

Taalachterstand en psychose onder mensen met een migratieachtergrond

H.E. Jongsma, E.M.A. van der Ven, E. Velthorst, L. de Haan, B.P.F. Rutten, J. van Os

- Achtergrond** Nederlanders met een migratieachtergrond hebben een hoger risico op een psychotische stoornis, en de oorzaken hiervan zijn niet duidelijk. Een taalachterstand en andere indicatoren van maatschappelijke uitsluiting bieden een mogelijk aanknopingspunt voor preventieve interventies.
- Doel** Inventariseren van de bijdrage van taalachterstand, indicatoren van sociale achterstand en ervaren discriminatie aan het verhoogde risico van psychose bij migranten.
- Methode** Wij maakten gebruik van de Nederlandse data van een internationale patiënt-controlestudie van psychotische stoornissen (de EU-GEI-studie). Een eerste psychose gold als uitkomstmaat en goed gedefinieerde vertekende factoren (confounders, zoals leeftijd en geslacht) en indicatoren van etniciteit, sociale achterstand, taalachterstand en ervaren discriminatie als onafhankelijke variabelen.
- Resultaten** Nederlanders met een migratieachtergrond hadden een hoger risico op psychose. Dit gold voor zowel eerste- en tweedegeneratiemigranten als voor westerse en nietwesterse migranten. Alhoewel sociale achterstand en een aantal welbekende confounders bijdroegen, leek taalachterstand bij de eerstegeneratiemigranten een rol te spelen onafhankelijk van overige risicofactoren.
- Conclusie** Het beperken van de maatschappelijke gevolgen van een taalachterstand lijkt een aanknopingspunt voor concrete interventies om het hogere risico op psychose bij eerstegeneratiemigranten te verminderen.

Mensen met een eerste- of tweedegeneratiemigratieachtergrond (hierna: migranten) hebben een verhoogd risico op een psychotische stoornis.¹ Hoewel deze ongelijkheid internationaal al bijna een eeuw bekend is,² is er in Nederland pas veel recentier zicht op.³ Bovendien bestaan er nog veel onduidelijkheden over mogelijke oorzaken. Vanwege het voortbestaan van dit verhoogde risico bij tweedegeneratiemigranten,¹ richten wij ons onderzoek op de sociale context in Nederland. Hierbij maken we gebruik van de theorie over gezondheidsverschillen van Michael Marmot: hoe lager men op de sociaal-economische ladder staat, hoe hoger het risico op gezondheidsproblemen.⁴ Migrantengroepen staan disproportioneel vaak lager op de sociaal-economische ladder,⁵ en kampen vaker met discriminatie en maatschappelijke uitsluiting.⁶

Op basis van eerder Europees onderzoek hypothesiseren wij dat het verhoogde risico op psychotische stoornissen bij migranten veroorzaakt kan worden door grotere psychosociale machteloosheid, veroorzaakt door een hogere blootstelling aan sociaal-economische achterstand én uitsluiting op basis van culturele en etnische

identiteit, inclusief taalbarrières en ervaringen van discriminatie.⁷

Om dit empirisch te testen, hebben we gekeken of individuele indicatoren van sociale achterstand, taalachterstand (als barrière tot deelname aan de samenleving), en ervaringen van discriminatie verschilden tussen migrantengroepen, en of dit een rol speelt bij het verklaren van het verhoogde risico op psychotische stoornissen in deze groepen.

Het concept taalachterstand is hierbij nieuw en wordt ingeschat door een combinatie van in hoeverre participanten vloeiend Nederlands spraken en taalafstand (zie methoden). Afhankelijk van je moedertaal, kun je meer of minder moeite hebben om Nederlands te leren. Duits behoort bijvoorbeeld tot dezelfde taalfamilie als Nederlands, waardoor mensen met een Duitse migratieachtergrond gemiddeld minder taalafstand hebben dan mensen die bijvoorbeeld Koreaans als moedertaal hebben. Voor deze studie hebben we gebruikgemaakt van de Nederlandse data van de internationale *EUropean network of national schizophrenia networks studying Gene-Environment Interaction* (EU-GEI)-studie.^{9,10}

AUTEURS

Hannah Jongma, senior wetenschappelijk medewerker, Centrum voor Transculturele Psychiatrie Veldzicht, Balkbrug en UMC Groningen.

