

Depressie en angst bij Turkse en Marokkaanse minderheidsgroepen in Nederland: prevalentie, symptomen, risico- en beschermende factoren in de algemene bevolking

Een systematische review

A.C. SCHRIER, S.J. HOGERZEIL, M.A.S. DE WIT, A.T.F. BEEKMAN

- ACHTERGROND** Psychiaters vinden het soms lastig om patiënten van niet-westerse afkomst met depressieve of angststoornissen te behandelen. Zijn bij niet-westerse allochtonen de symptomen anders, of zijn er andere oorzaken voor de klachten?
- DOEL** Een overzicht bieden van bevindingen uit bevolkingsonderzoek naar de prevalentie, symptomen, risicofactoren en beschermende factoren voor depressie en angst bij Turkse en Marokkaanse Nederlanders in vergelijking met autochtone Nederlanders.
- METHODE** Systematisch literatuuronderzoek.
- RESULTATEN** Achttien publicaties werden geselecteerd, gebaseerd op negen bevolkingsstudies. De prevalentie van depressieve en angststoornissen bleek hoger in de bevolking van Turkse afkomst dan in de autochtone bevolking. Het symptoomprofiel van depressie vertoonde vooral overeenkomsten tussen de bevolkingsgroepen. Neuroticisme en somatische comorbiditeit hingen in alle bevolkingsgroepen op dezelfde manier samen met depressie. In de migrantengroepen was ervaren discriminatie een risicofactor, en participatie in de Nederlandse samenleving een beschermende factor. Actieve coping en religieuze coping waren beschermende factoren in alle bevolkingsgroepen.
- CONCLUSIE** De verhoogde prevalentie van depressieve en angststoornissen bij Turkse Nederlanders vraagt om nader onderzoek naar mogelijkheden tot preventie en behandeling in deze groep. Hierbij verdienen de specifieke risicofactoren onder migranten aandacht, discriminatie en beperkte sociale participatie, naast de algemene risicofactoren die overeenkomen tussen de bevolkingsgroepen.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)1, 30-39

TREFWOORDEN depressie, intercultureel, Marokko, review, Turkije



ARTIKEL



Door de eeuwen heen is Nederland een immigratieland geweest voor mensen uit Europa en andere werelddelen. De grootste niet-westerse bevolkingsgroepen in Nederland

zijn op dit moment de eerste en tweede generatie immigranten uit Turkije, Marokko, Suriname en de Nederlandse Antillen. In 2014 vormden zij samen 7,6% van de bevolking

(CBS 2014). Deze mensen kunnen – in grote lijnen – de weg naar de specialistische geestelijke gezondheidszorg even goed vinden als autochtone Nederlanders (Schrier e.a. 2005; Fassaert e.a. 2009a; Klaufus e.a. 2014).

Psychiaters en andere hulpverleners zijn soms onzeker of ze de patiënten uit deze bevolkingsgroepen wel de juiste behandeling bieden (Kramer 2012). Is het concept ‘depressie’ bruikbaar bij patiënten van niet-westerse afkomst? Is reguliere psychiatrische diagnostiek valide, of moet deze aangepast worden? Sommigen kiezen voor ‘standaarddiagnostiek’; anderen hanteren een ‘cultuursensitieve aanpak’; en velen proberen beide te combineren om zo zorgvuldig mogelijk diagnostiek te verrichten (Ghane e.a. 2013).

Zijn deze twijfels terecht? Is een depressieve stoornis bij een patiënt van Turkse of Marokkaanse afkomst ‘anders’ dan bij een autochtone patiënt? Deze vragen refereren aan fundamentele perspectieven op psychiatrische stoornissen: zijn dit universele verschijnselen of kunnen deze alleen worden begrepen vanuit de culturele context? Onderzoekers die een cultureel-relativistisch standpunt innemen, zullen bij voorkeur voor kwalitatieve onderzoeksmethoden kiezen, terwijl degenen die universele processen benadrukken eerder kwantitatieve, epidemiologische, methoden inzetten (de Jong e.a. 2010). In deze review bespreken we vanuit dit laatste standpunt de resultaten van bevolkingsonderzoek onder Turkse en Marokkaanse migranten in Nederland.

Het epidemiologisch onderzoek tot 1995 kende nog veel methodologische beperkingen. Veel studies waren gevalsbeschrijvingen, betroffen selecte immigrantengroepen, patiënten die al in behandeling zijn, of waren bevolkingsonderzoeken die niet aselekt zijn. Lang niet altijd werden de resultaten afgezet tegen die van autochtonen met psychische problemen (Kamperman & de Wit 2010). Nadien zijn meerdere initiatieven genomen vanuit universiteiten en GGD’s, wat onder andere geleid heeft tot het proefschrift van de eerste auteur (Schrier 2013).

Voor dit overzichtsartikel verrichtten wij een literatuurstudie naar alle tot nu toe gepubliceerde bevolkingsonderzoeken met als focus angst- en stemmingsstoornissen bij volwassen migranten in Nederland. We beperkten ons tot de twee grootste migrantengroepen, de Turkse en Marokkaanse Nederlanders. Op grond van ons literatuuroverzicht beantwoorden we in deze review de volgende vragen: Wat zijn de overeenkomsten of verschillen voor depressie en angst tussen Turkse en Marokkaanse migranten en autochtone Nederlanders in de algemene bevolking wat betreft de prevalentie, het symptoomprofiel en de risico- en beschermende factoren? Ook beschrijven we de bevindingen wat betreft risico- en beschermende factoren die

AUTEURS

AGNES C. SCHRIER, psychiater, i-psy Interculturele Psychiatrie, Utrecht.

