

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

# Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.cedar.nl/pro](http://www.cedar.nl/pro)).

*No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.*

[info@boomamsterdam.nl](mailto:info@boomamsterdam.nl)  
[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)

# Cognitieve gedragstherapie bij allochtonen: een cultuursensitieve benadering

HARRY VAN ELS & JEROEN KNIPSCHER

## Samenvatting

In de praktijk is het vaak niet makkelijk om patiënten uit een niet-westerse cultuur te behandelen. Behalve dat de taal een barrière kan vormen, zijn er vanuit de transculturele psychotherapie twee obstakels bekend bij het behandelen van deze patiënten: de neiging tot somatiseren (een klachtenpresentatie met nadruk op lichamelijke klachten) en het ontbreken van een gemeenschappelijk ziekteverklaringsmodel tussen patiënt en therapeut. Samenhangend met het laatste obstakel, komt *commitment* aan de behandeling moeizaam tot stand. Een cultuursensitieve benadering maakt het echter mogelijk deze twee obstakels te overwinnen, zonder afbreuk te doen aan leertheoretische principes en *evidence-based* technieken. In dit artikel werken we deze cultuursensitieve benadering concreet uit. We bespreken op welke manier het gedragstherapeutische proces aan te passen is om cognitieve gedragstherapie zo doeltreffend mogelijk te maken voor migranten. Aan de hand van enkele casussen illustreren we effectieve aanpassingen bij de behandeling van depressie en PTSS.

*Trefwoorden: niet-westerse migranten, cultuursensitieve psychotherapie, explanatory model, gedragstherapeutisch proces, depressie, PTSS.*

## INLEIDING

Een evidence-based cognitieve gedragstherapie zou in principe cultuuronafhankelijk werkzaam kunnen zijn bij iedere patiënt. Bij niet-westerse migranten is de praktijk echter weerbarstig. De kans op een teleurstellend resultaat is dan bovengemiddeld. Veelgehoorde knelpunten zijn dat het therapeutische proces traag verloopt, de patiënt moeizaam tot huiswerk-

opdrachten en experimenten komt, afzegt of wegblijft. Het helpt dan, als de cognitief gedragstherapeut kennis heeft over andere culturen en over de invloed van migratie op de levensgeschiedenis. Komen er echter patiënten uit veel verschillende culturen in zijn spreekkamer, dan kan hij niet van de specifieke aspecten van al deze culturen op de hoogte zijn, want hij is nu eenmaal geen antropoloog.

Dit dilemma is het onderwerp van dit artikel: *Hoe kan de cognitief gedragstherapeut zijn repertoire aan evidence-based behandelingen effectief inzetten bij niet-westerse patiënten?* Om hierop een zinnig antwoord te geven, is kennis nodig van theorie uit de transculturele psychotherapie. Die kennis heeft zich het laatste decennium sterk ontwikkeld en is uitgemond in de cultuursensitieve benadering. In dit artikel werken we deze cultuursensitieve benadering op verschillende manieren uit. Het startpunt is respectvolle nieuwsgierigheid naar hoe de patiënt zijn klachten beleeft. We schetsen hoe de cognitief gedragstherapeut cultuursensitief kan exploreren en onderhandelen, en hoe het 'gedragstherapeutische proces' hierdoor verandert. Daarna komt de behandelfase aan de orde, waarin de therapeut meestal niet goed uitkomt met het strak uitvoeren van een richtlijnbehandeling. Dit komt doordat een niet-westerse migrant zijn klachten deels anders beleeft dan autochtone Nederlanders gewend zijn. Voor depressie en posttraumatische stressstoornis (PTSS) laten we zien hoe praktische aanpassingen cognitieve gedragstherapie voor migranten doeltreffender kunnen maken. Tot slot bespreken we twee casussen uit onze praktijk (van intake tot en met afsluiting van de therapie).

#### ALLOCHTONEN, VLUCHTELINGEN EN MIGRANTEN: EEN SUBSTANTIËLE EN GROEIENDE DOELGROEP

.....

