% geen enkele keer naar een behandelsessie. In de CGT groep nam de ernst van de depressieve klachten meer af dan in de controlegroep. Etniciteit werd als variabele meegenomen in de analyse, maar er kon geen verschil worden aangetoond in het effect van CGT bij zwarte, Latino en witte Amerikaanse patiënten. Na een jaar follow up vond men vergelijkbare effecten. Uit een kosteneffectiviteitsanalyse van deze studie (Revicki e.a. 2005) bleek dat de interventie behalve tot meer verbetering op de klachten ook tot meer depressievrije dagen leidde. De kosten voor de CGT waren wel duidelijk hoger dan voor de controlegroep, maar de auteurs bepleiten dat de effecten van de interventie deze investering waard zijn.

Er waren een aantal specifieke cultuursensitieve aanpassingen in deze studie. Zo werd de psychoeducatie uitgebreid naar maximaal vier psychoeducatiebijeenkomsten voorafgaand aan de eigenlijke CGT. De CGT sessies vonden thuis plaats - op indicatie - door een ervaren psychiatrisch verpleegkundige, gesuperviseerd door een CGT therapeut. Er was een financiële vergoeding voor vervoer naar de sessies en om kinderopvang te regelen. Als er geen kinderopvang was ving een onderzoeksassistent de kinderen op. Ten slotte was er meer aandacht voor trauma binnen de CGT, die primair op de depressie gericht was, omdat trauma in deze groep veel voorkwam. Therapeuten werden extra getraind in herkenning van de posttraumatische stressstoornis (PTSS). Verder kregen patiënten een handleiding mee naar huis en werden vragenlijsten door onderzoekers voorgelezen in verband met het lage opleidingsniveau van de vrouwen.

In een andere studie van Miranda, Azocar e.a. (2003) ging men na in hoeverre CGT aangevuld met *clinical management* een verbetering gaf boven reguliere CGT bij etnisch diverse vrouwen uit lage sociaal economische klassen. Deelnemers waren weer zwarte, blanke en Latino-Amerikaanse vrouwen. De CGT met *clinical management* leidde tot minder drop-out en meer afname van depressieve klachten bij de Latino vrouwen, bij de anderen was CGT alleen even effectief. Ook hier waren er specifieke cultuursensitieve aanpassingen. Er werden plezierige activiteiten geselecteerd die kosteloos waren. De staf werd getraind in meer geduld, een minder formele opstelling en meer persoonlijk contact. De case managers namen meteen telefonisch contact op na de verwijzing en bestedden aandacht aan het gezin en aan sociale omstandigheden.

Dezelfde onderzoeksgroep ging de effectiviteit na van een pakket van interventies waaronder CGT, gericht op het verbeteren van depressiezorg, bij witte, zwarte en Latino-Amerikanen (Miranda, Duan e.a. 2003). De studie geeft geen informatie over percentage van drop-out of effect bij CGT alleen.

pmerkelijk was dat de interventie als geheel een meerwaarde had voor de Latino en de zwarte patiënten, namelijk een afgenomen kans op depressie na 6 en 12 maanden. Dit gold niet voor de witte Amerikanen. Na 5-yr follow up werden deze resultaten nog steeds bevestigd (Wells, 2004).

De toepassing van deze interventie werd ook onderzocht bij Latino-Amerikanen in New York (Gelman e.a., 2005). De onderzoeksgroep was echter te klein (n=5) om conclusies uit te trekken.

9.3 Conclusies

Conclusies:

Toepasbaarheid van psychotherapieprotocollen

Niveau 2	Het is waarschijnlijk dat bestaande protocollen voor PST, IPT en CGT, al dan niet met culturele aanpassingen, toepasbaar zijn bij etnische minderheden (Amerikaanse studies: Schmaling e.a., 2008, B; Aréan, 2005, A2; Joo e.a. 2010, B, Munoz, 2005, B. Nederlands: Blom e.a. 2010, B)
----------	---

Drop-out

Niveau 3	Het is waarschijnlijk dat de drop-out percentages onder migrantengroepen hoger zijn dan onder de autochtonen. Twee studies vonden hogere drop-out percentages (Organista e.a. 1994, B; Blom e.a., 2010, B;). Eén studie vond geen verschil (Brown e.a., 1999, B)
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat het toevoegen van clinical management aan CGT het drop-out percentage onder etnische minderheden doet afnemen (Miranda, 2003 en 2006, B).

Effectiviteit

Niveau 2	Het is aannemelijk dat PST effectief is bij niet-westerse migranten, vooral als zij meer dan vier sessies volgen (Schmaling e.a., 2008, B; Aréan, 2005, A2).
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat IPT effectief is voor etnische minderheidsgroepen (Brown e.a.1999, B; Blom e a., 2010, B).
Niveau 1	Het is aannemelijk dat CGT effectief is voor vrouwen uit etnische minderheidsgroepen in Amerika (Ward, 2007, A1).

Cultuursensitieve aanpassingen bestaan vooral uit:

- het laagdrempelig aanbieden van de psychotherapie;
- een tegemoetkoming in de kosten van de therapie,
- het vervoer en de kinderopvang;
- een actieve persoonlijke benadering door de therapeuten, die tweetalig zijn en vaak ook dezelfde culturele achtergrond hebben als de patiënt;
- aandacht voor de sociale problemen en het (familie)systeem van de patiënt;
- het toespitsen van het voorlichtings- en therapiemateriaal op de doelgroep.

Vanwege meerdere aanpassingen tegelijkertijd kan uit de studies niet afgeleid worden welke specifieke aanpassing het meeste effect sorteert, met uitzondering van *clinical management*

Niveau 1	Het is aangetoond dat clinical management een positief effect heeft op het drop-out percentage onder etnische minderheden (Aréan, 2005, A2).
----------	--

Overige overwegingen:

Onze bevindingen sluiten aan bij die van Ward e.a.(2007), een systematische review naar het effect van behandelingen voor depressie onder vrouwen uit diverse etnische minderheidsgroepen in Amerika. Deze review richtte zich op behandeling in bredere zin, niet alleen op psychotherapie. Vrijwel alle van de door ons gerefereerde artikelen zijn in deze review verwerkt. Ward e.a. concluderen onder andere dat psychofarmaca en psychotherapie effectief zijn bij de drie grootste etnische groepen, namelijk witte, zwarte en Latino Amerikaanse vrouwen. Zij stellen dat aanpassingen, waaronder kwaliteitsverbeteringen en *collaborative care*, effectiever zijn dan reguliere zorg. Ook benadrukken zij het belang van casemanagement voor het oplossen

van andere sociale problemen.

Op grond van onze bevindingen kan geen eenduidig antwoord op de onderzoeksvraag gegeven worden. Er zijn geringe aanwijzingen dat drop-outpercentages van migranten bij psychotherapie hoger zijn en er zijn geen aanwijzingen dat de bestaande psychotherapie protocollen minder effectief zouden zijn bij migranten. Psychotherapievormen met cultuursensitieve aanpassingen zijn toegepast en effectief gebleken, maar behalve dat *clinical management* als toevoeging effectief is, is nog niet verder onderzocht welke andere aanpassing mogelijk effectief zou zijn. Consequentie voor de klinische praktijk is dat het vooralsnog het beste lijkt op indicatie de genoemde cultuursensitieve aanpassingen toe te passen met als doel drop-out te verlagen en aansluiting bij de patiënt te verhogen.

9.4 Aanbevelingen

Aanbevelingen:

- Het is aanbevolen de in de Multidisciplinaire richtlijn Depressie beschreven psychotherapievormen net zo vaak bij patiënten met migratieachtergrond toe te passen als bij autochtonen.
- Het is aanbevolen diverse aanpassingen van de behandeling te combineren. Het heeft de voorkeur om meer tijd nemen voor voorlichting en het voorlichtingsmateriaal af te stemmen op de migrantengroepen met herkenbare casusvignettes en voorbeelden.
- Het is te overwegen *clinical management* toe te voegen aan de psychotherapie, zodat er ook aan praktische problemen gewerkt kan worden.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Literatuur

Aréan, P.A. & Gallagher-Thompson, D. (2005). Issues and recommendations for the recruitment and retention of older ethnic minority adults into clinical research. *J Consult Clin Psychol*, 64, 875-880.

Aréan, P.A., Ayalon, L., Hunkeler, E. e.a. (2005). Improving depression care for older, minority patients in primary care. *Med Care*, 43, 381-390.

Aréan, P.A. & Miranda, J. (1996). The treatment of depression in elderly primary care patients: a naturalistic study. *Journal of Clinical Geropsychology*, 2, 241-259.

Blom, M.B.J., Hoek, H.W., Spinhoven, P., Hoencamp, E., Haffmans, J. & van Dyck, R. (2010). Treatment of depression in patients from ethnic minority groups in the Netherlands. *Transcultural Psychiatry*, 47, 473-490.

Brown, C., Schulberg H.C., Sacco, D., Perel, J.M. & Houck P.R. (1999). Effectiveness of treatments for major depression in primary medical care practice: a post hoc analysis of outcomes for African American and white patients. *J Affect Disord*, 53, 185-192.

Dai, Y., Zhang, S. Yamamoto, J. e.a. (1999). Cognitive Behavioral Therapy of minor depressive symptoms in elderly Chinese Americans: a pilot study. *Community Mental Health J*, 35(6), 537-42.

Fassaert, T., Peen, J., van Straten, A., de Wit, M., Schrier, A., Heijnen, H., Cuijpers, P., Verhoeff, A. Beekman, A. & Dekker, J. (2010). Ethnic differences and similarities in outpatient treatment for depression in the Netherlands. *Psychiatric Services*, 61 (7), 90-697.

Gelman, C. Rosenthal, López, M., Foster, R.M. Pérez.(2005). Evaluating the Impact of a Cognitive-Behavioral Intervention with Depressed Latinas: A Preliminary Report. *Social Work in Mental Health*, 4 (2), 1-16.

Harman, J.S., Edlund, M.J. & Fortney, J.C. (2004). Disparities in the adequacy of depression treatment in the United States. *Psychiatric Services*, 55 (12), 1379-85.

Joo, J.H., Morales, K.H., de Vries, H.F. & Gallo, J.J. (2010). Disparity in use of psychotherapy offered in primary care between older African-American and white adults: results from a practice-based depression intervention trial. *J Am Geriatr Soc*, 58, 154-160.

Miranda, J., Chung, J.Y., Green, B.L. e.a. (2003). Treating depression in predominantly low-income young minority women: a randomized controlled trial. *JAMA*, 290, 57-65.

Miranda, J., Azocar, F., Organista, K.C., Dwyer, E. & Areane, P. (2003). Treatment of depression among impoverished primary care patients from ethnic minority groups. *Psychiatric Services*, 54 (2), 219-225.

Miranda, J., Duan, N., Sherbourne, C., Schoenbaum, M., Lagomasino, I., Jackson-Triche, M. & Wells, (2003). Improving Care for Minorities: Can quality improvement interventions improve care and outcome for depressed minorities? Results of a randomized, controlled trial. *Mental Health Services*, 38 (2), 613-630.

Miranda, J., Green, B.L., Krupnick, J.L. e.a. (2006). One-year outcomes of a randomized clinical trial treating depression in low-income minority women. *J Consult Clin Psychol*, 74, 99-111.

Munoz, R.F. & Mendelson, T. (2005). Toward evidence-based intervention for diverse populations: The San Francisco General Hospital prevention and treatment manuals. *J Consult Clin Psychol*, 73, 790-799.

Organista, K.C, Muñoz, R.F. & González, G. (1994). Cognitive-behavioral therapy for depression in low-income and minority medical outpatients: description of a program and exploratory analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 18, 241-259.

Schmaling, K.B. & Hernandez, D.V. (2008). Problem-solving treatment for depression among Mexican Americans in primary care. *J Health Care Poor Underserved*, 19, 466-477.

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.

Schulberg, H.C., Katon, W., Simon, G.E. & Rush, A.J. (1998). Treating major depression in primary care practice: an update of the Agency for Health Care Policy and Research Practice Guidelines. *Arch Gen Psychiatry*, 55, 1121-7.

Simpson, S.M. e.a. (2007). Racial Disparities in Diagnosis and Treatment of Depression: A Literature Review. *Psychiatr Q*, 78 (1), 3-14.

Ward, E.C. (2007). Examining different treatment effects for depression in racial and ethnic minority women: a qualitative systematic review. *Journal of the National Medical Association*, 99 (3), 265-274.

Zane, N., Enomoto, K. & Chun C. (1994). Treatment outcomes of Asian and white-American Clients in outpatient therapy. *Journal of Community Psychology, Special Issue: Asian-American Mental Health*, 2, 60-208.

Tabel

Onderstaande tabel met samenvattingen en specificaties van de artikelen, is op te vragen bij Mikado.

Tabel 9 Psychotherapeutische behandelingen

10. Aanbevelingen vanuit het patiëntenperspectief

Richtlijntekst:
Sander Kramer

10.1 Inleiding en werkwijze

Richtlijntekst:

In de Multidisciplinaire richtlijn Depressie (2012) wordt het belang van de voorkeuren van patiënten beschreven. Patiënten hebben weinig aan richtlijnen waarin geen rekening wordt gehouden met bijwerkingen van medicijnen, of waarin aanbevelingen worden gedaan die niet op te volgen zijn omdat ze hoge kosten, ongemak of risico's met zich meebrengen (Gezondheidsraad, 2000). Naar ervaringen van patiënten met een depressie blijkt nauwelijks onderzoek gedaan te zijn.