Els van der Ven, universitair docent en GZ-psychooloog, Vrije Universiteit Amsterdam.

Eva Velthorst, hoofd Wetenschappelijk Onderzoek, GGZ Noord-Holland-Noord.

Lieuwe de Haan, psychiater en hoogleraar Psychotische stoornissen, Amsterdam UMC, locatie AMC, en Arkin.

Bart Rutten, hoogleraar Psychiatrie, vakgroep Psychiatrie en Neuropsychologie, School for Mental Health and Neuroscience, MUMC, Maastricht.

Jim van Os, hoogleraar Psychiatrische epidemiologie en publieke ggz, UMC Utrecht.

Correspondentie

Dr. H.E. Jongma (h.jongma@dji.minjus.nl).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 4-1-2023.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2023;65(3):175-180

METHODEN

Participanten met een vermoedelijke eerste psychose die woonachtig waren in afgebakende regio's in Amsterdam, Gouda of Voorhout, en behandeld werden in tweedelijnszorg, werden benaderd voor deelname aan wetenschappelijk onderzoek. Participanten werden geworven in de periode 1 oktober 2010-1 oktober 2013 in Amsterdam en 1 december 2010-1 december 2013 in Gouda en Voorhout.

Inclusiecriteria voor patiënten waren: leeftijd van 18-65 jaar, woonachtig in een deelnemende regio en voor het eerst in behandeling voor een vermoedelijke psychose.

Exclusiecriteria waren: eerder behandelcontact voor een psychotische stoornis (als vastgelegd in het dossier), aanwijzingen van een organische oorzaak van de psychose, psychose door acute intoxicatie, verstandelijke beperking (IQ < 50 of een diagnose verstandelijke beperking) en onvoldoende beheersing van het Nederlands om aan het onderzoek deel te nemen. Participanten voor wie geen diagnose met het *Operational Criteria Checklist of Psychotic Illnesses* (OPCRIT)-algoritme¹¹ gesteld kon worden, werden tevens geëxcludeerd.

Met *quota-sampling* (om een representatieve controlegroep ten opzichte van de algemene bevolking te werven) wierven we een controlegroep uit dezelfde regio's. Controleparticipanten werden geworven via flyers, de krant en via internet en sociale media. Mensen konden als controleparticipant meedoen als zij: 18-65 jaar oud waren, woonachtig waren in de studieregio, nooit onder behandeling waren geweest voor psychose, geen verstandelijke beperking hadden en het Nederlands voldoende machtig waren. De Medisch-Ethische Toetsingscommissie van het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam verleende toestemming voor dit onderzoek.

Variabelen

Onze uitkomstmaat was een psychotische stoornis als diagnose (International Classification of Diseases (ICD-10)-codes: F20-F33)⁹ waarvoor deelnemers nog niet eerder behandeld waren. Binnen zes maanden na het eerste behandelcontact voor een vermoedelijke psychose werd de *Comprehensive Assessment of Symptoms and History* (CASH)¹² afgenomen om met het OPCRIT-algoritme voor onderzoeksdoeleinden een precieze diagnose te stellen. In deze studie kozen wij ervoor om alleen naar psychosen in het algemeen te kijken, omdat er anders mogelijk te weinig statistische power zou zijn om verschillen te detecteren.

Onze onafhankelijke variabelen waren indicatoren van etnische groep, sociale achterstand, taalachterstand en subjectief ervaren discriminatie. Deze werden vastgesteld door een aangepaste versie van het *Medical Research Council Socioeconomic Schedule*,¹³ behalve ervaren discriminatie (zie hierna). Alle vragenlijsten werden door een interviewer afgenomen.