Ongeveer een op de vijf inwoners van Nederland heeft een migratiegeschiedenis, direct of indirect. Al deze mensen worden vaak onder de noemer 'allochtonen' bij elkaar gevoegd, maar dat doet de diversiteit van deze groep geen recht. Grofweg zijn drie groepen te onderscheiden: (1) personen afkomstig uit de voormalige Nederlandse koloniën, (2) economisch gemotiveerde migranten en (3) vluchtelingen. Het betreft in totaal ongeveer 3,5 miljoen personen. De helft van hen is in Nederland geboren en behoort daarmee tot de tweede generatie. Het aandeel niet-westerse allochtonen in de bevolking is de afgelopen tien jaar toegenomen tot 11,5 procent (ongeveer 1,9 miljoen personen). Het aandeel westerse allochtonen is 9 procent gebleven (grofweg 1,5 miljoen personen). Onder de westerse allochtonen vormen Duitsers en personen uit het voormalig Nederlands-Indië of Indonesië de grootste herkomstgroepen. Onder de niet-westerse allochtonen zijn de 'klassieke' herkomstgroeperingen het meest vertegenwoordigd: Turken, Surinamers, Marokkanen en Antillianen/Arubanen. Bijna de helft van de Turken en iets

meer dan de helft van de Marokkanen in Nederland behoort tot de tweede generatie. Niet-westerse allochtonen met een Afghaanse, Iraakse, Iraanse of Somalische herkomst zijn veel korter in Nederland en voor het grootste deel geboren in het land van herkomst. Niet-westerse allochtonen vormen een jonge bevolkingsgroep. Vier op de tien niet-westerse allochtonen zijn jonger dan 20 jaar (CBS, 2012).

#### ALLOCHTONEN VORMEN EEN RISICOGROEP VOOR DE ONTWIKKELING VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

.....

De prevalentie van de belangrijkste DSM-stoornissen (angst en depressie) onder niet-westerse etnische minderheden is significant hoger dan onder de autochtone bevolking, zo blijkt uit Nederlands maar ook uit Europees onderzoek (de Wit et al., 2008; Lindert, Von Ehrenstein, Priebe, Mielck, & Brähler, 2009; Missinne & Bracke, 2012; Priebe et al., 2011; Tarricone et al., 2012). In het bijzonder zijn angststoornissen naar aanleiding van schokkende gebeurtenissen substantieel. Traumatische ervaringen in het land van herkomst, een onzekere asielprocedure en de *condición migrante* liggen aan deze verhoogde morbiditeit ten grondslag (zie bijvoorbeeld: Drogendijk et al., 2003; Fazel, Wheeler, & Danesh, 2005; Toar, O'Brien, & Fahey, 2009). Daarnaast laten twee recente overzichtsstudies naar de prevalentie van depressieve symptomen onder migranten en etnische minderheden in Europa (Missinne & Bracke, 2012; Tarricone et al., 2012) een verhoogd risico zien op depressie binnen deze groepen, vergeleken met etnische meerderheidsgroepen. De resultaten varieerden echter tussen de diverse onderzochte populaties en waren ook gerelateerd aan populatiespecifieke determinanten van depressie, zoals sociaal-economische status, discriminatie en generatie. Bovendien was de regio van herkomst belangrijk: Oost-Europese en Noord-Afrikaanse migranten (Marokkanen) vertoonden het hoogste risico voor depressieve symptomen (Missinne & Bracke, 2012).

#### ALLOCHTONEN EN DE GGZ: EEN MOEIZAME RELATIE

.....

Etnische minderheidsgroepen hebben niet alleen een groter risico op angst en depressie, ze lopen ook risico een minder gepaste zorg voor hun mentale problemen te ontvangen (Alegria et al., 2008; Young, Klap, Sherbourne, & Wells, 2001). Allochtone cliënten vertonen bijvoorbeeld specifiek hulpzoekgedrag (Knipscheer & Kleber, 2005, 2008) waardoor de ggz onvoldoende of pas in een laat stadium wordt bereikt. Op bevolkingsniveau vertaalde de hogere prevalentie van psychische stoornissen onder migrantengroepen zich niet in een groter zorggebruik: er was jarenlang een ondervertegenwoordiging van deze groepen in de ggz. De laatste jaren is evenwel sprake van een