SIMON J. HOGERZEIL, psychiater, i-psy Interculturele Psychiatrie, Utrecht.

MATTY A.S. DE WIT, senior onderzoeker, afd. Epidemiologie, Documentatie en Gezondheidsbevordering, GGD, Amsterdam.

AARTJAN T.F. BEEKMAN, hoogleraar en afdelingshoofd psychiatrie, VUMC en GGZ InGeest, Amsterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Agnes Schrier, i-psy, Giessenplein 59 H, 3522 KE Utrecht.
E-mail: A.Schrier@i-psy.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 26-10-2016.

specifiek zijn voor de migrantengroepen: discriminatie en acculturatie.

METHODE

Wij selecteerden studies die voldeden aan de volgende criteria:

1. setting: algemene bevolking van Nederland;
2. onderzoeksgroep: eerste of tweede generatie Turkse en/of Marokkaanse volwassenen;
3. meetinstrument: depressieve stoornis of symptomen, al dan niet in combinatie met angststoornis of angstsymptomen;
4. gepubliceerd in peer-reviewed tijdschriften voor 1 december 2015.

Wij zochten allereerst naar studies via secundaire bronnen (Kamperman & de Wit 2010; Intercultureel Addendum 2012; Laban & van Dijk 2013) en uit drie Nederlandse proefschriften die gebaseerd zijn op bevolkingsonderzoek onder migranten (Kamperman 2005; Fassaert 2011; Schrier 2013). Kruisreferenties werden nagetrokken. Primaire bronnen in PubMed werden gezocht met de trefwoorden ‘(depressive OR anxiety) AND (Turkey OR Turkish OR Morocco OR Moroccan)’.

De kwaliteit van de studies werd onafhankelijk beoordeeld door de hoofdauteur (A.S.) en een coauteur die bij geen van de geïncludeerde studies betrokken was (S.H.). Een lijst met criteria werd vastgesteld op basis van kwaliteitscriteria uit systematische reviews en meta-analyses op het gebied van de prevalentie van depressie (Luppa e.a. 2012; Krebber e.a. 2014). Voor alle studies werden zes methodologische criteria gescoord op een driepuntsschaal:

TABEL 1 Prevalentie van stemmings- en angstklachten en stoornissen onder Turkse en Marokkaanse Nederlanders, ten opzichten van de autochtone bevolking

Studienaam	Sophia KZH	GGD R'stad	GGD A'dam	LASER	AGM-I
Regio	DR	A	A	A	A
Studiejaar	1993-1994	1995-1997	1999-2000	2003-2004	2004
Leeftijd (jaren)	30-45	16-64	55-74	15-24	18+
Respons (%)	65	57-62	43-87	55-57	39-50
Kwaliteitsscore (0-12)	11	8	9	10	10
Meetinstrument (cutoff) type meting van depressie en/of angst	GHQ-28 screening ● ●	GHQ-12 (> 2) screening ● ●	CES-D (≥ 16) screening ●	CES-D (≥ 16) screening ●	K10 (> 20) screening ● ●
Autochtone Nederlanders cases/respondenten prevalentie (95%-BI) oddsratio (95%-BI)		n.g./1698	44/304 14,5 (10,8-19,1) ref		103/484 21,3 (17,8-25,2) ref
Turkse Nederlanders cases/respondenten prevalentie (95%-BI) oddsratio (95%-BI)	262/785 33,4 (30,1-36,8)		193/330 58,5 (52,9-63,8) 9,4 (6,4-14,0)	73/199 36,7 (30,1-43,8)	136/383 35,5 (30,7-40,5) 2,1 (1,5-2,8)
Marokkaanse Nederlanders cases/respondenten prevalentie (95%-BI) oddsratio (95%-BI)		n.g./205 1,1 (0,8-1,6)	111/299 37,1 (31,7-42,9) 3,6 (2,4-5,3)	43/153 28,1 (21,3-36,0)	106/316 33,5 (28,4-39,1) 1,9 (1,4-2,6)

Studies: Sophia KZH: Sophia Kinderziekenhuis (Bengi-Arslan e.a. 2002); GGD R'stad: GGD Randstad (Dijkshoorn e.a. 2000); GGD A'dam: GGD Amsterdam (vd Wurff e.a. 2004); LASER: Lifestyle in Amsterdam: Study among Ethnic gRoups (van Dijk e.a. 2010); AGM-I en AGM-II: Amsterdamse Gezondheidsmonitor fase I (Schrier e.a. 2012b) en II (de Wit e.a. 2008); G4 Monitor: vier Grote steden Monitor (Klaufus e.a. 2014); HELIUS: HEalthy Life in an Urban Setting (Ikram e.a. 2015). **Regio's:** A: Amsterdam; D: Den Haag; R: Rotterdam; U: Utrecht. **Meetinstrumenten:** GHQ-28 en GHQ-12: General Health Questionnaire-28 resp. 12 item versie; CES-D: Center for Epidemiological Studies Depression Scale; K10: Kessler Psychological Distress scale; CIDI 2.1: Composite International Diagnostic Interview versie 2.1; PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9. **Prevalentie & oddsratio's:** Cases: zijn vastgesteld d.m.v. een screeningsinstrument met cut-off, of d.m.v. gestructureerde diagnostiek; n.g.: niet gerapporteerd; 95%-BI: 95%-betrouwbaarheidsinterval; oddsratio: oddsratio met autochtone Nederlanders als referentiegroep. **Noten:** a: Er was sprake van 'getrapte werving' over twee studiefases (AGM-I en AGM-II); de respons in AGM-I was gemiddeld 44%; in AGM-II waren de directe responspercentages respectievelijk 71%, 62% en 77% voor Turkse, Marokkaanse en autochtone Amsterdammers; in deze tabel zijn responspercentages t.o.v. de oorspronkelijke studiebevolking (AGM-I) berekend.