Voor de indeling van etnische groepen volgden we een eerdere EU-GEI-studie:¹⁴ geen migratieachtergrond (individu en beide ouders geboren in Nederland), westerse migratieachtergrond, of niet-westerse migratieachtergrond (individu of ten minste 1 ouder geboren in het Midden-Oosten, Noord-Afrika, Afrika onder de Sahara, Azië, Latijns-Amerika of de Caribische eilanden). Indicatoren van sociale achterstand en sociaal functioneren waren scholingsniveau (praktisch of theoretisch (hbo+) opgeleid), relatiestatus (ooit een relatie gehad van langer dan een jaar), woonsituatie (ooit met iemand anders dan ouders samengewoond) en sociaal-economische status van de ouders (hoger, midden of lager). Taalachterstand was een combinatie van taalafstand en in hoeverre participanten vloeiend Nederlands spraken (zelfscore). Taalafstand werd gescoord met taalbomen, waarbij talen uit dezelfde familie dichter

bij elkaar staan dan talen uit verschillende families.⁷ Families zijn onderverdeeld in takken. Scores waren als volgt: 0 (Nederlands als eerste taal), 1 (een taal van de Germaanse tak als eerste taal), 2 (een taal van de Indo-Europese familie als eerste taal) en 3 (een taal uit een andere familie als eerste taal). Dit werd samengevat in een binaire variabele: wel of geen taalachterstand. Iemand die dus bijvoorbeeld Koreaans als eerste taal had en goed maar niet vloeiend Nederlands sprak, had in deze studie een taalachterstand.

Ervaren discriminatie werd geoperationaliseerd als het aantal gebieden waarop men ooit discriminatie ervaren had zoals aangegeven op de *Major Experiences of Discrimination Questionnaire*.¹⁵

Als vertekende factoren (*confounders*) gebruikten we geslacht, familiegeschiedenis van psychosen, cannabisgebruik (wel/niet ooit gebruikt), leeftijd, leeftijd van vader bij de geboorte, en jeugdtrauma (totale score op de *Childhood Trauma Questionnaire*)¹⁶.

Statistische analyses

We gebruikten meervoudige imputatie om ontbrekende data te ondervangen waarbij we gebruikmaakten van kettingvergelijkingen en 25 geïmputeerde datasets.¹⁷ Bij deze methode wordt aangenomen dat, gegeven de variabelen in de imputatieprocedure, de ontbrekende data 'missing at random' zijn. Het percentage ontbrekende data per variabele lag onder de 10%, met als uitzondering jeugdtrauma bij patiënten (tabel 1).

Na descriptieve statistiek en imputatie genereerden we de volgende logistische-regressiemodellen:

- Univariable associaties tussen uitkomstmaat en onafhankelijke variabelen
- Model A: gecontroleerd voor de *a priori* confounders (leeftijd, geslacht, vaderlijke leeftijd, familiegeschiedenis psychosen, cannabisgebruik en jeugdtrauma).
- Model B: Model A + sociale achterstand (ouderlijke sociaal-economische status, scholingsniveau, relatie-status, woonsituatie).
- Model C: Model B + taalachterstand
- Model D: Model C + ervaren discriminatie.

Alle data werden geanalyseerd in Stata versie 17.¹⁸

RESULTATEN

In dit onderzoek werden in totaal 196 patiënten en 210 controleparticipanten geïncludeerd (tabel 1). Patiënten (mediaan: 27; interkwartielafstand (IKA): 22-35) waren jonger dan deelnemers in controlegroep (38; 24-52), en vaker man (69,4% tegenover 47,1%). Patiënten hadden vaker een westerse (7,7% tegenover 4,7%) of niet-westerse (35,7% tegenover 20,0%) migratieachtergrond en minder vaak ouders met een hoge sociaal-economische status (30,6% tegenover 42,4%). Patiënten waren vaker praktisch opgeleid (82,5% tegenover 61,0%), en hadden minder vaak ooit een relatie van langer dan een jaar gehad (66,3% tegenover 85,7%) of ooit met anderen dan