‘inhaalslag’ onder volwassen allochtone cliënten in de ggz (de Jong, 2010; Fassaert et al., 2010). Qua ziektegedrag zien we dat de poortwachtersfunctie van de huisarts goed functioneert voor allochtonen. Steeds meer allochtonen consulteren de huisarts bij psychisch onwelbevinden, en in sommige regio’s in Nederland is bij een aantal culturele groepen zelfs sprake van een oververtegenwoordiging. De huisartsen verwijzen allochtonen ongeveer even vaak door naar ambulante ggz als autochtonen. Voor jongeren is het beeld echter somberder. Hier worden alle groepen minder goed bereikt, vooral jongeren met een Turkse of Marokkaanse achtergrond (de Haan, 2014; Verhulp, 2014). Op het niveau van de intramurale ggz zien we verschillende patronen. Meest opvallend is dat Antilliaanse, Marokkaanse en Surinaamse mannen hier meer vertegenwoordigd zijn (en vaker vanwege gedwongen opname). Kortom, allochtonen lijken de weg naar de ggz gevonden te hebben en psychische problemen zijn niet langer taboe, maar er zijn nog veel verschillen tussen, en binnen, de culturele groepen in zorgconsumptie, en nog altijd zijn er onvoldoende betrouwbare cijfers (de Jong, 2010).

Zoals hierboven is opgemerkt, leidt behandeling verlenen aan (niet-westerse) allochtonen veelal tot knelpunten in doeltreffendheid. Psychotherapeutische interventies zijn niet evidence-based voor allochtone groepen, en de behandelingen worden vaak gekenmerkt door hoge *no-show*- en *drop-out*-cijfers. Zijn er dan aanpassingen nodig die het succesvol uitvoeren van CGT bij allochtonen mogelijk maken? Een relevante en actuele vraag voor de huidige Nederlandse geestelijke gezondheidszorg. Daar is gemiddeld ruim 15 procent van de cliënten allochtoon, maar kent een stad als Utrecht meer dan 40 procent allochtone ggz-clieënten, terwijl de overgrote meerderheid van de Nederlandse psychologen, psychiaters en psychotherapeuten autochtoon is. Een ‘etnische overeenkomst’ tussen therapeut en cliënt is praktisch gezien veelal niet haalbaar, nog los van de vraag of die *ethnic matching* leidt tot betere hulpverlening (Knipscheer & Kleber, 2004a; 2004b). Een meta-analyse (Cabral & Smith, 2011) wees uit dat hoewel etnische minderheden een voorkeur kunnen hebben voor een etnisch gelijke therapeut, het uiteindelijke behandelresultaat onafhankelijk is van de etnische achtergrond van de therapeut. Bovendien geldt dat therapeuten uit etnische minderheidsgroeperingen veelal op dezelfde manier zijn opgeleid als westerse therapeuten.

Het is dus wenselijk dat therapeuten, ongeacht hun eigen culturele achtergrond, adequate zorg kunnen verlenen aan cliënten met een andere, vaak niet-westerse, culturele achtergrond. Is dat een probleem? Nee, zeggen sommigen, want cultuur vormt slechts een dunne laag en *deep down* zijn we allemaal gelijk. Dat is echter de vraag. Er komt steeds meer evidentie voor falsificatie van deze zogenoemde *universality hypothesis*. De bepalende invloed van cultuur op allerlei vormen van (basaal) gedrag, zoals (gezichts)uitdrukkingen van emoties, visuele waarneming, ruimtelijk en moreel redeneren, zelfconcepten en IQ wordt steeds sterker aangetoond (Henrich, Heine & Norenzayan, 2010; Jack, Garrod, Hui, Caldara, & Schyns, 2012). Mensen met

een verschillende culturele achtergrond verschillen zowel in hun wijze van denken, als waarover wordt gedacht. Zo denken westerse mensen meer analytisch, halen zij objecten veelal uit hun context en vertrouwen ze op formele logica, terwijl mensen uit oosterse culturen meer holistisch denken, vooral aandacht geven aan de context en onderlinge relaties, en meer 'dialectisch' redeneren (Hofmann, 2006). Een en ander heeft verregaande consequenties, vooral met betrekking tot de psychotherapie. Relevant is deze vraag ook, omdat bekend is dat allochtonen minder profiteren van het zorgaanbod dan autochtonen (zie bijvoorbeeld: de Jong, 2010; Knipscheer, Mooren, & Kurt, 2012). Er zijn hierbij patiënt- en therapeutgerelateerde factoren te onderscheiden.