- sociodemografische beschrijving van de onderzoekspopulatie (geen, leeftijd en geslacht, idem plus opleiding en/of werk);
- responspercentage van de migrantengroep (geen informatie, < 50%, ≥ 50%);
- representativiteit (geen informatie of niet representatief, representatief o.b.v. indirecte vergelijking met bevolking, representatief o.b.v. directe vergelijking van respondenten en non-respondenten);
- aantal respondenten in migrantengroep (kleinste groep bepaalt de score) (< 100, 100-500, ≥ 500);
- transculturele validatie van meetinstrumenten (niet, instrumenten eerder gebruikt in Turkse of Marokkaanse populatie, transcultureel gevalideerd);

AGM-II	G4 Monitor	HELIUS
A 2005 18+ 21-30 ^a 9	ADRU 2008 16+ 30-57 7	A 2011-2013 15-24 20-40 7
CIDI 2.1 diagnose • •	K10 (≥ 16-24) screening • •	PHQ-9 (≥ 10) screening •
24/320 7,5(5,0-11,1) ref	5948/13864 42,9 (42,1-43,7) ref	101/1744 5,8 (4,8-7,0) ref
44/213 20,7 (15,6-6,8) 3,2 (1,9-5,5)	492/978 50,3 (47,1-53,5) 1,3 (1,2-1,5)	200/834 24,0 (21,2-27,1) 5,1 (4,0-6,7)
17/191 8,9 (5,4-14,1) 1,2 (0,6-2,3)	293/784 37,3 (33,9-40,8) 0,8 (0,7-0,9)	

– meetmethode (geen vertaling beschikbaar, tweetalig schriftelijk, mondeling met tweetalige interviewers).

Studies met een score < 50% van de maximale score werden geëxcludeerd van verdere analyse en bespreking.

Voor de berekening van de prevalentiecijfers en 95%-betrouwbaarheidsintervallen (95%-BI) werden in elke publicatie steekproefgrootte en aantal gevallen geïdentificeerd. Wanneer het aantal gevallen niet was vermeld, werd dit afgeleid uit het prevalentiepercentage in de publicatie. Oddsratio's (OR) en betrouwbaarheidsintervallen werden berekend met autochtone Nederlanders als referentiegroep.

RESULTATEN

Studieselectie en methodologische kenmerken studies

Vanaf de jaren 90 zijn tien bevolkingsonderzoeken naar depressieve en angstklachten bij Turkse en Marokkaanse

minderheidsgroepen verricht, op grond waarvan negentien publicaties zijn verschenen. De GGD's in de Randstad zijn initiator geweest van de helft van de studies. De NEMESIS-I-studie (De Graaf e.a. 2005) werd volledig geëxcludeerd voor verdere bespreking in deze review wegens een te lage kwaliteitsscore (deze studie richtte zich ook niet specifiek op migranten). De TPO-studie (Kamperman e.a. 2003) had geen *random sampling*, maar sampling volgens de sneeuwbalmethode en werd daarom geëxcludeerd voor de vergelijking van prevalentiecijfers; de resultaten wat betreft risico- en beschermende factoren werden wel meegenomen in de bespreking.

Hierdoor bleven er acht studies over met prevalentiecijfers; in zes daarvan worden prevalentiecijfers vergeleken tussen de migrantengroep en de autochtone bevolking. Er zijn geen incidentiestudies verricht. In **TABEL 1** worden van deze acht studies enkele methodologische karakteristieken vermeld: studieregio en studiejaar; geïncludeerde leeftijdsgroep; responspercentage en gebruikt meetinstrument. Van de acht studies gebruikten er zeven screeningsinstrumenten. Alleen in de AGM-II studie werd een gestructureerd diagnostisch interview uitgevoerd met het *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI), versie 2.1 (De Wit e.a. 2008).

De responspercentages van de AGM-II waren laag en varieerden van 21% bij de Marokkaanse Amsterdammers tot 30% bij de autochtone Amsterdammers. Dit is gedeeltelijk te verklaren door de getrapte werving in twee fases (AGM-I en AGM-II). De respons in AGM-I varieerde van 39% bij Marokkaanse Amsterdammers tot 50% bij Turkse Amsterdammers. Dit is waarschijnlijk een onderschatting van de respons, omdat een deel van de respondenten niet werd bereikt door omissies in de Gemeentelijke Basisadministratie van Amsterdam. Van de deelnemers aan de AGM-I nam 56% deel aan de AGM-II. Hierbij was er geen sprake van selectieve respons wat betreft geestelijke gezondheid (de Wit e.a. 2008; Ujcic-Voortman e.a. 2009).

Prevalentie van depressieve en angstsymptomen

De acht geïncludeerde publicaties met prevalentiecijfers toonden een grote variatie aan uitkomsten binnen de etnische groepen (**TABEL 1**). In de AGM-II-studie o.b.v. het CIDI 2.1 bleek de éénmaandsprevalentie van stemmings- en/of angststoornissen hoger onder Turkse Amsterdammers dan onder autochtone Amsterdammers (OR 3,2; 95%-BI: 1,9-5,5), maar niet hoger onder Marokkaanse Amsterdammers dan onder autochtone Amsterdammers (OR 1,2; 95%-BI: 0,6-2,3). Correctie voor sociaaleconomische status (SES) verklaarde de verschillen niet.