hun ouders samengewoond (63,8% tegenover 80,0%). Patiënten hadden vaker een taalachterstand (22,5% tegenover 4,5%), maar rapporteerden niet vaker discriminatie op enige grond (mediaan aantal gebieden 0, IKA: 0-1). Mensen met een migratieachtergrond hadden een significant hoger risico op psychose (oddsratio (OR) 2,33; 95%-betrouwbaarheidsinterval (95%-BI): 1,52-3,55; tabel 2). Westerse migranten hadden een hoger risico, maar dit was niet statistisch significant (OR: 2,19; 95%-BI: 0,92-4,93). Mensen met een niet-westerse migratieachtergrond hadden wel een statistisch significant hoger risico (OR: 2,37; 95%-BI: 1,50-3,73). Dit risico leek hoger bij eerstegeneratiemigranten (OR: 2,68, 95%-BI: 1,13-4,58) dan bij tweedegeneratiemigranten (OR: 1,97; 95%-BI: 1,13-3,45; figuur 1 en tabel 2), alhoewel hierbij betrouwbaarheidsintervallen grotendeels overlaptten. Na controle voor vertekende factoren (model A) hadden alleen eerstegeneratiemigranten nog een significant verhoogd risico (OR: 2,09, 95%-BI: 1,11-3,93). Verdere controle voor sociale achterstand veranderde dit niet (OR: 2,00; 95%-BI: 1,03-2,86), en deze leidde ook niet tot grote veranderingen in oddsratio's in andere groepen. Na controle voor taalachterstand (model C) hadden ook eerstegeneratiemigranten geen verhoogd risico meer (OR: 1,10; 95%-BI: 0,45-2,61). Toevoeging van ervaren discriminatie veranderde nauwelijks iets aan de oddsratio's (figuur 1 en tabel 2).

DISCUSSIE

In dit onderzoek laten we zien dat in Nederland met name niet-westerse en eerstegeneratiemigranten een hoger risico op psychotische stoornissen hebben. In die laatste groep lijkt een taalachterstand een rol te spelen, onafhankelijk van een aantal andere risicofactoren waarvoor we controleerden in onze statistische modellen. Dit suggereert dat het hebben van een taalachterstand mogelijk het risico op een psychose verhoogt, los van sociaal-economische omstandigheden.

Beperkingen en sterke punten

Deze studie heeft een aantal sterke en zwakke punten. We gebruikten de Nederlandse databron van een internationale studie met goed gedefinieerde data over bekende risicofactoren, waarbij controlepersonen binnen de algehele bevolking geworven zijn. We gebruikten meervoudige imputatie om beïnvloeding en verlies van statistische power door ontbrekende data tegen te gaan. Onze etnische groeperingen zijn erg breed: binnen deze groepen zijn de spreiding van risicofactoren en de ervaring van het behoren tot een minderheidsgroep ongetwijfeld heterogeen.

Een zwak punt van deze studie is de introductie van taalachterstand binnen deze literatuur. Dit is een nieuw concept, en er is geen gevalideerd instrumentarium beschikbaar om dit te meten. Desondanks is onze variabele theoretisch goed doordacht.⁷