Allochtonen ervaren een hogere drempel bij het vragen om hulp in de ggz, en er worden bij hen meer crises, meer misdiagnosen, meer eenmalige contacten, een hogere drop-out en een kortere behandelduur gerapporteerd dan bij autochtone cliëntcontacten (voor een overzicht, zie: van Dijk, 2010). Bovendien hebben allochtonen vaak bepaalde verwachtingen over de ggz die niet stroken met wat de ggz kan bieden, en zijn zij veelal minder 'geproto-professionaliseerd' dan autochtonen. Westerse patiënten hanteren vaak hetzelfde verklaringmodel als de professional. Allochtone cliënten zijn veelal onbekend met de gedifferentieerdheid van de westerse hulpverlening en wat zij daarvan kunnen verwachten. Zo is de scheiding tussen ggz en maatschappelijk werk niet altijd duidelijk, kunnen verwachtingen over de zorg hoger zijn dan wat de ggz daadwerkelijk kan bieden, en kan onbekendheid bestaan met de manier waarop in het Westen klachten worden geïnterpreteerd en geclassificeerd. Verder kan er een taboe bestaan om over klachten te spreken of zich tot een psycholoog of psychiater te wenden. Daarnaast wordt de hulpverlening gecompliceerd door een 'van de autochtone norm afwijkende' klachtenpresentatie, zoals een sterke nadruk op somatische klachten, passiviteit en een soms dwingende vorm van hulpvragen. Ook kunnen reacties op farmacotherapie verschillen tussen allochtone en autochtone patiënten (zie bijvoorbeeld: Schraufnagel, Wagner, Miranda, & Roy-Byrne, 2006). Ten slotte vormt het ontbreken van een gemeenschappelijk ziektemodel tussen patiënt en therapeut, en de daarmee samenhangende moeizame werkrelatie en geringe mate van committeren, een belangrijk obstakel.

Therapeuten zouden echter bepaalde aspecten die relevant zijn voor allochtone cliënten (te) weinig bij de behandeling betrekken. Denk hierbij aan de invloed van de (gedwongen) migratie, acculturatie en de zogenaamde *condición migrante* (de context van het leven als migrant en als lid van een etnische minderheid, vaak gekenmerkt door geringe sociaaleconomische draagkracht en acculturatiestress). Belangrijke knelpunten in het behandelcontact zijn de taal en het gebrek aan kennis bij de therapeut over de specifieke cultuur van de patiënt. Ook kan het klinisch oordeel met betrekking tot passende en adequate diagnose en behandeling vertroebeld worden door stereotyperend denken, onzekerheid of problematische communicatie als

gevolg van taalbarrières of gebrek aan ervaring in het werken met tolken (Lindert, Schouler-Ocak, Heinz, & Priebe, 2008; Tiemeier et al., 2002; Yeo, 2004). Nogal wat psychologen, psychotherapeuten en psychiaters ervaren het contact met allochtone cliënten daarom dikwijls als problematisch.

Kortom, cognities en gedrag van patiënten en medici kunnen botsen tijdens het therapeutische contact, vooral wanneer medici competenties ontberen zoals een reflecterende houding, kennis of specifieke vaardigheden die relevant zijn in het contact met (etnisch) diverse populaties (Dogra & Karim, 2005). Het gevolg is dat hulpverlening vastloopt. Door een veelal sterk somatisch georiënteerde klachtenpresentatie, door verschillen in verklaringsmodellen (voor de symptomen en de behandeling ervan) tussen patiënt en behandelaar, en door schaamte en angst voor stigmatisering, zijn no-show en drop-out hoog: 46 procent onder etnische minderheidsgroepen, versus 24 procent onder autochtoon Nederlandse patiëntengroepen (Blom et al., 2010). Deze situatie heeft substantiële nadelige consequenties: behandelingen bieden onvoldoende symptoomreductie, waardoor lijdensdruk blijft bestaan; de behandelaar ervaart dat inspanningen vruchteloos blijven; en de aanhoudende problematiek staat een volwaardig sociaal en beroepsmatig functioneren in de maatschappij in de weg, met economische gevolgen, met name op het gebied van arbeidsparticipatie (afname van arbeidsproductiviteit: Wald, 2009) en gezondheidszorg (een verhoogde consumptie en dure zorg: Kleber & van der Velden, 2009).

