

# Schizofrene psychosen bij Surinamers

## Zorg van velen?

J.P. SELTEN

Het artikel van Bogers e.a. (2003) in dit tijdschrift over schizofrene psychosen bij migranten uit Suriname is een welkome bijdrage.

In het eindrapport van de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid (*Zorg van velen*), waarin verklaringen worden besproken voor de geobserveerde toename van psychische problemen in ons land, wordt de torenhoge frequentie van deze psychosen bij mensen van Surinaamse, Antilliaanse en Marokkaanse afkomst niet eens genoemd. De titel van het rapport (*Zorg van velen*) is derhalve merkwaardig. Wellicht hebben sommige transcultureel georiënteerde hulpverleners zo veel twijfel gezaaid over de diagnostiek bij psychotische migranten (De Jong 1996), dat de excessief grote aantallen van deze patiënten uit beeld zijn geraakt.

De onoverbrugbare kloof tussen de Nederlandse arts en de psychotische migrant is echter een mythe. Wie zich serieus verdiept in zijn of haar leefwereld, kan meestal spoedig de klassieke psychiatrische ziektebeelden herkennen, zoals beschreven in de DSM-IV. Het belang van een correcte diagnose en een rationele farmacotherapie werd nogmaals geïllustreerd door de lijdensweg van de zus van de Nederlands-Somalische politica Ayaan Hirsi Ali. Na een behandeling in Nederland met een antipsychoticum dat waarschijnlijk extrapiramidale bijwerkingen veroorzaakte ('onrust, pijn, stijve spieren, vreemde reflexen'), vertrok ze voor een traditionele behandeling naar Kenia. 'Soms werd ze vastgebonden en geslagen om haar rustig te krijgen. Maar dat werkte natuurlijk niet. De psychosen werden alsmaar heviger. Ze kreeg achtervolgingswaan en at niet

meer. Op 8 januari 1998 is ze overleden' (Ali 2002, p. 13).

Bogers e.a. hebben zich gebogen over de belangrijke vraag of sommige negatieve symptomen vatbaar zijn voor cultureel bepaalde interpretatieverschillen tussen Surinaamse en Nederlandse artsen. Om deze vraag te beantwoorden vergeleken ze de notities van Surinaamse en Nederlandse artsen over Surinaamse patiënten met de diagnose schizofrenie. De eerste auteur (Bogers) bestudeerde alle dossiers, in Suriname en in Nederland, en concludeerde dat Nederlandse artsen meer oog hadden voor tekorten in de communicatieve vermogens en Surinaamse artsen eerder stoornissen in de affectieve expressie signaleerden.

De aanname bij een dergelijke benadering is dat de verschillen in de aantekeningen verklaard worden door culturele verschillen tussen de behandelend artsen. Maar is dat ook zo?

Indien twee artsen van mening verschillen over patiënten, dan zijn deze verschillen niet per se het gevolg van verschillen in interpretatie (observatievariantie), maar kunnen deze ook veroorzaakt zijn door werkelijk bestaande verschillen tussen de patiënten (subjectvariantie), verschillen in informatie die beiden ter beschikking staat (informatievariantie) en verschillen in de door beide artsen gehanteerde criteria voor het vaststellen van psychopathologie (criteriumvariantie). Vooral observatievariantie, maar ook criteriumvariantie, zouden door culturele factoren beïnvloed kunnen zijn. Men kan echter pas concluderen tot het bestaan van deze vormen van variantie, wanneer twee onderzoekers, *geconfron-*

teerd met dezelfde stimuli, tot verschillende beoordelingen komen. Dat is het geval bij toepassing van het zogenaamde interviewer-observator-protocol, waarbij één onderzoeker het interview bij de patiënt afneemt, de ander observeert en beide onderzoekers onafhankelijk van elkaar scores toekennen. Andere bronnen van variantie zijn dan uitgesloten (Spitzer e.a. 1975). Een Nederlandse arts moet dus naar Suriname reizen en samen met een Surinaamse collega dezelfde patiënten onderzoeken. Of een Surinaamse arts moet naar Nederland reizen en met een Nederlandse collega patiënten van Surinaamse afkomst (en misschien ook Nederlandse) patiënten beoordelen. De auteurs betogen weliswaar dat hun descriptieve opzet voordelen heeft boven de experimentele opzet van het interviewer-observator-protocol, maar patiënten met negatieve symptomen hebben meestal weinig mogelijkheden om zich anders voor te doen dan ze zijn.