Tabel 1. Descriptieve statistieken voor patiënten en de controlegroep

| Variabele | Patiënten (n = 196) | Controle groep (n = 210) | χ^2 /MWU; p ¹ |
|---|---------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Med. leeftijd (IKA) | 27 (22-35) | 38 (24-52) | 5,98; p < 0,001 |
| Ontbrekend | - | - | |
| Geslacht | | | |
| Man | 139 (69,4%) | 99 (47,1%) | 20,57; p < 0,001 |
| Vrouw | 60 (30,6%) | 111 (52,9%) | |
| Ontbrekend | - | - | |
| Med. leeftijd vader (IKA) | 31 (28-35) | 31 (28-36) | 0,28; p = 0,78 |
| Ontbrekend | 11 (5,6%) | 1 (0,5%) | |
| Med. Jeugdtrauma (IKA)² | 39 (32-46) | 33 (28-40) | -4,72; p < 0,001 |
| Ontbrekend | 23 (11,7%) | 1 (0,5%) | |
| Cannabisgebruik | | | |
| Ja | 155 (79,0%) | 121 (57,6%) | 22,98; p < 0,001 |
| Nee | 39 (19,9%) | 88 (41,9%) | |
| Ontbrekend | 2 (1,0%) | 1 (0,5%) | |
| Psychose bij ouders | | | |
| Ja | 17 (8,7%) | 4 (1,9%) | 11,49; p = 0,003 |
| Nee | 165 (84,2%) | 197 (93,8%) | |
| Ontbrekend | 14 (7,1%) | 9 (4,3%) | |
| Generatie | | | |
| N.v.t. (meerderheid) | 111 (56,6%) | 158 (75,2%) | 16,41; p < 0,001 |
| Eerste | 49 (25,0%) | 26 (12,4%) | |
| Tweede | 36 (18,4%) | 26 (12,4%) | |
| Ontbrekend | - | - | |
| Etniciteit | | | |
| Meerderheid | 111 (56,6%) | 158 (75,2%) | 15,75; p < 0,001 |
| Westers | 15 (7,7%) | 10 (4,7%) | |
| Niet-westers | 70 (35,7%) | 42 (20,0) | |
| Ontbrekend | - | - | |
| SES ouders | | | |
| Hoog | 60 (30,6%) | 89 (42,4%) | 8,54; p = 0,036 |
| Gemiddeld | 54 (27,6%) | 53 (25,2%) | |
| Laag | 77 (39,3%) | 67 (31,9%) | |
| Ontbrekend | 5 (2,6%) | 1 (0,5%) | |
| Opleiding | | | |
| Theoretisch | 32 (16,3%) | 81 (38,6%) | 25,78; p < 0,001 |
| Praktisch | 162 (82,5%) | 128 (61,0%) | |
| Ontbrekend | 2 (1%) | 1 (0,5%) | |
| Ooit een relatie gehad (>1 jaar) | | | |
| Ja | 130 (66,3%) | 180 (85,7%) | 21,9; p < 0,001 |
| Nee | 64 (23,7%) | 30 (14,3%) | |
| Ontbrekend | 2 (1,0%) | - | |
| Ooit bij anderen dan ouders gewoond | | | |
| Ja | 125 (63,8%) | 168 (80,0%) | 14,17; p = 0,001 |
| Nee | 64 (32,7%) | 40 (19,1%) | |
| Ontbrekend | 7 (3,6%) | 2 (1%) | |
| Taalachterstand | | | |
| Ja | 44 (22,5%) | 10 (4,5%) | 27,50; p < 0,001 |
| Nee | 152 (77,6%) | 200 (95,2%) | |
| Ontbrekend | - | - | |
| Med. discriminatie (IKA)³ | 0 (0-1) | 0 (0-1) | 0,06; p = 0,95 |
| Ontbrekend | 5 (2,6%) | 2 (1%) | |

¹ Bij binaire variabelen werd een χ^2 -test gedaan, bij continue variabelen een non-parametrische mann-whitney-U-test.

² Totaalscore *Childhood Trauma Questionnaire*.

³ Aantal gebieden waarop iemand discriminatie had ondervonden.

Med.: mediane; IKA: interkwartielafstand; SES: sociaal-economische status; MWU: mann-whitney-U-test.