In de overige zeven studies gebruikte men screeningsinstrumenten voor een depressieve stoornis (CES-D, PHQ-9) of voor een depressieve en/of angststoornis (GHQ-28, GHQ-12,

K10). In vier van deze studies werden prevalentiecijfers vergeleken tussen de Turks-Nederlandse en de autochtone bevolkingsgroep. De oddsratio's voor een (risico op een) depressieve of angststoornis bij een Turkse Nederlander versus een autochtone Nederlander varieerden sterk (OR: 1,3-9,4), maar waren steeds significant verhoogd. Voor Marokkaanse Nederlanders was de oddsratio t.o.v. de autochtone Nederlanders significant verhoogd in twee van de vier publicaties met screeningsinstrumenten (OR respectievelijk 1,9 en 3,6). In één studie werd geen verschil gevonden en in één studie een significant lager risico op een stemmings- en/of angststoornis in vergelijking met de autochtone bevolking.

Vergelijking van het symptoomprofiel depressie

Vier publicaties beschrijven een cross-culturele vergelijking van symptomen in respectievelijk de GHQ-28, de CES-D, de K10, de depressiesubscala van de SCL-90-R en de depressiesectie uit het CIDI (Bengi-Arslan e.a. 2002; Spijker e.a. 2004; Fassaert e.a. 2009b; Schrier e.a. 2010). In alle onderzoeken werden weinig tot geen verschillen tussen de bevolkingsgroepen gevonden in samenhang van items, noch in onder- of overrapportage van specifieke symptomen. Wel bleek dat bij de Turks-Nederlandse en Marokkaans-Nederlandse respondenten voor het screeningsinstrument K10 hogere afkappunten moeten worden gehanteerd om mensen met een depressieve of angststoornis te identificeren (Fassaert e.a. 2009b).

Depressieve klachten gingen op dezelfde wijze gepaard met functionele beperkingen (gemeten met het *World Health Disability Schedule*) in alle drie de bevolkingsgroepen (Fassaert e.a. 2009b; Schrier e.a. 2010). Evenmin bleken er verschillen te zijn in de overlap tussen aanwezigheid van een depressieve stoornis en een angststoornis (Schrier e.a. 2012a).

Risicofactoren

Als risicofactoren werden onderzocht: SES (opleidingsniveau, werksituatie en inkomen), somatische comorbiditeit, persoonlijkheidsfactoren, negatieve religieuze coping en ervaren discriminatie. Opleidingsniveau was in geen van de bevolkingsgroepen geassocieerd met psychische klachten (Bengi-Arslan e.a. 2002; Schrier e.a. 2014). Werkloosheid was een risicofactor voor Turkse mannen, maar niet voor Turkse vrouwen (Bengi-Arslan e.a. 2002). Inkomen was niet geassocieerd met depressieve symptomen (van der Wurff e.a. 2004), maar financiële zorgen wel (Bengi-Arslan e.a. 2002; Schrier e.a. 2014). Chronische ziekten en lichamelijke beperkingen waren consistent sterk geassocieerd met depressieve symptomen in alle bevolkingsgroepen (van der Wurff e.a. 2004; Kamperman e.a. 2003). Metabole risicofactoren hingen in de Turks- en

Marokkaans-Nederlandse groep niet samen met psychische symptomen (Schrier e.a. 2012b). In alle bevolkingsgroepen ging een hoog niveau van neuroticisme en een laag niveau van extraversie, altruïsme en consciëntieusheid gepaard met angst en depressie (Schrier e.a. 2013). In alle bevolkingsgroepen (en religies) gingen depressieve symptomen gepaard met het negatieve copingitem 'zich verlaten voelen door God' (Braam e.a. 2010). Amsterdammers van Turkse of Marokkaanse afkomst die discriminatie ervaren, rapporteerden meer depressiesymptomen (Van Dijk e.a. 2010; Ikram e.a. 2015).

Beschermende factoren

Als beschermende factoren zijn onderzocht: ervaren steun, etnische dichtheid, coping, positieve religieuze coping en acculturatie. Steun van de partner verlaagde het risico op depressieve symptomen bij Turkse Nederlanders (Bengi-Arslan e.a. 2002). Voor sociale steun van burens, vrienden en familie werd dit niet gevonden (Bengi-Arslan e.a. 2002; Kamperman e.a. 2003). Schrier e.a. (2014) onderzochten het effect van etnische dichtheid: beschermt het wonen in een wijk met een hoog percentage inwoners van dezelfde etnische afkomst (die sociale steun uit eigen groep kunnen bieden) tegen psychische klachten? De resultaten toonden geen aanwijzingen hiervoor bij bewoners van Turkse of Marokkaanse afkomst. Actieve copingstijl was geassocieerd met minder psychische klachten bij Turkse en Marokkaanse migranten (Kamperman e.a. 2003). Ook positieve religieuze coping was geassocieerd met minder depressieve klachten, zowel bij seculiere als christelijke autochtone Nederlanders, en bij islamitische Turkse en Marokkaanse Nederlanders (Braam e.a. 2010). Participatie in de Nederlandse maatschappij hing in drie studies samen met minder depressieve klachten (van der Wurff e.a. 2004; Fassaert e.a. 2011b; Ünlü Ince e.a. 2014); in één (methodologisch minder sterke) studie werd geen relatie gevonden (Kamperman e.a. 2003).

DISCUSSIE

Uit deze review van Nederlandse bevolkingsstudies blijkt dat de prevalentie van depressieve en angstklachten is verhoogd in de Turks-Nederlandse bevolkingsgroep t.o.v. autochtone Nederlanders. Over de Marokkaans-Nederlandse bevolkingsgroep kan nog geen uitspraak worden gedaan. Turkse, Marokkaanse en autochtone Nederlanders hebben grofweg dezelfde symptomen bij depressie. Bij alle drie de groepen spelen grotendeels dezelfde risico- en beschermende factoren een rol. Ervaren discriminatie en beperkte participatie in de Nederlandse samenleving komen naar voren als extra risicofactoren voor deze groepen.

