

Paranoia en somatoforme klachten bij een Nigeriaanse vluchteling

C. MARCQ, S. CLAES

SAMENVATTING Een Nigeriaanse vluchteling met een mengbeeld van paranoia en somatoforme klachten wordt acuut opgenomen. Haar klachten worden geïnterpreteerd als een cultuureigen uiting van een postpartumdepressie. De psychotische klachten worden behandeld met een crisisopname en toediening van antipsychotica. Ter behandeling van de resterende somatoforme klachten wordt een model gepresenteerd om te werken met door de patiënt gegenereerde metaforen.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 48(2006)8, 651-655]

TREFWOORDEN Nigeria, paranoïde stoornissen, somatoforme stoornissen

In veel culturen lijken vaak mengbeelden voor te komen van hallucinatoire belevingen in combinatie met angst en somatoforme klachten. Vanuit ons westerse denken met een scherp onderscheid tussen lichaam en geest, en tussen realiteit en fantasie is dit niet gemakkelijk te bevatten en categoriaal te classificeren (Van der Zwaard 2000).

Het verdient de voorkeur om bij psychiatrische evaluatie en praktijk rekening te houden met de locale verklaringsmodellen van geestesziekte (Bhugra & Mastrogianni 2004). Maar met de globalisering en de toenemende psychologisering zullen de klachtenpresentaties wellicht veranderen op manieren die moeilijk te voorspellen zijn. Naast de tendens tot behoud van etnische identiteit is er de tendens tot vermenging van culturele identiteit en klachtenpresentaties (Bhugra & Mastrogianni 2004).

GEVALSBESCHRIJVING

Patiënte is een 28-jarige economisch vluchteling. Een Belgische man haalde haar uit de prostitutie. Ze wonen samen.

Ze vertoonde diverse keren bizar, onaangepast gedrag waarbij ze in trance leek te zijn: zo doolde ze rond met haar drie maanden oude kind en nam plaats in de auto van een onbekende. 's Nachts klopte ze aan bij de pastoor om onderdak te vragen. Ze prevelde onverstaanbare woorden en was niet aanspreekbaar. Ze leek angstig en extreem onrustig. De politie bracht haar uiteindelijk bij de acute psychiatrische dienst.

De diagnose van 'psychotische stoornis NAO en relatieproblemen bij een vrouw met kenmerken van een theatrale persoonlijkheidsstoornis' werd overwogen. Na 2 dagen werd patiënte ontslagen. Ze kreeg een recept voor risperidon (2 mg) mee. Haar zoontje werd door de jeugdrechter uit huis geplaatst en patiënte werd naar een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGGZ) verwezen.

In het CGGZ zagen we een verzorgde, westers geklede Afrikaanse vrouw. In het contact was ze adequaat maar vermijdend. Bewustzijn, aandachts- en geheugenfuncties waren goed. In denken was ze coherent. Ze sprak behoorlijk Engels, wat de officiële taal is in Nigeria. Patiënte was af-

komstig uit Lagos, in het zuidelijke, katholieke deel van Nigeria. Haar moedertaal was het Ibo, een van de drie grote talen van het land (Ayonrinde e.a. 2004). Ze was de oudste van een gezin met zes broers en een zus. Ze had gewerkt als receptioniste. Op haar tweeëntwintigste trok ze naar Europa op aanraden van vrienden.

De affectmodulatie was verminderd en haar stemming was vervlakt. Realiteitstoetsing leek intact. Behoedzaam vertelde ze 'dat het net was alsof ze vreemde lichamelijke gewaarwordingen had': het was alsof ze innerlijk aan het krimpen was; alsof het spande rond de maag die leeg was, alsof er iets beet in de maag; 's nachts was het alsof ze hitte voelde in de maag. Ook was er een zwaarte in haar hoofd en was het net alsof iets haar mondhoeken naar beneden trok. Patiënte leek zich begrepen te voelen. Als therapeut leek het mij een star discours.

Een gastroscopie werd aangevraagd; daarmee ontstond een therapeutische band. De gastroscopie leverde geen bijzonderheden op. Het benoemen dat er géén maagpathologie was én de interpretatie dat haar lichaam haar mogelijk een boodschap gaf dat ze problemen had in haar leven die drukkend, brandend of bijtend waren, openden plots de dialoog. Doorleefd begon ze te vertellen. Ze zei erg triest te zijn. Ze sprak over het overlijden van haar vader net voor de bevalling, over nachtmerries waarin de vader haar beschuldigend toesprak, over het gemis aan familiale steun en aan cultuureigen geboorterituelen, over haar relationele moeilijkheden en over de schuldgevoelens omdat ze haar ouderlijk gezin financieel niet kon steunen. Ze was bang geen goede moeder te zijn en had angst voor haar kind, waardoor ze vanaf acht weken na de bevalling rondliep als 'a mad woman', wat haar nooit eerder was overkomen. De uithuisplaatsing van haar kind was voor haar een onbegrijpelijke straf en een enorm gemis.

Tijdens de verdere gesprekken bleef het gebruik van beeldspraak noodzakelijk om toegang te krijgen tot de beleving en een dialoog tot stand te brengen. Direct vragen naar gevoelens, gedachten en omstandigheden had stevast een ontwijkend

antwoord als resultaat. Om therapeutische doelen te kunnen formuleren werd haar gevraagd wat ze kon doen 'om te groeien in plaats van te krimpen'. Ze nam zich voor om weer contact op te nemen met haar familie, de lessen Nederlands te hervatten en werk te zoeken.

Patiënte wenste geen psychofarmaca te nemen uit angst voor bijwerkingen. Met risperidon was ze al snel gestopt vanwege duizeligheid. Psychiatrische crises kwamen niet meer voor en de somatische klachten namen af. De bezoekenmogelijkheden aan haar kind werden telkens uitgebreid. De therapie werd na vijf maanden op verzoek van patiënte beëindigd. Ze zorgde weer volledig voor haar kind en zei zich weer goed te voelen.

BESPREKING

Diagnose De combinatie van onverklaarbare lichamelijke klachten, tranceachtige toestanden, angsten, nachtmerries en hallucinaties zou een eeuw geleden als hysterie gediagnosticeerd zijn. Ondanks het verdwijnen van dit begrip in de psychiatrische classificatiesystemen lijken dissociatieve processen (bijvoorbeeld trances) in combinatie met angst en somatisatie in veel culturen voor te komen. Een categoriaal systeem als de DSM-IV lijkt te rigide om deze mengbeelden zinvol te kunnen classificeren (Van der Zwaard e.a. 2000). Ondanks het voorstel van een *cultural formulation of diagnosis* als supplement bij de meerassige evaluatie, lijkt het nog steeds een westers ziekteconcept te vertegenwoordigen dat moeilijk toepasbaar is op andere culturen (Bhugra & Mastrogianni 2004). Het is mogelijk dat achter dergelijke mengbeelden ernstige persoonlijkheidsproblematiek of depressies schuilgaan, maar dit moet dan in empirische onderzoeken verder worden nagegaan (Van der Zwaard e.a. 2000). Onderzoekers proberen nu kwantitatief onderzoek te combineren met een meer flexibele benadering waarbij rekening wordt gehouden met de locale verklaring modellen van geestesziekte (Bhugra & Mastrogianni 2004).

Dat in veel andere culturen psychisch ongemak zich eerder uit in lichamelijke klachten, is verklaarbaar vanuit een minder uitgesproken scheiding tussen lichaam en geest, met daarbij een cultureel ontbreken van een psychologisch taalgebruik. Daarmee kan men dan ook psychiatrische stigmatisering vermijden (Bhugra & Mastrogianni 2004). Het is dan geen somatisatie, maar een cultureel bepaalde symbolische, metaforische manier van spreken over emoties waarvan men zich bewust is. Als in de therapie de lichamelijke aard en de culturele betekenis van de metafoer worden benoemd, kan de patiënt meestal erkennen dat sociale, emotionele en psychische factoren een rol spelen (Bhugra & Mastrogianni 2004; Kirmayer e.a. 2004).

In niet-westerse culturen treden hallucinatoire belevingen vaak ook met onverklaarbare lichamelijke klachten op, als uiting van psychosociale stress. Hallucinatoire belevingen zijn te interpreteren als gewaarwordingen in het kader van dissociatie en verbeelding, als cultuurgebonden uiting van psychosociale stress (Van der Zwaard e.a. 2000). In tegenstelling tot het westerse strikte onderscheid tussen realiteit en fantasie hanteren niet-westerse culturen een imaginatief realiteitsconcept. Voorbijgaande functionele psychosen komen daar tienmaal meer voor (Castillo 2003). Paranoia zou te verklaren zijn vanuit een neiging tot externaliseren (Ebigbo 1993).

In Nigeria ziet men bij psychische decompensatie vaak een mengbeeld van paranoia en somatoforme klachten. Gevoelens van hitte, zwaarte, bijtende gewaarwordingen, wormgewriemel of kruipende mieren in rug, maag, ledematen of hoofd vormen typische somatoforme klachten om psychisch ongemak aan te geven, ongeacht de aard of de ernst ervan. Het zijn kernklachten die bij angststoornissen, depressie en schizofrenie en bij andere psychopathologie kunnen voorkomen. Vaak maskeren somatoforme klachten een echte depressieve toestand (Ebigbo 1993).

Ons inziens zou men dit mengbeeld van somatoforme klachten en 'psychotische stoornis Niet Anderszins Omschreven (NAO)' bij beschre-

ven patiënte kunnen interpreteren als een culturele uiting van een postpartumdepressie die acht weken na de bevalling is ontstaan. Patiënte had geen psychiatrische voorgeschiedenis. Uitlokkende factoren waren het overlijden van haar vader, relationele problemen en destabiliserende omstandigheden die gerelateerd zijn aan migratie (Stern & Kruckman 1983). De psychotische stoornis NAO lijkt gezien de angst, het dolen en het toevlucht zoeken in een kerk ook paranoïde gekleurd te zijn.

Differentiële diagnose Clinici kunnen zich focussen op het somatische en zo de lichamelijke preoccupatie van de patiënt vergroten. De verschijnselen worden ook vaak verkeerd geïnterpreteerd als theatraliteit, of soms als schizofrenie (Ebigbo 1993). De differentiëring met schizofrenie wordt soms verder bemoeilijkt door een gebrekkige taalvaardigheid, waardoor de realiteitstoetsing moeilijker te evalueren is. De omgeving kan eventueel duidelijk maken of het ziektegedrag bij de cultuur hoort. Een grondige hetero-anamnese wordt dan ook aangeraden in de DSM-IV (Van der Zwaard e.a. 2000).

Therapeutische aanpak Bij een psychose zijn antipsychotica aangewezen. In andere gevallen is terughoudendheid met medicatie aan te raden. Antipsychotica kunnen soms de neiging tot dissociatie versterken. Door benzodiazepinen kunnen eventuele dissociatie en pseudohallucinaties toenemen. Voor een cultuurbepaalde uiting van depressie kunnen antidepressiva aangewezen zijn (Van der Zwaard e.a. 2000). Daarbij moet men rekening houden met etnofarmacologische verschillen en met een mogelijk verhoogde kans op bijwerkingen (Bhugra & Mastrogianni 2004).

Aansluiting zoeken bij het verklaringsmodel dat patiënten hanteren is cruciaal voor het ontwikkelen van een psychotherapeutische relatie (Bhugra & Mastrogianni 2004). Het is efficiënter en getuigt van meer respect dan het vertalen van de klachten naar westerse psychologische termen en het heropvoeden van de patiënt zodat de klacht

past binnen onze psychologische taal en cultuur (Bhugra & Mastrogianni 2004; Dwairy 1997). Voorgesteld wordt deze symbolische en imaginatieve taal verder te gebruiken in de therapie (Dwairy 1997).

Aansluiting zoeken bij het verklaringsmodel van patiënten en het achterhalen van de betekenis van de klachten is een moeizaam proces, maar kan op den duur tot vermindering van hallucinatoire en somatoforme klachten leiden (Al-Issa 1995; Dwairy 1997; Van der Zwaard e.a. 2000). Binnen de betekeniswereld en het taalgebruik van de patiënt moet de therapeut aanmoedigen tot het maken van nieuwe associaties rond de klachten en tot zelfonderzoek. Er moet worden gezocht naar de betekenis van de metafoer, waardoor de patiënten hun klachten kunnen reassociëren met levenservaringen die tot dan 'voorbewust' waren gebleven (Dwairy 1997).

CONCLUSIE

Bij de hier beschreven patiënte werd de 'psychotische stoornis NAO' behandeld door opname en toediening van antipsychotica op de acute afdeling. De behandeling van resterende somatoforme klachten komt grotendeels overeen met een eenvoudig zesstappenmodel om te werken met patiëntgegenereerde metaforen. Kort geschetst bestaat dit model hieruit: (1) opmerken van de metafoer; (2) de metafoer naar de patiënt toe duidelijk erkennen; (3) ruim de tijd nemen om de metafoer nader te onderzoeken en uit te breiden; (4) zoeken naar de betekenis van de metafoer; (5) binnen de uitgebreide metafoer een therapeutisch doel selecteren; en (6) de metafoer te gebruiken als een instrument tot gedeelde verstandhouding bij volgende sessies (Sims 2003). Het model lijkt toepasbaar op deze transculturele gevalbeschrijving.

LITERATUUR

- al-Issa, I. (1995). The illusion of reality or the reality of illusion. Hallucinations and culture. *The British Journal of Psychiatry*, 166, 368-373.
- Ayonrinde, O., Gureje, O., & Lawal, R. (2004). Psychiatric research in Nigeria: bridging tradition and modernisation. *The British Journal of Psychiatry*, 184, 536-538.
- Bhugra, D., & Mastrogianni, A. (2004). Globalisation and mental disorders. Overview with relation to depression. *The British Journal of Psychiatry*, 184, 10-20.
- Castillo, R.J. (2003). Trance, functional psychosis, and culture. *Psychiatry*, 66, 9-21.
- Dwairy, M. (1997). A biopsychosocial model of metaphor therapy with holistic cultures. *Clinical Psychology Review*, 17, 719-732.
- Ebigbo, P.O. (1993). [Manifestations of somatization in Nigerian patients--diagnostic attempts and therapeutic approaches.] *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 43, 396-401.
- Kirmayer, L.J., Groleau, D., Looper, K.J., e.a. (2004). Explaining medically unexplained symptoms. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 663-672.
- Sims, P.A. (2003). Working with metaphor. *American Journal of Psychotherapy*, 57, 528-536.
- Stern, G., & Kruckman, L. (1983). Multi-disciplinary perspectives on post-partum depression: an anthropological critique. *Social Science & Medicine*, 17, 1027-1041.
- Zwaard, R. van der, Feijen, R.A., & van der Post, L.F. (2000). Waarnemingsstoornissen bij een Turkse vrouw: hallucinaties of pseudohallucinaties? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 144, 729-732.

AUTEURS

C. MARCQ was ten tijde van het schrijven van dit artikel arts in opleiding tot psychiater en is nu als psychiater werkzaam in het Centrum voor Integrale Psychotherapie te Berchem.

S. CLAES is hoogleraar psychiatrie en is verbonden aan het Universitair Ziekenhuis Gasthuisberg te Leuven.

Correspondentieadres: CIP, Generaal van Merlenstraat 46, 2600 Berchem, België.

E-mail: cmarcq@acip.be.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 4-5-2006.

SUMMARY

Paranoia and symptoms of somatoform disorders in a Nigerian refugee. A case study
– C. Marcq, S. Claes –

A female Nigerian refugee presented with a combination of paranoia and symptoms of somatoform disorders. Her symptoms were interpreted as a cultural expression of postpartum depression. The psychotic symptoms subsided when the patient was admitted to a psychiatric crisis unit and was given antipsychotics. We describe a model that can be used to treat remaining somatoform symptoms with patient-generated metaphors.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 48(2006)8, 651-655]

KEY WORDS Nigeria, paranoid disorders, somatoform disorders