De culturele achtergrond van patiënten zou van invloed kunnen zijn op het perspectief dat zij hebben ten aanzien van de behandeling van hun depressie. Er zijn immers verschillende manieren waarop patiënten zich uiten bij een depressie en gevoeligheid van behandelaren is nodig om depressies bespreekbaar te maken en zodoende te herkennen. De vraag is of er specifiek vanuit het perspectief van patiënten interculturele aspecten bestaan, relevant voor diagnostiek en behandeling van depressie.

Een aparte zoekopdracht in PubMed is uitgevoerd met de termen *clients*, *ethnic groups* en *mental health en een aparte opdracht met de zoektermen depression, ethnicity en contacting clients*. Deze zoekopdrachten leverde 77 artikelen op waarvan de samenvattingen zijn geanalyseerd op interculturele verschillen en het perspectief van patiënten op de behandeling. Daaruit bleek dat geen enkel artikel relevant is voor het beantwoorden van de vraag naar interculturele verschillen in het patiëntenperspectief. De overlap met artikelen die al in de overige hoofdstukken worden besproken is groot. De aanbevelingen vanuit het patiëntenperspectief in de MDR en de achterliggende bronnen zijn gescreend op interculturele aspecten. Daaraan toegevoegd zijn enkele Nederlandse publicaties over het perspectief en de participatie van migranten in de gezondheidszorg (Messing, 2003; Tonk, 2008).

10.2 Belangenbehartiging, voorlichting en informatie, empowerment

Richtlijntekst:

Patiënten verklaren en ervaren een depressie op verschillende manieren (MDR, 2012). Deze visies worden beïnvloed door informatie van behandelaars en van andere bronnen, zoals televisie en lotgenoten. Op hun beurt kunnen deze de voorkeuren en keuzes van patiënten voor de invulling van de behandeling beïnvloeden. Het is voor de samenwerking tussen patiënt en behandelaar van belang dat beide partijen hun visie op de problematiek en de oorzaak daarvan uiten en vergelijken. Dit dient periodiek te gebeuren, omdat beelden van patiënten over depressie in de loop van een behandeling kunnen veranderen en de hulpbehoefte daarmee mogelijk ook.

Voor diagnostiek en behandeling worden in de richtlijn aparte aandachtspunten vanuit patiënten weergegeven maar daarbij wordt niet naar de culturele achtergrond van de patiënt verwezen.

Datzelfde geldt voor de organisatorische aspecten van de hulpverlening zoals bereikbaarheid, verwijzingen, het verkrijgen van een second opinion en informatie over vergoedingen. Acht regionale projecten, die als doel hadden de positie van migranten in de gezondheidszorg te versterken door participatie te stimuleren, zijn beschreven en geanalyseerd (Tonk, 2008). Het versterken van de positie van migranten in de gezondheidszorg kan gebeuren door belangenbehartiging, voorlichting en empowerment. Onder empowerment verstaat men het aanboren en versterken van de individuele en gezamenlijke competenties van mensen om hun gezondheid, en de factoren die daarop van invloed zijn, 'in eigen hand' te nemen en te verbeteren (Tonk, 2008).

In één project gaven ervaringsdeskundigen in de ggz voorlichting, nadat ze eerst zelf een training hadden gevolgd om voorlichting te geven. In een ander project werden voorlichting op maat gegeven van taal, cultuur en gender aan Turkse en Marokkaanse mantelzorgers van psychiatrische patiënten.

Hieruit ontstond één psychoeducatieve gespreksgroep voor Marokkaans- en Turks-Nederlandse vrouwen, onder migrantenmannen bleek te weinig animo.

Eén van de belangrijkste randvoorwaarden voor de verbetering van de positie van migranten in de zorg is het

leggen van contact met de doelgroep. Soms verloopt dat via allochtone zorgconsulenten en VETC-ers (Voorlichters Eigen Taal en Cultuur). Ervaringsdeskundigen kunnen ook zorgen voor een beter contact en een beter bereik. Deze ervaringsdeskundigen hoeven niet dezelfde etnische achtergrond te hebben; ook het delen van soortgelijke ervaringen zorgt voor vertrouwen en openheid.

Schriftelijk materiaal zoals folders en posters om bijeenkomsten aan te kondigen, bleken niet veel reacties op te leveren, met mensen in gesprek gaan wel. Vanwege schaamte of taboes over bepaalde gezondheidsthema's is het erg belangrijk wie de boodschap brengt en op welke wijze er gecommuniceerd wordt.

De thermometer voor de volwassenenzorg is een instrument waarmee instellingen in de GGZ kunnen onderzoeken hoe patiënten de aangeboden zorg waarderen. Dat instrument is het uitgangspunt geweest voor onderzoek naar de tevredenheid over de GGZ onder allochtone gebruikers (Kok & Boomstra, 2004). De vragen uit de enigszins aangepaste vragenlijst bleken goed aan te sluiten bij de allochtone patiënten en zij blijken de zorg op dezelfde manier te waarderen. De wijze van afname, persoonlijk in plaats van schriftelijk, bleek wel van belang omdat niet alle respondenten Nederlands kunnen lezen of schrijven.

Tekortschietende informatievoorziening bleek de grootste klacht onder zorggebruikers met migratieachtergrond en dat leidt tot gebrek aan bekendheid en vertrouwdheid met de GGZ. Daardoor is de drempel van ggz instellingen voor migranten relatief hoog (Messing, 2003). Daarnaast gaven respondenten aan dat een groot aantal ggz-behandelaars onvoldoende affiniteit heeft met de culturele achtergrond van hen als zorgvragers. Een groot aantal migrantenpatiënten voelt zich in de behandeling niet begrepen en kan geen vertrouwensband opbouwen met de behandelaar.

10.3 Samenvatting

Richtlijntekst:

Er zijn geen aanwijzingen dat de conclusies over het perspectief van patiënten in de MDR richtlijn niet zou gelden voor patiënten met migratieachtergrond. De kern van het versterken van de participatie van migrantenpatiënten bestaat uit belangenbehartiging, voorlichting en empowerment.

Het contact leggen met specifieke patiëntengroepen gebeurt soms via voorlichters in eigen taal en cultuur, vertegenwoordigers van bepaalde etnische of culturele groepen en ervaringsdeskundigen. Als de informatie goed aansluit bij de culturele achtergrond van patiënten dan is de tevredenheid over de GGZ in overeenstemming met die van autochtone gebruikers. Vaak wordt gewezen op de voorkeur om gezondheidsthema's mondeling te bespreken.

De grootste klacht van migranten is de tekortschietende informatievoorziening. De behandelaar zou na moeten gaan of de patiënt over voldoende informatie beschikt om de geboden zorg te begrijpen. De behandelaar dient hierbij op een cultuursensitieve wijze met de patiënt om te gaan.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Literatuur

Gezondheidsraad (2000). Van implementatie naar leren: het belang van tweerichtingsverkeer tussen praktijk en wetenschap in de gezondheidszorg. Den Haag: Gezondheidsraad.

Kok, I. & Boomstra, R. (2004). *De geschiktheid van de GGZ thermometer voor multicultureel gebruik*. GGZ Nederland.

Messing, J. (2003). *De andere stem. Interculturalisatie van de ggz vanuit het perspectief van migranten en vluchtelingen*. GGZ Nederland.

Richtlijnherziening van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie (2012). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis (tweede revisie).

Tonk, F. (2008). *Het belang van vertrouwen. Empowerment en participatie van migranten in de gezondheidszorg*. Rotterdam: Mikado.

Disclaimer

De informatie in woord en beeld op deze website www.ggzrichtlijnen.nl wordt aangeboden als een service. Aan de op deze website aangeboden informatie en/of diensten kunnen op geen enkele wijze rechten worden ontleend. De auteurs/makers aanvaarden geen aansprakelijkheid voortvloeiende uit gebruik, onnauwkeurigheid of onvolledigheid van de geboden informatie.

Het Trimbos-instituut sluit iedere aansprakelijkheid voor de opmaak en de inhoud van deze richtlijn alsmede voor de gevolgen die de toepassing van deze richtlijn in de patiëntenzorg mocht hebben uit.

Het Trimbos-instituut stelt zich daarentegen wel open voor attendering op (vermeende) fouten in de opmaak of inhoud van deze richtlijn. Hiertoe kunt u contact opnemen met via email: ggzrichtlijnen@trimbos.nl.

Bezoekersstatistieken:

Voor statistische doeleinden worden bezoekersstatistieken van deze www-pagina's bijgehouden. Informatie zoals bezoekaantallen en bezoekfrequentie worden gebruikt voor intern onderzoek en verbetering van de website. Deze informatie is echter algemeen van aard en valt niet te herleiden tot de individuele bezoeker. De identiteit van de bezoeker blijft onbekend. Deze gegevens worden niet gekoppeld aan door u verstrekte persoonsgegevens.

Bescherming persoonsgegevens:

Door abonnees verstrekte persoonsgegevens ten behoeve van abonnementen zal door de auteurs vertrouwelijk worden behandeld. Gegevens zullen niet worden verstrekt aan derden.