#### IS EEN CULTUURSENSITIEVE BENADERING VAN INDIVIDUELE COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE DE OPLOSSING?

.....

Op welke manier is een cultuursensitieve aanpak effectief toe te passen binnen een individuele cognitieve gedragstherapie? Via een zijspng naar de historie van de psychotherapie en de gedragstherapie bespreken we hierna eerst hoe de westerse patiënt is geprotoprofessionaliseerd: zijn hulpvraag sluit meestal probleemloos aan op het behandelaanbod. Vervolgens leggen we uit waarom dit anders ligt bij niet-westerse migranten, en hoe toch een brug naar hen kan worden geslagen door veel aandacht te besteden aan exploratie en onderhandeling.

#### *Westerse patiënt geprotoprofessionaliseerd*

.....

In de jaren zeventig van de vorige eeuw werd door de activiteiten van onder andere Bastiaans (1957), Stichting Centrum '45 (opgericht in 1973) en Stichting ICODO (opgericht in 1980) voor een breed publiek duidelijk dat oorlogservaringen nog vele jaren later intensief psychisch lijden kunnen veroorzaken. In de jaren negentig kwam ook aan het licht hoe vaak vrouwen in hun leven met seksueel misbruik te maken hebben en wat daarvan de

langetermijngevolgen kunnen zijn (Draijer, 1990). Zo raakte algemeen aanvaard dat oorlogservaringen of seksueel misbruik later tot psychische klachten kunnen leiden, en dat het zinnig is om deze ervaringen te verwerken en er gerichte (psychiatrische) hulp voor te vragen. Westerse patiënten die zich tegenwoordig aanmelden met trauma's zijn geprotoprofessionaliseerd: de patiënt en de professional delen dezelfde visie over de klachten, de oorzaken ervan en de oplossing ervoor. Zij hanteren hetzelfde verklaringsmodel, en patiënten vragen zelf om een traumabehandeling (Knipscheer & van Els, 2015). Door publieksvoorlichting en de media is de kennis over psychische klachten in onze maatschappij de afgelopen veertig jaar sterk toegenomen. De meeste mensen weten wat een fobie, smetvrees, burn-out, depressie, ADHD of autisme is. Dit geldt niet voor migranten van de eerste generatie, die veel lijken op de nog niet geprotoprofessionaliseerde Nederlandse patiënten uit de jaren zestig.

*Regulier gedragstherapeutisch proces past goed bij doelbewuste westerse patiënt*

---

De meeste gedragstherapeuten zijn opgeleid in het 'gedragstherapeutisch proces', zoals geformuleerd door Brinkman (1978), Burger (1980) en Orlemans (Orlemans, Eelen, & Hermans, 1995), en hun opvolgers (zoals Korrelboom & Kernkamp, 1993). Zij onderscheidden verschillende fasen in het behandelproces, waarbij ze zich baseerden op de empirische cyclus. Voordat de behandel fase begon, nam de gedragstherapeut een aanloop van drie of meer sessies. Eerst kwamen de kennismaking en probleemstelling. Vervolgens werd informatie verzameld, en werden registraties en metingen gedaan. Ten slotte werd via functieanalyses een holistische theorie opgesteld. Op basis hiervan werden behandel doelen gesteld en werd een behandelplan gemaakt.