Tabel 2. Resultaten van regressiemodellen

| Model Variabele | Univariabel OR (95%-BI) ¹ | Model A OR (95%-BI) ¹ | Model B OR (95%-BI) ¹ | Model C OR (95%-BI) ¹ | Model D OR (95%-BI) ¹ |
|-------------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Minderheid | | | | | |
| Meerderheid | Referentie | | | | |
| Alle | 2,33 (1,52-3,55) | 1,60 (0,98-2,63) | 1,55 (0,91-2,61) | 1,02 (0,54-1,90) | 1,00 (0,59-1,99) |
| Westers | 2,14 (0,92-4,93) | 1,59 (0,61-4,15) | 1,48 (0,54-4,06) | 0,62 (0,18-2,14) | 0,61 (0,18-2,11) |
| Niet-westers | 2,37 (1,50-3,73) | 1,61 (0,94-2,74) | 1,56 (0,88-2,77) | 1,09 (0,58-2,05) | 1,02 (0,60-2,19) |
| Eerste generatie ² | 2,68 (1,57-4,58) | 2,09 (1,11-3,93) | 2,00 (1,03-6,86) | 1,10 (0,45-2,61) | 1,14 (0,48-2,70) |
| Tweede generatie ² | 1,97 (1,13-3,45) | 1,21 (0,63-2,30) | 1,12 (0,55-2,80) | 0,97 (0,46-2,01) | 1,01 (0,48-2,12) |
| Ouderlijke SES | | | | | |
| Hoger | Referentie | -- | Referentie | Referentie | Referentie |
| Gemiddeld | 1,51 (0,92-2,50) | -- | 1,87 (1,03-3,37) | 1,77 (0,98-3,23) | 1,80 (0,98-3,27) |
| Lager | 1,71 (1,08-2,71) | -- | 1,97 (1,09-3,53) | 1,84 (1,01-3,35) | 1,86 (1,03-3,40) |
| Opleidingsniveau | | | | | |
| Hoger | Referentie | -- | Referentie | Referentie | Referentie |
| Lager | 3,20 (2,00-5,12) | -- | 2,10 (1,10-3,71) | 2,17 (1,22-3,86) | 2,17 (1,21-3,87) |
| Relatiestatus | | | | | |
| Ja | 0,33 (0,21-0,55) | -- | 0,55 (0,30-1,01) | 0,55 (0,30-1,03) | 0,56 (0,30-1,04) |
| Nee | Referentie | -- | Referentie | Referentie | Referentie |
| Zelfstandig wonend | | | | | |
| Ja | 0,47 (0,30-0,74) | -- | 1,19 (0,64-2,21) | 1,18 (0,63-2,22) | 1,18 (0,62-2,22) |
| Nee | Referentie | -- | Referentie | Referentie | Referentie |
| Taalachterstand | | | | | |
| Ja | 5,79 (2,82-11,87) | -- | -- | 3,70 (1,38-9,99) | 3,99 (1,46-10,89) |
| Nee | Referentie | -- | -- | Referentie | Referentie |
| Discriminatie (0-12) | | | | | |
| | 1,10 (0,95-1,29) | -- | -- | -- | 0,90 (0,71-1,12) |

OR (95%-BI): oddsratio met 95%-betrouwbaarheidsinterval

¹ Generatie en westerse/niet-westerse migratieachtergrond werden niet in hetzelfde model geanalyseerd. De overige data in deze tabel zijn van het model met migratieachtergrond, oddsratio's waren vergelijkbaar, data zijn verkrijgbaar bij de auteurs.

Model A: a priori confounders: leeftijd, geslacht, vaderlijke leeftijd, psychosen bij ouders, cannabisgebruik, jeugdtrauma.

Model B: Model A + sociale achterstand (ouderlijke sociaal-economische status, scholingsniveau, relatiestatus, woonsituatie).

Model C: Model B+ taalachterstand.

Model D: Model C + discriminatie.

Onze data zijn retrospectief, wat vooringenomenheid door gebrekkige herinnering een realistische mogelijkheid maakt.

Een belangrijke bedreiging voor de validiteit van onze studie is tot slot dat mensen die de Nederlandse taal onvoldoende machtig zijn, niet mee konden doen. Dit kan tot een ondervertegenwoordiging van mensen met een migratieachtergrond in zowel de patiënten- als de controlegroep geleid hebben, en een mogelijk verschil hiertussen zou kunnen leiden tot een over- of onderschatting van het werkelijke effect.