Prevalentie van depressieve en angstsymptomen

Uit de acht geïncludeerde bevolkingsstudies komt naar voren dat de prevalentie van (het risico op) depressieve en angststoornissen verhoogd is in de Turkse minderheidsgroep t.o.v. de autochtone bevolking. De grootte van het verschil verschilt sterk tussen de studies. Gemeten met het CIDI, is de kans op een depressieve of angststoornis driemaal verhoogd voor Turkse Nederlanders (ongewogen OR 3,2; 95%-BI: 1,9-5,5) (De Wit e.a. 2008). De uitkomsten voor de Marokkaanse Nederlanders zijn niet eenduidig: zowel een verhoogd risico als een gelijke kans op een depressieve of angststoornis t.o.v. de autochtone Nederlandse referentiegroep werd gerapporteerd.

Deze bevindingen zijn ten dele in overeenstemming met de resultaten van een registerstudie op basis van het Psychiatrisch Casusregister Midden-Nederland (Selten e.a. 2012). Daaruit bleek dat het risico om voor een unipolaire depressie in poliklinische of klinische behandeling te zijn, verhoogd is voor zowel Turkse Nederlanders (voor leeftijd en geslacht gecorrigeerd relatief risico 4,9; 95%-BI: 4,4-5,5) als voor Marokkaanse Nederlanders (RR 3,6; 95%-BI: 3,3-4,0). Een verklaring voor dit verschil in resultaten ontbreekt vooralsnog.

Ook in België is een prevalentiestudie verricht, waarbij Turkse en Marokkaanse migranten hogere symptoomscores voor depressie en angst rapporteerden op de GHQ-12 en SCL-90-R (Levecque e.a. 2009). Dit sluit aan bij een Europese survey in 23 landen waarbij in het merendeel van de landen een verhoogde prevalentie van depressiesymptomen werd gevonden bij etnische minderheden (Missine e.a. 2012). Dat de gevonden verhoogde prevalentiecijfers niet inherent zijn aan hoge prevalentiecijfers in het herkomstland is aangetoond voor de Turkse populatie: in internationaal vergelijkend onderzoek bleek de éénmaandsprevalentie van een depressieve episode vergelijkbaar in Turkije (3,1%; SE 0,4%) en Nederland (2,7%; SE 0,2%) (Andrade e.a. 2003). Daarentegen werd in Marokko in een bevolkingsonderzoek onder Arabisch-sprekenden juist een hoge prevalentie van depressieve stoornis gevonden (26,5%) (Kadri e.a. 2009). Deze subpopulatie in Marokko is echter niet representatief voor de migranten in Nederland, die merendeels afkomstig zijn uit gebieden waar één van de Berbertalen wordt gesproken.

Al met al is er nog onvoldoende verklaring voor de verschillen tussen de migrantengroepen in de prevalentiecijfers. Deze worden echter vooral in postmigratiefactoren gezocht, zoals de veelal ongunstige sociaaleconomische omstandigheden en aan de gevolgen van discriminatie (Minnesinne e.a. 2012). In de volgende paragraaf bespreken we de bevindingen t.a.v. risicofactoren uit Nederlands onderzoek.

Vergelijking van het symptoomprofiel en risicofactoren

Uit de studies in deze review komt naar voren dat het symptoomprofiel van de depressieve stoornis vergelijkbaar is tussen de bevolkingsgroepen. Met andere woorden: ook symptomen die mogelijk minder bekend of taboe zijn in de cultuur van herkomst, zoals sombere stemming, schuld cognities of suïcidale ideatie, werden herkend door de Turkse en Marokkaanse respondenten.

Voor de meeste risico- en beschermende factoren springen vooral de overeenkomsten tussen de bevolkingsgroepen in het oog. In de Turkse en Marokkaanse minderheidsgroepen spelen financiële zorgen, lichamelijke aandoeningen, neuroticisme en negatieve religieuze coping ('zich verlaten voelen door God') als risicofactoren eenzelfde rol als in de autochtone bevolking. Daarbovenop speelt ervaren discriminatie in de minderheidsgroepen een extra, niet te onderschatten rol.

Het is onverwacht dat sociaaleconomische factoren niet eenduidig naar voren kwamen als risicofactoren voor depressieve en angstklachten. De invloed van lage SES op ontstaan en voortduren van depressie is immers ruimschoots aangetoond (Lorant e.a. 2003). Dit kan te maken hebben met een methodologisch probleem: het merendeel van de migranten heeft een lage SES, waardoor verschillen in invloed van hoge resp. lage SES niet bestudeerd konden worden.

Omdat bekend is dat sociale steun een beschermende factor is die het risico op depressieve klachten verlaagt (Santini e.a. 2015), is het verrassend dat dit niet gevonden wordt in de besproken studies (Bengi-Arslan e.a. 2002; Kamperman e.a. 2003). Ook is het opvallend dat Schrier e.a. (2014) geen beschermend effect vonden van etnische dichtheid op psychische klachten. Dit vraagt om replicatiestudies, waarin ook gedetailleerder wordt onderzocht met wie de respondenten sociale contacten onderhouden en welke vormen van steun zij daaraan ontleen.

Een mogelijke verklaring voor deze bevinding is dat negatieve effecten van sociale controle en (angst voor) roddel de positieve effecten van sociale contacten kunnen ondermijnen. Bengi-Arslan e.a. (2002) postuleren dat een deel van de Turkse Nederlanders weinig baat ervaart bij sociale steun, omdat zij vrijwel uitsluitend sociale contacten onderhouden binnen de eigen etnische gemeenschap. Deze contacten leiden wel tot emotionele steun, maar niet tot nieuwe informatie, nieuwe vaardigheden en nieuwe contacten, die een uitweg zouden kunnen bieden voor hun sociale problemen.