Inmiddels zijn er binnen de cognitieve gedragstherapie voor specifieke stoornissen gespecialiseerde behandelprogramma's ontwikkeld, die leiden tot *empirically supported treatments* (EST's) (Keijsers, van Minnen, & Hoogduin, 2011, p. 16). In de huidige praktijk is de DSM-classificatie de voornaamste toegangsroute tot bewezen effectieve behandelingen. 'Over het algemeen duurt de beginfase niet veel langer dan één tot drie sessies. Inventarisatie van de problemen is doorgaans geen probleem. De meeste patiënten weten waarvoor ze hulp zoeken, en er is zelden een goede therapeutische reden om daar ingewikkelder over te doen dan simpel te vragen wat eraan scheelt. [...] Het formuleren van de hulpvraag en de behandel doelen duurt in de meeste gevallen niet lang' (ten Broeke, Korrelboom, & Verbraak, 2009, p. 33). Hier komt nog bij dat de intakefase vaak niet door dezelfde professionals wordt uitgevoerd als de behandeling. In tabel 1 is in vereenvoudigde vorm de huidige praktijk in schema gezet:



TABEL 1 *Het gedragstherapeutische proces anno 2015*

|  |   |
|--|---|
| <b>Intake door psycholoog of psychiater</b>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Psychiatrische klachten en problemen inventariseren</li> <li>▶ Biografie en levensomstandigheden in kaart brengen</li> <li>▶ DSM-classificatie</li> <li>▶ Hulpvraag en behandelgoal formuleren, in overleg met de patiënt</li> <li>▶ Behandelplan maken</li> </ul> |
| <b>Behandeling door cognitief gedragstherapeut</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Richtlijn behandeling</li> </ul>   |
| <b>Evaluatie en afsluiting</b>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Klachten meten en behandeling evalueren op resultaat</li> <li>▶ Periode na behandeling voorbereiden</li> <li>▶ Behandeling afsluiten</li> </ul>  |

Deze werkwijze past goed bij het merendeel van de patiënten van nu: de behandelgoals, protocollen en technieken van de cognitieve gedragstherapie sluiten goed aan bij hun klachten en hulpvraag.

#### *Kloof overbruggen tussen westers en niet-westers ziekteverklaringsmodel*

Het hiervoor beschreven gedragstherapeutische proces past echter niet goed bij de patiënt uit een andere cultuur. De migrant is namelijk niet geprofessionaliseerd, beleeft zijn klachten anders, en heeft eigen cultureel bepaalde opvattingen over zijn klachten, ziekte en de oplossingen daarvoor. Daarbij is er een verschil tussen migranten van verschillende generaties:

- ▶ Eerstegeneratiemigranten hanteren een verklingsmodel uit hun oorspronkelijke cultuur.
- ▶ Tweede- en derdegeneratiemigranten hanteren een mengeling van het verklingsmodel uit de cultuur van hun ouders en het Nederlandse verklingsmodel.

Wat heeft een patiënt uit een niet-westerse cultuur nodig om mee te werken aan een ingrijpende behandeling die voor hem onbekend is? Hoe komt commitment tot stand voor een behandeling (zoals een traumabehandeling, gedragsmatig activeren of een *exposure*-programma) die strijdig lijkt met de eigen culturele visie en overtuiging? Vanuit de transculturele psychotherapie zijn er manieren bekend om de kloof tussen het westerse en het niet-westerse verklingsmodel te overbruggen. Zo bespreken Colijn en Braak-

man (2010, p. 442) het model van de ‘universele therapiefactoren’, die voor alle culturen gelden: ‘Er is een patiënt die, uit het lood gebracht door zijn psychische klachten, een genezer zoekt. Deze genezer geniet erkenning van de samenleving om hem heen, en boezemt vertrouwen in. Hij of zij is in staat de oorzaken van het psychisch lijden te benoemen; op grond van die theorie over psychisch lijden selecteert hij een aantal procedures die naar genezing leiden. Anders gezegd: er is een *relatie* tussen genezer en patiënt; er is een *rationale* die een logische verklaring geeft voor de klachten van de patiënt; op grond daarvan wordt een aantal vastgestelde procedures of *rituelen* uitgevoerd; in een daartoe voorgeschreven *context* of *setting*.’ Dit model van Frank heeft een genezende waarde voor zowel westerse als niet-westerse patiënten, omdat ‘de hulpverlener *hoop* biedt, in een *relatie*, met behulp van een *rationale*, die een *ritueel* voorschrijft, in een genezende *context*’ (p. 443).

Colijn en Braakman bespreken ook het zogenoemde ‘onderhandelingsmodel’ (2010, p. 447): ‘Het gezichtspunt van het onderhandelingsmodel is dat een van de essenties van behandeling is, dat het perspectief van de patiënt (met diens schat aan idiosyncratische kennis over de eigen problematiek) naast dat van de behandelaar (met diens expertise op het gebied van behandeling van patiënten met diverse problematieken) gezet wordt en dat daar onder verantwoordelijkheid van de behandelaar een uitwisseling en (figuurlijk gezien) onderhandeling plaatsvindt, met als uitkomst een gezamenlijk behandelplan.’ Twee universele therapeutische factoren zijn essentieel bij het komen tot een gemeenschappelijk behandelplan: ‘geloofwaardigheid (*credibility*) en duidelijk iets te bieden hebben (*giving*)’.

### *Cultuursensitieve exploratie en onderhandeling*

Dit onderhandelingsmodel spreekt ons aan. Voordat de therapeut na de intakefase kan gaan behandelen, is er werk aan de winkel. Het verklaringsmodel van de patiënt moet aan die patiënt ontlokt worden (Colijn & Braakman, 2010, p. 447). Er moet duidelijkheid komen over de culturele betekenis en achtergronden van de klachten. De therapeut geeft zijn biopsychosociale verklaringsmodel, hij maakt de patiënt duidelijk welke oplossing cognitieve gedragstherapie te bieden heeft, en samen onderhandelen therapeut en patiënt over de te volgen weg. Zo ontstaat een gezamenlijk behandelplan en vervolgens commitment. Deze fase van cultuursensitief exploreren en onderhandelen neemt enkele sessies in beslag en bestaat uit de volgende elementen:

**Tijdsbalk maken, samen met de patiënt** — Op de tijdsbalk komen boven de streep de momenten waarop de klachten begonnen en erger werden, en onder de streep de *life events* (migratiegeschiedenis, huwelijk, enzovoort) en tegenslagen (overlijden familieleden, ziekte, conflict met werkgever, ontslag, enzovoort). De ervaring leert dat patiënten uit niet-westerse cul-

turen geneigd zijn om bij de intake hun klachten vooral toe te schrijven aan externe factoren, zoals een arbeidsconflict of een scheiding. Bij de precieze exploratie in deze fase komen met schaamte beladen tegenslagen of familieproblemen makkelijker op tafel.

**Verklaringsmodel patiënt en familie** — De therapeut moet het verklaringsmodel aan de patiënt ‘ontlocken’. Wat is er volgens de patiënt aan de hand? Ligt de oorzaak binnen of buiten hem? Hierbij bepaalt de patiënt hoeveel invloed (in procenten) de verschillende factoren hebben of hebben gehad op zijn klachten. Ziet hij het herstelproces als iets passiefs of als iets actiefs? Welke (lichamelijke) klacht ervaart hijzelf als het ergst? Het is zinvol als de patiënt een vertrouwd persoon meevraagt bij een volgend gesprek: partner, (oudste) zus of broer, (oudste) zoon of dochter. De therapeut vraagt dan ook aan deze persoon wat voor iemand de patiënt was voordat hij klachten kreeg, en welke taken en rollen de patiënt niet meer vervult door deze klachten (functioneringsverlies).

**Verklaringsmodel therapeut en psycho-educatie** — Aan de hand van de aanmeldingsklachten geeft de therapeut zijn verklaringsmodel (in feite een korte holistische theorie): klachten, oorzakelijke factoren en diagnose. Psycho-educatie over de klachten sluit hier goed bij aan. Bijvoorbeeld bij de diagnose ‘depressie’ kan de therapeut:

- ▶ uitleggen dat de lichamelijke klachten van de patiënt kernsymptomen van depressie zijn. Migranten in Nederland kennen of erkennen het begrip depressie lang niet altijd, maar de symptomen kennen ze wel (zie Intercultureel addendum depressie, 2012); en
- ▶ vertellen over ervaringen van andere patiënten: hoe boosheid kan branden in je lijf, hoe verdriet lichamelijke pijn geeft (‘Je voelt alles in je lijf’), en hoe tegenslagen en teleurstellingen kunnen leiden tot depressie.