Interpretatie van onze bevindingen

Interpretatie van onze resultaten behoeft nuance. Het algehele verhoogde risico op psychose onder migranten in Nederland is hoger dan in de algehele EU-GEI-studie (OR: 2,03; 95%-BI: 1,69-2,43),⁷ en de rol van vertekende factoren lijkt groter door een grotere percentuele reductie in OR na controle hiervoor. Net als in de volledige EU-GEI-studie lijkt controleren voor sociale achter-

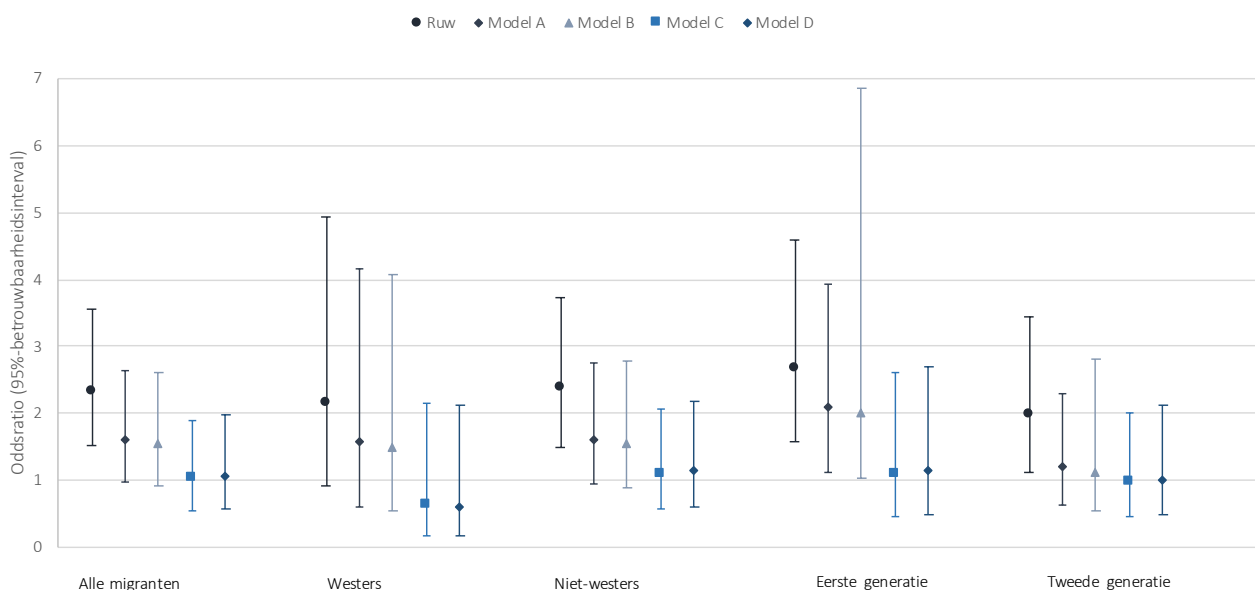
stand niet tot een noemenswaardige reductie in risico te leiden. Binnen de gehele EU-GEI-studie vormt dit een zeer heterogeen beeld als we naar specifieke minderheidsgroeperingen kijken: voor de zwarte en Noord-Afrikaanse minderheden is dit wel degelijk van belang (hier treedt een reductie in de OR op). Door een kleinere steekproefomvang in Nederland konden we niet naar specifieke etnische groepen kijken en dergelijke nuance aanbrenge.

Een belangrijk verschil is wel dat in de gehele EU-GEI-studie sociale achterstand een belangrijke risicofactor voor tweede- en lateregeneratiemigranten was, en dat in de Nederlandse steekproef niet het geval lijkt te zijn. Dit vergt verder onderzoek, want zowel eerste- als tweedegeneratiemigranten lopen wel tegen een sociale achterstand aan in Nederland volgens CBS-cijfers.⁵

De rol van taalachterstand is vergelijkbaar met die in de gehele EU-GEI-studie: een duidelijke determinant bij met name eerstegeneratiemigranten.