Negatieve symptomen kunnen in belangrijke mate in ernst verschillen. Het maakt een groot verschil of je nog kunt werken, zij het met meer moeite dan voorheen, of dat je vrijwel de gehele dag op bed ligt. Mijn belangrijkste bezwaar tegen het artikel is daarom dat de waargenomen verschillen in frequentie en ernst van negatieve symptomen - overigens heel gering - het gevolg zouden kunnen zijn van werkelijk bestaande verschillen tussen beide groepen patiënten en niet door culturele bias. Deze werkelijk bestaande verschillen zouden veroorzaakt kunnen zijn door een andere selectie van patiënten (polikliniek, open of gesloten afdeling, verblijfsafdeling), door verschillen in de fase van de aandoening (acute psychose, postpsychotische fase), verschillen in gebruikte

antipsychotica (klassiek versus atypisch) en verschillen in de toegepaste activiteitentherapie. Bovendien zijn er duidelijke aanwijzingen dat het beloop in ontwikkelingslanden beter is, met minder ernstige negatieve symptomen (Hopper & Wanderling 2000). Dit probleem wordt niet verholpen, zoals de auteurs suggereren, door grote aantallen dossiers te bestuderen. Een andere beperking van de gevolgde methodologie is dat de eerste auteur, die alle dossiers heeft uitgeplozen, niet blind was voor de verblijfplaats van de patiënten (Nederland of Suriname) en dat we niets weten over de betrouwbaarheid van zijn scores.

Het exposé over de verschillen tussen de Nederlandse en Surinaamse communicatiestijl vond ik het interessante en leerzame deel van het artikel. Wie door Suriname reist (ik heb dat zelf ook gedaan), kan genieten van de indirecte, uitgebreide, contextuele en affectieve communicatiestijl. Ik betwijfel echter of men op basis van de onderzoeksresultaten tot het bestaan van een dergelijk communicatiepatroon mag besluiten. De auteurs vonden bij slechts 4 van de 40 vergelijkingen significante verschillen tussen beide groepen artsen en 1 verschil was in de tegengestelde richting (Nederlandse artsen rapporteerden significant vaker over affectieve non-responsiviteit dan Surinaamse artsen). Desalniettemin concluderen de auteurs dat Nederlandse artsen vaker tekorten in communicatieve vermogens signaleren en Surinaamse artsen vaker bijzonderheden in de affectieve expressie. Dat is te kort door de bocht. Het lijkt er op dat deze conclusie - die overigens juist kan zijn - reeds getrokken was vóór het onderzoek.

## LITERATUUR

- Ali, A.H. (2002). *De zontjesfabriek. Over vrouwen, islam en integratie*. Amsterdam/Antwerpen: Augustus.
- Bogers, J.P.A.M., Goedhart, A.W., & Hermans, P.J. (2003). Culturele bias in de beoordeling van negatieve symptomen? Diagnostische observaties van Surinaamse patiënten door Surinaamse en Nederlandse psychiaters. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45, 203-210.
- Hopper, K., & Wanderling, J. (2000). Revisiting the developed versus developing country distinction in course and outcome in schizophrenia: results from ISOs, the WHO collaborative follow-upproject. *International Study of Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin*, 26, 835-846.
- Jong, J.T.V.M. de. (1996). Psychodiagnostiek bij alloctonen: vragen om moeilijkheden? *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 51, 483-496.
- Spitzer, R.L., Endicott, J., & Robins, E. (1975). Clinical criteria for psychiatric diagnosis and DSM-III. *American Journal of Psychiatry*, 132, 1187-1192.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 3-2-2003.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

## AUTEUR

J. P. SELTEN is psychiater en werkzaam bij het Rudolf Magnus Instituut voor Neurowetenschappen, afdeling Psychiatrie, Universitair Medisch Centrum Utrecht.

Correspondentieadres: UMC Utrecht, Afdeling Psychiatrie, Huispostnummer A00.241, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht.