

# Transculturele psychiatrie; ontwikkelingen in de laatste 25 jaar

F.A.M. KORTMANN

**SAMENVATTING** Tot de jaren zeventig gold de universaliteitshypothese binnen de transculturele psychiatrie. Kleinman pleitte voor een meer antropologische benadering. Deze kreeg zijn weerslag in appendix I van de DSM-IV (culturele formulering). Meer recent verbreedt de belangstelling zich tot interetnische biologische verschillen en sociale en maatschappelijke factoren die ziekten in verschillende etnische groepen veroorzaken en in stand houden. De op het individu gerichte antropologisch georiënteerde transculturele psychiatrie verschuift steeds meer in de richting van de sociale psychiatrie.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)JUBILEUMNUMMER 1959-2008, 145-149]

**TREFWOORDEN** antropologie, cultuur, epidemiologie, interculturalisatie, sociale psychiatrie, universaliteitshypothese

Met de komst van vluchtelingen en arbeidsmigranten naar Nederland heeft de transculturele psychiatrie zich sterk ontwikkeld. Het begon met hier en daar een speciaal migrantenteam in de toenmalige Riaggs in de Randstad. Nu is interculturalisatie een niet meer weg te denken onderwerp binnen de ggz. Binnen de Vereniging voor Psychiatrie is een sectie Transculturele Psychiatrie (nu platform Transculturele Psychiatrie) opgericht. Er bestaan diverse kenniscentra op dit gebied. De oudste – Phoenix – werd opgericht voor de behandeling van Vietnamese bootvluchtelingen. Daar zijn naderhand andere kenniscentra bijgekomen, zoals Pharos, de Vonk (Centrum '45), Mikado en De Evenaar.

Ook op het gebied van wetenschappelijk onderzoek is de laatste 25 jaar veel werk gedaan op dit terrein, met name op het gebied van de epidemiologie en schizofrenie. Dit heeft een aantal belangrijke proefschriften opgeleverd.

In dit artikel ga ik in op de paradigmaverandering die zich in de laatste 25 jaar in de transcul-

turele psychiatrie heeft voorgedaan: van een rigide benadering van patiënten uit niet-westerse culturen vanuit het strakke universaliteitsdenken, ingegeven door de WHO uit de jaren zeventig en begin jaren tachtig, naar een antropologische benadering van deze mensen. Daarin heeft de Amerikaanse psychiater en antropoloog Arthur Kleinman een belangrijke rol gespeeld. Kleinman bekleedt thans de Cleveringaleerstoel in Leiden. Het resultaat van deze nieuwe benadering draagt bij tot zorg op maat voor deze doelgroep.

## UNIVERSALITEITSHYPOTHESE

Een mijlpaal in de ontwikkeling van de transculturele psychiatrie in de laatste dertig jaar is de publicatie *Depression, somatisation and the new cross-cultural psychiatry* (Kleinman 1977). Daarin bekritiseert Kleinman de uitspraak van Singer dat depressieve stoornissen geen transculturele verschillen vertonen. Hij bestempelt het onderzoek van Singer als 'old transcultural psychiatry' en introduceert

het begrip 'new cross-cultural psychiatry'. 'Oude' transculturele psychiatrie gaat uit van de universaliteitshypothese: psychiatrische ziekten komen overal ter wereld voor in ongeveer gelijke verschijningsvorm en aantallen. De invloed van cultuur op psychiatrische ziektebeelden wordt beschouwd als niet essentieel: ze is slechts een vernislaagje dat soms over de harde kern van psychiatrische ziekten ligt. De *International Classification of Diseases (ICD)* is hierop gebaseerd en deze zou daarom universeel bruikbaar zijn. In mondiale studies van de WHO, zoals de 'International pilot study on schizophrenia' (1973) en de 'Collaborative study: assessment of depressive disorders' (1980) wordt de universaliteitshypothese bevestigd.

Kleinman tekent echter bezwaar aan tegen de bewijsvoering hiervoor. Door westerse ziektecategorieën te gebruiken in epidemiologische studies in niet-westerse culturen is het zogenaamde bewijs voor de universaliteit van psychiatrische ziektebeelden niet meer dan een zichzelf vervullende profetie. Kleinman beticht de 'oude' transculturele psychiatrie van een categoriedenkfout ('category fallacy').

Hij pleit voor een meer antropologische benadering van psychiatrische stoornissen. Hij maakt daartoe onderscheid tussen 'illness', opgevat als het subjectieve gevoel van onwel bevinden dat een patiënt bij de dokter naar voren brengt en 'disease', opgevat als een ontsporing van biologische of psychologische processen die door een dokter wordt vastgesteld. De ziekte-uitingen van de patiënt worden gekleurd door de cultuur van de patiënt.

Dit is een belangrijk onderscheid voor de praktijk. Wanneer psychiaters onvoldoende bekend zijn met de manier waarop patiënten uit andere culturen hun ziektegevoel uiten, kunnen zij gemakkelijk tot een verkeerde diagnose komen en kunnen patiënten zich niet begrepen voelen. Dat alles kan gemakkelijk leiden tot het mijden van de ggz door allochtonen of tot een falende therapietrouw. Het uiteindelijke gevolg hiervan is een inefficiënte en ineffectieve gezondheidszorg, een probleem waar de Nederlandse hulpverlening aan minderheden nog steeds mee kampt (Knipscheer & Kleber 2005).

## VALIDITEIT

In *Rethinking psychiatry*, een belangrijk standaardwerk in de moderne transculturele psychiatrie, werkt Kleinman (1988) zijn antropologische visie verder uit. Psychiatrische diagnoses zijn geen entiteiten die op zichzelf staan, maar het zijn zijns categorieën die sterk worden beïnvloed door historische ontwikkelingen, culturele invloeden en politieke besluiten. Hiermee plaatst Kleinman kritische kanttekeningen bij de validiteit van psychiatrische diagnoses. Hij maakt zich daarmee uiteraard niet populair binnen kringen van psychiatrisch epidemiologen en onderzoekers. Hij schuift het begrip 'validiteit' echter niet terzijde, als zouden psychiatrische aandoeningen puur subjectieve en relatieve aangelegenheden zijn, zoals Littlewood (1990) beweert.

Validiteit in de psychiatrie is, volgens Kleinman, de uitkomst van een onderhandelingsproces. Psychiaters plaatsen de ziekte-ervaringen van patiënten in hun specifieke culturele context naast hun eigen professionele diagnostische concepten en kijken of er voldoende overeenstemming bestaat tussen beide. De validiteit van een psychiatrische diagnose hangt dus samen met een vorm van etnografisch begrijpen van de klachten en problemen van een patiënt binnen diens culturele context.

Een voorbeeld. Een Chinese psychiater stelt bij een Chinese patiënt die klaagt over moeheid, lusteloosheid, overgevoeligheid en veel lichamelijke klachten de diagnose neurasthenie. Neurasthenie is in China een lichamelijke ziekte; over een gedrukte stemming die daarmee vaak gepaard gaat, praat men in de Chinese cultuur niet gemakkelijk. Een Amerikaanse psychiater komt bij een Amerikaanse patiënt met soortgelijke klachten tot de diagnose dysthymie, omdat Amerikaanse patiënten de gedrukte stemming die met deze lichamelijke klachten gepaard gaat gewoonlijk geprononceerder naar voren kunnen en mogen brengen dan hun Chinese lotgenoten. Kleinman noemt neurasthenie de door de Chinese cultuur gevormde ziekte-ervaring van een psychiatrische

ziekte die in het Westen dysthymie wordt genoemd.

Voor de praktijk betekent dit dat transculturele psychiatrische epidemiologie steeds moet worden geschoeid op de leest van een combinatie van een kwalitatieve en een kwantitatieve benadering (De Jong & Van Ommeren 2002).

#### CULTURELE FORMULERING

Het belang van een antropologische kijk op psychiatrische stoornissen wint de laatste 25 jaar steeds meer veld. Was de DSM-III nog geheel 'cultuurvrij', in appendix I van de DSM-IV krijgt de factor 'cultuur' op een bescheiden manier aandacht. In deze appendix wordt de culturele formulering ten doop gehouden. Doel hiervan is de psychiater ervan bewust te maken dat om een psychiatrische stoornis bij een patiënt uit een andere cultuur goed te kunnen diagnosticeren en de patiënt goed te begeleiden het nodig is dat hij of zij de persoonlijke ervaringen van de patiënt en zijn of haar culturele inbedding systematisch in kaart moet brengen op verschillende dimensies. Deze zijn: (1) de culturele identiteit van de patiënt, (2) diens culturele ziekteverklaringen, (3) de culturele stressoren en steun vanuit zijn omgeving die gerelateerd zijn aan zijn functioneren en (4) de culturele aspecten in zijn relatie met de hulpverlener. De culturele formulering is voor het Nederlandse taalgebied uitgewerkt in 'Cultuur, classificatie en diagnose' (Borra e.a. 2002).

Weiss (1997) ging een stap verder. Om kwantitatief vergelijkend epidemiologisch onderzoek mogelijk te maken binnen de meer en meer antropologisch georiënteerde transculturele psychiatrie ontwierp hij voor de tweede dimensie van de culturele formulering, de culturele ziekteverklaringen, de zogenaamde 'Explanatory Model Interview Catalogue' (EMIC). Met behulp hiervan kunnen de ziekte-ervaringen van patiënten uit verschillende culturen worden geoperationaliseerd en kunnen de betekenis die patiënten aan hun ziekte geven en het gedrag dat daaruit voortkomt op een systematische wijze worden vastge-

legd en met elkaar vergeleken. Een soortgelijke poging om de betekenis van ziekte-ervaringen van patiënten uit verschillende culturen op een systematische wijze vast te leggen vinden we terug in het McGill Illness Narrative Interview (MINI) (Groleau e.a. 2006). Het zijn belangrijke stappen in de ontwikkeling van valide epidemiologisch onderzoek in de transculturele psychiatrie van de laatste 25 jaar.

#### BIOLOGISCHE VERSCHILLEN

De klassieke universaliteitshypothese wordt niet alleen vanuit de antropologie, maar ook steeds meer vanuit de biologie ondergraven. Patiënten met eenzelfde soort psychiatrische aandoening kunnen verschillend reageren op bepaalde psychofarmaca vanwege interetnische en intra-etnische farmacogenetische, -kinetische en -dynamische verschillen. Een voorbeeld van een genetisch verschil is de wisselende hoeveelheid actieve aldehydedehydrogenase bij mensen. Bij ongeveer 50% van de Chinese en Japanse bevolking zien we een lage spiegel. Omdat zulke mensen moeilijk alcohol kunnen afbreken, raken zij bij de inname van relatief geringe hoeveelheden snel geïntoxiceerd. Een voorbeeld van verschillen in farmacokinetiek is de variatie in de beschikbare cytochroom P450-enzymen bij mensen van verschillende etnische groepen. Daardoor bestaan langzame en snelle metaboliseerders. Bij het bepalen van de dosering van psychofarmaca, zoals haloperidol en amitriptyline, dient men daarmee rekening te houden. Verschillen in de benodigde bloedspiegel van lithium ten behoeve van de profylaxe van bipolaire stoornissen in verschillende etnische groepen zijn waarschijnlijk terug te voeren op interetnische verschillen in farmacodynamiek van het lithium-ion.

#### TOEKOMST

De nieuwe transculturele psychiatrie die werd ontwikkeld in de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw, was sterk antropologisch en

psychologisch georiënteerd. De aandacht was vooral gericht op de invloed van cultuur op de diagnostiek en behandeling van individuele patiënten. Meer recent is het perspectief op psychiatrische aandoeningen bij mensen uit verschillende culturen verder verbreed. Er bestaat een toenemende belangstelling voor de sociale en maatschappelijke factoren die (psychiatrische) ziekten bij verschillende etnische groepen veroorzaken en in stand houden – een moderne vorm van sociale psychiatrie. Zo blijkt de duur van de asielprocedure een belangrijke risicofactor voor het ontstaan van psychiatrische problemen (Laban e.a. 2005). Daarnaast groeit de aandacht voor de politieke en economische context waarbinnen geestelijke gezondheidszorg wordt vormgegeven en aangeboden. De roep om interculturalisatie van de ggz wordt steeds luider.

Tegen deze achtergrond schetst een belangrijke opinieleider in de huidige transculturele psychiatrie, Kirmayer, in ‘*Beyond the ‘new cross-cultural psychiatry’*’ (2006) zijn ideeën over de toekomst van de transculturele psychiatrie. Deze wordt gekenmerkt door een toenemende intensieve samenwerking met andere disciplines, zoals psychiatrische epidemiologie, medische antropologie, medische sociologie, cognitieve wetenschappen en sociale psychologie. De dichotomie natuur-cultuur zal verder afgebroken worden, omdat uit onderzoek steeds meer blijkt dat omgevingsfactoren invloed hebben op biologische eigenschappen van mensen en andersom. Men kan denken aan de vaststelling van een verhoogde kans op schizofrenie bij migranten in Nederland vanwege discriminatie en sociale achterstand (Selten & Cantor-Graae 2005).

De transculturele psychiatrie blijft in de toekomst gericht op psychopathologische processen. Maar deze processen worden steeds minder opgevat als zich binnen individuen afspelend, en meer gezien als resultante van sociale en maatschappelijke factoren in een wereld waarin westerse en niet-westerse systemen van macht met elkaar de strijd aangaan. Transculturele psychiatrie wordt zo een moderne vorm van sociale psychiatrie.

## LITERATUUR

- Borra, R., van Dijk, R., & Rohlof, H. (2002). *Cultuur, classificatie en diagnose*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Jong, J.T. de, & van Ommeren, M. (2002). Toward a culture-informed epidemiology: combining qualitative and quantitative research in transcultural contexts. *Transcultural Psychiatry*, 39, 422-433.
- Groleau, D., Young, A., & Kirmayer, L. (2006). The McGill Illness Narrative Interview (MINI): an interview schedule to elicit meanings and models of reasoning related to illness experience. *Transcultural Psychiatry*, 43, 671-691.
- Kirmayer, L.J. (2006). Beyond the ‘new cross-cultural psychiatry’: cultural biology, discursive psychology and the ironies of globalisation. *Transcultural Psychiatry*, 43, 126-144.
- Kleinman, A. (1977). Depression, somatization and the ‘new cross-cultural psychiatry’. *Social Science and Medicine*, 11, 3-10.
- Kleinman, A. (1988). *Rethinking psychiatry. From cultural category to personal experience*. New York: Free Press.
- Knipscheer, J., & Kleber, R.J. (2005). Migranten in de ggz: empirische bevindingen rond gezondheid, hulpzoekgedrag, hulpbehoefte en waardering van zorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 753-759.
- Laban, C.J., Gernaat, H.B.P.E., Komproe, I.H., e.a. (2005). Invloed van de duur van de asielprocedure op de prevalentie van psychiatrische stoornissen bij Iraakse asielzoekers in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 743-752.
- Littlewood, R. (1990). From categories to contexts. A decade of ‘new cross-cultural psychiatry’. *The British Journal of Psychiatry*, 156, 308-327.
- Selten, J.P., & Cantor-Graae, E. (2005). Schizofrenie en migratie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 733-742.
- Weiss, M. (1997). Explanatory Model Interview Catalogue (EMIC): framework for comparative study of illness. *Transcultural Psychiatry*, 34, 235-263.

## AUTEUR

F.A.M. KORTMANN is psychiater en als hoogleraar Transculturele Psychiatrie verbonden aan de Radboud Universiteit Nijmegen, als psychotherapeut voor allochtonen verbonden aan de Pompekliniek in Nijmegen en mental health consultant voor Nederlandse en buitenlandse hulporganisaties op het gebied van geestelijke gezondheidszorg en traumabehandeling.

Correspondentieadres: prof. dr. F.A.M. Kortmann, UMC St  
Radboud, afdeling Psychiatrie, Postbus 9101, 6500 HB  
Nijmegen.  
E-mail: f.kortmann@psy.umcn.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 2-5-2008.

## SUMMARY

Transcultural psychiatry; developments in the past 25 years – F.A.M. Kortmann –  
Until the 1970's the universality hypothesis was the leading theory in transcultural psychiatry. Kleinman argued in favour of a more anthropological approach. This was reflected in Appendix I of the DSM IV (Cultural Formulation). More recently the focus of attention has broadened to include interethnic differences and social and community factors that induce and perpetuate mental disorders in various ethnic groups. The individualistic anthropologically orientated approach of the 1970's is moving more and more in the direction of social psychiatry.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)JUBILEUMNUMMER 1959-2008, 145-149]

KEY WORDS anthropology, culture, epidemiology, interculturalisation, social psychiatry, universality