Tweedegeneratiemigranten zijn in Nederland geboren

Figuur 1. Resultaten van de regressieanalyse per migrantengroep



en opgegroeid en hebben, op basis van de door ons gebruikte indicatoren, een lager risico op een taalachterstand (21,0% van de tweede generatie had een taalachterstand tegenover 54,7% van de eerste generatie). De beperkte rol van ervaren discriminatie komt ook overeen met de bevindingen van de internationale EU-GEI-studie.

Implicaties

Deze resultaten moeten aanzetten tot twee actiepunten: meer gedetailleerd onderzoek binnen de verschillende migrantengroepen in Nederland, en hernieuwde aandacht voor het op een inclusieve manier beperken van de gevolgen van een taalachterstand. Het risico op een psychose in Nederlandse migrantengroepen blijft onverminderd verhoogd, maar nuance ontbreekt in de analyse ervan. Niet alle migrantengroepen hebben dezelfde ervaringen met taal- en sociale achterstanden, en dit maakt het analyseren van heel heterogene groepen (zoals ook in dit onderzoek) minder betekenisvol. Recent Amerikaans onderzoek laat bovendien zien dat een intersectionele analyse, waarbij naast etniciteit nog andere determinanten van een mogelijk sociale ongelijke positie meegenomen worden, meer voorspellende waarde heeft in onderzoek naar toegang tot de zorg dan alleen etniciteit.¹⁹

Er zijn meerdere interpretaties mogelijk over het mechanisme waardoor een taalachterstand kan bijdragen tot een psychose, bijvoorbeeld doordat de wereld voor betrokkenen onbegrijpelijk en vijandiger lijkt. Verder onderzoek zal dit moeten uitwijzen. Door taalachterstand te zien als een indicator van een bredere afstand tot de samenleving, biedt deze een mogelijk aanknopingspunt voor interventies. Deze afstand, nog

meer dan ervaren discriminatie, zorgt voor uitsluiting en lijkt een belangrijke determinant van een hoger psychoserisico. Het reduceren van een taalachterstand zelf, maar met name de gevolgen hiervan, biedt dan ook mogelijke aanknopingspunten voor concrete interventies op het gebied van de volksgezondheid, mochten deze resultaten onafhankelijk gerepliceerd worden. Het begrijpen en voorkómen van een hoger psychoserisico bij migranten vraagt om een goed causaal model met ruimte voor de grote heterogeniteit die de 20% van de Nederlandse bevolking met een migratieachtergrond kenmerkt, en met een mogelijke rol voor de gevolgen van een taalachterstand.

LITERATUUR

- Selten JP, van der Ven E, Termorshuizen F. Migration and psychosis: a meta-analysis of incidence studies. *Psychol Med* 2019; doi:10.1017/S0033291719000035.
- Ødegaard Ø. Emigration and insanity. *Acta Psychiatrica Neurologica Scandinavica (Suppl)* 1932; 4: 1-206.
- Selten JPCJ, Sijben AES. Verontrustende opnamecijfers voor schizofrenie bij migranten uit Suriname, de Nederlandse Antillen en Marokko. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994; 138: 345-50.
- Marmot M. *The health gap: the challenge of an unequal world*. Londen: Bloomsbury; 2015.
- CBS. *Armoede en sociale uitsluiting*. Den Haag: CBS; 2021.
- Sociaal Cultureel Planbureau. *Ervaren discriminatie in Nederland II*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau; 2020.
- Jongsma HE, Gayer-Anderson C, Tarricone I, e.a. Social disadvantage, linguistic distance, ethnic minority status and first-episode psychosis: results from the EU-GEI case-control study. *Psychol Med* 2021; 51: 1536-48.
- Jongsma HE, Karlson S, Kirkbride JB, e.a. Understanding the excess psychosis risk in ethnic minorities: the impact of structure and identity. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2021; 56: 1913-21.

De overige literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.