Hoewel leven in zekere mate van segregatie ook gunstige effecten heeft op de psychische gezondheid, wordt het hoogste psychische welzijn gevonden bij migranten die zich emotioneel en sociaal met Nederland verbonden

voelen (al dan niet naast verbondenheid met het herkomstland), zo tonen de studies in deze review. Dit sluit aan bij de recentste bevindingen van het Sociaal Cultureel Planbureau (Huijnink e.a. 2015). Patiënten die meer participeren in de Nederlandse samenleving hebben bij poliklinische behandeling voor stemmings- of angststoornissen ook betere behandelresultaten (Nap e.a. 2015).

Sterke kant en beperkingen van de geïncludeerde studies

De resultaten zijn geëxtraheerd uit achttien publicaties, die gebaseerd waren op negen verschillende bevolkingsstudies. De methodologische kwaliteit van deze studies was matig tot goed. De belangrijkste beperkingen lagen bij de responspercentages, de grootte en representativiteit van de onderzoeksgroepen, en de transculturele validiteit van de meetinstrumenten. De responspercentages lagen tussen 40 en 50%. Dit kan leiden tot vertekening in de prevalentiecijfers, tot selectiebias in de associatiestudies, en het beperkt de generaliseerbaarheid van de bevindingen. Wat betreft de prevalentiecijfers zal een eventuele selectie zowel kunnen leiden tot onderrapportage (zieke mensen kunnen het niet opbrengen om deel te nemen aan een bevolkingsonderzoek), als tot overrapportage (zieke mensen willen graag aandacht voor hun ziekte en participeren daarom juist wel in bevolkingsonderzoek). Over de richting van de eventuele bias in de associatiestudies is nog minder te voorspellen, vanwege de complexiteit van de mogelijke beïnvloeding van de relaties. De beperkte omvang van de onderzoeksgroepen, en dus het kleine aantal gevallen per groep, leidden bovendien tot grote spreiding in de betrouwbaarheidsintervallen van de prevalentiecijfers. Alle gebruikte meetinstrumenten zijn primair ontwikkeld in westerse landen. Symptomen die niet zijn opgenomen in de meetinstrumenten, kunnen dan ook niet gemeten kunnen worden, de zogenoemde *categorical fallacy* (Kleinman 1977). Toekomstig onderzoek kan deze beperkingen van epidemiologisch onderzoek omzeilen door inzet van gecombineerde kwalitatieve-kwantitatieve designs (Hoffer & Knipscheer 2008).

Sterke kanten en beperkingen van deze review

We hebben alle bevolkingsstudies en daaruit afgeleide publicaties naar stemmings- en angstklachten in de Turkse en Marokkaans-Nederlandse bevolking (verschenen voor 1 december 2015) verzameld. Deze review geeft hiermee een breed overzicht van het onderzoeksthema in de afgelopen twee decennia. Studies naar algemene gezondheid of algemeen welbevinden zijn niet geïncludeerd. We beoordeelden op systematische wijze de kwaliteit van de publicaties.

Een beperking in de review ligt in de definitie van de groepen Turkse Nederlanders, Marokkaanse Nederlanders en autochtone Nederlanders, te weten o.b.v. hun geboorteland en dat van de ouders. Deze indeling doet geen recht aan de grote variatie die er binnen deze groepen bestaat (Huijnink e.a. 2015). De prevalentie kan anders liggen, en risico- en beschermende factoren kunnen binnen subgroepen minder relevant zijn, of juist een grotere impact hebben op psychiatrische symptomen.

Een andere beperking ligt in de besproken zwaktes van de geïncludeerde studies, waaronder de relatief lage responspercentages.

Bij de analyses hebben we ons beperkt tot een systematische review. Een meta-analyse om gepoolde oddsratio's te berekenen vonden we niet opportuun, omdat de variatie in meetmethoden daarvoor te groot is: screeningsinstrumenten versus diagnostische instrumenten; alleen depressieve symptomen versus depressieve en angstsymptomen.

CONCLUSIE

De verhoogde prevalentie van depressieve of angststoornissen bij Turkse Nederlanders vraagt om nader onderzoek naar mogelijkheden tot preventie en behandeling in deze groep. Hierbij verdienen de specifieke risicofactoren onder migranten aandacht, te weten discriminatie en beperkte sociale participatie in de samenleving, omdat deze zowel risicofactoren voor psychiatrische stoornissen zijn, als belemmerende factoren bij ggz-behandeling. Tegelijk toont deze review dat de bekende biologische, psychische en sociale risicofactoren voor depressieve en angststoornissen niet uit het oog verloren dienen te worden, omdat deze bij patiënten uit alle bevolkingsgroepen een rol spelen.

 Het promotieonderzoek van Agnes Schrier is uitgevoerd onder begeleiding van de (co)promotoren prof. dr. Aartjan Beekman, GGZ InGeest en VU Medisch Centrum, prof. dr. J.J. Dekker, Arkin en VU Medisch Centrum, dr. M.A.S. de Wit, GGD Amsterdam en prof. dr. A. Verhoef, GGD Amsterdam en UvA. Prof. dr. H.W. Hoek en dr. S. Ghane gaven constructief commentaar op de eerste versie van dit artikel.

LITERATUUR

- Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, de Graaf R, Vollenbergh W, e.a. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) surveys. *Internat J Meth Psychiatr Res* 2003; 12: 3-21.
- Bengi-Arslan A, Verhulst FC, Crijnen AAM. Prevalence and determinants of minor psychiatric disorder in Turkish immigrants living in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37: 118-24.
- Braam AW, Schrier AC, Tuinebreijer WC, Beekman ATF, Dekker JJM, de Wit MAS. Religious coping and depressive symptoms in citizens of Amsterdam: a comparison between native and immigrant groups, Christians and Muslims. *J Affect Dis* 2010; 125: 269-78.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. Jaarrapport Integratie 2014. Den Haag: CBS; 2014.
- Dijk van T, Agyemang C, de Wit M, Hosper K. The relationship between perceived discrimination and depressive symptoms among young Turkish-Dutch and Moroccan-Dutch. *Eur J Public Health* 2010; 4: 477-83.
- Dijkshoorn H, Diepenmaat ACM, Buster MCA, Uitenbroek D, Reijneveld SA. Sociaal-economische status las verklaring voor verschillen in gezondheid tussen Marokkanen en Nederlanders. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 2000; 78: 217-22.
- Fassaert TJL, de Wit MAS, Verhoeff AP, Tuinebreijer WC, Gorissen WHM, Beekman ATF, e.a. Uptake of health services for common mental disorders by first-generation Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. *BMC Public Health* 2009a; 23: 307.
- Fassaert T, de Wit MAS, Tuinebreijer WC, Wouters H, Verhoeff AP, Beekman ATF, e.a. Psychometric properties of an interviewer-administered version of the Kessler psychological distress scale (K10) among Dutch, Moroccan and Turkish respondents. *Int J Methods Psychiatr Res* 2009b; 18: 159-68.
- Fassaert TJL. Ethnic differences and similarities in care for anxiety and depression in the Netherlands [proefschrift]. Amsterdam; 2011a.
- Fassaert TJL, de Wit MAS, Tuinebreijer WC, Knipscheer JW, Verhoeff AP, Beekman ATF, e.a. Acculturation and psychological distress among non-Western muslim migrants: a population-based survey. *Int J Soc Psychiatry* 2011b: 132-43.
- Ghane S, Visser J, de Jong J. Behandeling van etnische minderheden. In: Emmelkamp P, Hoogduin K, red. Van mislukking naar succes in de psychotherapie. Amsterdam: Boom; 2013. p. 113-31.
- Graaf de R, ten Have M, van Dorsselaer S, Schoemaker C, Beekman A, Vollebergh W. Verschillen tussen etnische groepen in psychiatrische morbiditeit. Resultaten van Nemesi. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 2005; 60: 703-16.
- Hoffer C, Knipscheer J. Intercultureel onderzoek in de GGZ. Een pleidooi voor methodologisch pluralisme. In: Foets M, Schuster J, Stronks K, red. Gezondheids(zorg)onderzoek onder allochtone bevolkingsgroepen. Een praktische introductie. Amsterdam: Aksant; 2007. p.144-56.
- Huijnk W, Dagevos J, Gijsbers M, Andriessen I. Werelden van verschil. Over de sociaal-culturele afstand en positie van migrantengroepen in Nederland. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau; 2015. p. 7-13 (webuitgave).
- Ikram UZ, Snijder MB, Fassaert TJL, Scheme AH, Kunst AE, Stronks K. The contribution of perceived discrimination to the prevalence of depression. *Eur J Public Health* 2015; 25: 243-8.
- Intercultureel addendum depressie. Intercultureel addendum depressie bij de Multidisciplinaire richtlijn depressie; 2012.
- Jong de J, Teis R, Poortinga Y. Onderzoeksmethodologie. In: de Jong J, Colijn S, red. Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie. Utrecht: De Tijdstroom; 2010. p. 269-86.
- Kadri N, Agoub M, Assouab F, Tazi MA, Didouh A, Stewart R, Moussaoui D. Moroccan national study on prevalence of mental disorder: a community-based epidemiological study. *Acta Psychiatr Scand* 2009; 121: 71-4.
- Kamperman AM, Komproe IH, de Jong JVTM. Verklaringen voor verschillen in psychiatrische stoornissen in een onderzoek onder migranten. *Tijdschr Psychiatr* 2003; 45: 315-26.
- Kamperman AM. Deconstructing ethnic differences in mental health of Surinamese, Moroccan and Turkish migrants in the Netherlands. [proefschrift]. Amsterdam: Vrije Universiteit; 2005.
- Kamperman A, de Wit M. Psychische problematiek. In: De Jong J, Colijn S, red. Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie. Utrecht: De Tijdstroom; 2010. p. 165-78.
- Klaufus LH, Fassaert TJL, de Wit MAS. Equity of access to mental health care for anxiety and depression among different ethnic groups in four large cities in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014; 49: 1139-49.
- Kleinman AM. Depression, somatization and the 'new cross-cultural psychiatry'. *Soc Sci Med* 1977; 11: 3-9.
- Kramer S. Hoofdstuk 2. Probleemschets. In: Intercultureel addendum depressie bij de Multidisciplinaire richtlijn depressie; 2012. p. 15-24.
- Krebber AMH, Buffart LM, Kleijn G, Riepma IC, de Bree R, Leemans CR, e.a. Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments. *Psycho-oncology* 2014; 23: 121-30.
- Laban CJ, van Dijk R. Main topics in transcultural psychiatric research in the Netherlands during the past decade. *Transcult Psychiatry* 2013; 50: 792-826.
- Levecque K, Lodewyckx I, Bracke P. Psychological distress, depression and generalised anxiety in Turkish and Moroccan immigrants in Belgium. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009; 44: 188-97.

- Lorant V, Deliege D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Ansseau M. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *Am J Epidemiol* 2003; 157: 98-112.
- Luppá M, Sikorski C, Luck T, Ehreke L, Konnopka A, Wiese B, e.a. Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life – Systematic review and meta-analysis. *J Affect Dis* 2012; 136: 212-21.
- Missinne S, Bracke P. Depressive symptoms among immigrants and ethnic minorities: a population based study in 23 European countries. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012; 47: 97-109.
- Nap A, van Loon A, Peen J, van Schaik DJF, Beekman ATF, Dekker J. The influence of acculturation on mental health and specialized mental health care for non-western migrants. *Int J Soc Psychiatry* 2015; 61: 530-8.
- Santini ZI, Koyanagi A, Tyrovolas S, Mason C, Haro JM. The association between social relationships and depression: A systematic review. *J Affect Dis* 2015; 175: 53-65.
- Schrier AC, Theunissen JR, Kempe PT, Beekman AT. Migranten in de GGZ maken een inhaalslag. *Tijdschr Psychiatr* 2005; 47: 771-7.
- Schrier AC, de Wit MAS, Rijmen F, Tuinebreijer WC, Verhoeff AP, Kupka RW, e.a. Similarity in depressive symptom profile in a population based study of migrants in the Netherlands. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiol* 2010; 45: 941-51.
- Schrier AC, de Wit MAS, Coupé VMH, b T, Verhoeff AP, Kupka RW, Dekker J, e.a. Comorbidity of anxiety and depressive disorders. A comparative population study in Western and non-Western inhabitants in the Netherlands. *Int J Social Psychiatry* 2012a; 58: 186-94.
- Schrier AC, Ujic-Voortman JK, de Wit MAS, Verhoeff AP, Kupka R, Dekker J, e.a. Ethnic differences in the association between cardiovascular risk factors and psychological distress in a population study in the Netherlands. *BMC Public Health* 2012b, 12: 1090.
- Schrier AC. Depression and anxiety in migrants in the Netherlands. Population studies on diagnosis and risk factors [proefschrift]. Amsterdam: Vrije Universiteit; 2013.
- Schrier AC, de Wit MAS, Krol A, Fassaert T, Verhoeff AP, Kupka RW, e.a. Similar associations between personality dimensions and anxiety or depressive disorders in a population study of Turkish-Dutch, Moroccan-Dutch, and native Dutch subjects. *J Nerv Ment Dis* 2013; 201: 421-28.
- Schrier AC, Peen J, de Wit MAS, van Ameijden EJC, Erdem Ö, Verhoeff AP, e.a. Ethnic density is not associated with psychological distress in Turkish-Dutch, Moroccan-Dutch and Surinamese-Dutch ethnic minorities in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014; 49: 1557-67.
- Selten JP, Laan W, Kupka R, Smeets HM, Os J van. Risk of psychiatric treatment for mood disorders and psychotic disorders among migrants and Dutch nationals in Utrecht, The Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012; 42: 271-8.
- Spijker J, van der Wurff FB, Poort EC, Smits CHM, Verhoeff AP, Beekman ATF. Depression in first generation labour migrants in Western Europe: the utility of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale (ces-d). *Int J Geriatric Psychiatry* 2004; 19: 538-44.
- Ujic-Voortman JK, Wit de MAS, Uitenbroek DG, Tuinebreijer WC, Viet L, Verhoeff AP. Lichamelijk onderzoek en diagnostische interviews geïntegreerd in een algemene gezondheidsenquête onder de Amsterdamse multiculturele populatie. *De Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2004/2005*. TSG 2009; 87: 351-9.
- Ünlü Ince B, Fassaert T, de Wit MAS, Cuijpers P, Smit J, Ruwaard J, e.a. The relationship between acculturation strategies and depressive and anxiety disorders in Turkish migrants in the Netherlands. *BMC Psychiatry* 2014; 14: 252.
- Wit de MAS, Tuinebreijer WC, Dekker J, Beekman ATF, Gorissen WHM, Schrier AC, e.a. Depressive and anxiety disorders in different ethnic groups. A population based study among native Dutch, and Turkish, Moroccan and Surinamese migrants in Amsterdam. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; 43: 905-12.
- Wurff FB van der, Beekman ATF, Dijkshoorn H, Spijker JA, Smits CHM, Stek ML, e.a. Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. *J Affect Dis* 2004; 83: 33-41.

SUMMARY

Depression and anxiety in Turkish and Moroccan minorities in the Netherlands: prevalence, symptoms, risk factors and protective factors A systematic review

A.C. SCHRIER, S.J. HOGERZEIL, M.A.S. DE WIT, A.T.F. BEEKMAN

- BACKGROUND** In clinical practice, psychiatrists experience difficulties in treating depression and anxiety in patients with a non-Western cultural background. Is this the result of differences in symptom profile, or are different risk factors involved?
- AIM** To present a review of the findings in population studies on the prevalence, symptoms, risk factors and protective factors for depressive disorders and anxiety disorders in Turkish and Moroccan minorities, compared to the Dutch majority population.
- METHOD** A systematic review of the literature.
- RESULTS** Eighteen publications were selected, based on nine datasets. The prevalence of depressive disorders and anxiety disorders was increased in the Turkish minority population, compared to the Dutch native population. The symptom profile was highly comparable between minority and majority groups, as well as association of the risk factors neuroticism and physical impairments with depression. Discrimination was a risk factor, and participation in the Dutch society a protective factor in the minority groups. In all ethnic groups, active coping and positive religious coping were associated with less depressive symptoms.
- CONCLUSION** The increased prevalence of depressive and anxiety disorders in Turkish-Dutch patients calls for new preventive and treatment initiatives in this population. These initiatives need to address subgroup-specific risk factors, in particular discrimination and lack of social participation, as well as the common risk factors that apply to all population groups.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)1, 30-39

KEY WORDS cross-cultural, depression, Morocco, review, Turkey