**Wat heeft CGT te bieden?** — De therapeut licht de voorgestelde behandeling toe. Aan de hand van de klachten geeft hij concreet aan welke verbetering er mogelijk is en welke inzet hierbij van de patiënt verwacht wordt. Hij vertelt welke ervaringen andere patiënten met deze klachten hebben met CGT. Met het familielid wordt bekeken welke ondersteuning de familie kan geven, en welke rol de familie kan spelen bij het oplossen van de problemen of de (rol)conflicten waarmee de patiënt worstelt.

**Onderhandelen en behandelplan** — Door de hiervoor beschreven stappen te doorlopen, ontstaat er meestal een basale overeenstemming, dat de klachten kunnen verminderen door de CGT-behandeling. Ontstaat deze overeenstemming niet, dan heeft CGT weinig kans van slagen en is het niet zinvol om deze te starten. Zo komt de onderzoeks- of exploratiefase uit de begin-

tijd van de gedragstherapie weer terug in het ‘gedragstherapeutisch proces’, maar wel met een gedeeltelijk andere inhoud (Knipscheer & van Els, 2015). Dit leidt tot het volgende schema (tabel 2):

TABEL 2 *Het gedragstherapeutisch proces bij andere culturen*

|   |   |
|---|---|
| <b>Intake door psycholoog of psychiater</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Psychiatrische klachten en problemen inventariseren</li> <li>▶ Biografie en levensomstandigheden in kaart brengen</li> <li>▶ DSM-classificatie</li> </ul>  |
| <b>Cultuursensitieve exploratie en onderhandeling in enkele sessies door cognitief gedragstherapeut</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Verklaringsmodel van patiënt (culturele betekenis en achtergronden van de klachten, condición migrante)</li> <li>▶ Partner of familielid uitnodigen voor een sessie</li> <li>▶ Verklaringsmodel therapeut en psycho-educatie</li> <li>▶ Rationale van de CGT-behandeling uitleggen</li> <li>▶ Onderhandelen over gemeenschappelijk doel en behandelplan</li> </ul> |
| <b>Behandeling door cognitief gedragstherapeut</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Richtlijn behandeling</li> </ul>   |
| <b>Evaluatie en afsluiting</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Klachten meten en behandeling evalueren op resultaat</li> <li>▶ Periode na behandeling voorbereiden</li> <li>▶ Behandeling afsluiten</li> </ul>  |

Na de fase van cultuursensitieve exploratie en onderhandeling kan de richtlijn behandeling starten.

#### IS EEN CULTUURSENSITIEVE AANPAK EFFECTIEF?

.....

Een cultuursensitieve aanpak binnen bestaande behandelrichtlijnen en CGT-protocollen vergroot het behandel-effect significant, zo heeft onderzoek overtuigend aangetoond (bijvoorbeeld: Benish, Quintana, & Wampold, 2011; Griner & Smith, 2006; Sue, Zane, Nagayama-Hall, & Berger, 2009). Zo leiden cultuursensitieve interventies tot betere resultaten dan reguliere interventies bij depressie (Araya et al., 2003) en PTSS (Hinton, Rivera, Hofmann, Barlow, & Otto, 2012). Diverse overzichtsstudies (Benish et al., 2011; Griner & Smith, 2006; Smith, Domenech Rodríguez, & Bernal,

2011) rapporteerden *effect sizes* tussen 0.33 en 0.47 voor een cultureel aangepaste behandeling versus niet aangepaste controle-interventies. Benish et al. (2011) wijzen daarbij expliciet op de rol van het verklaringsmodel van ziekte en gezondheid (*explanatory model*). De focus hierop verbetert het begrip van de patiënt van zijn problemen, vergroot het inzicht in de interventiemogelijkheden en verbetert de werkrelatie met de therapeut, precies zoals wij het hierboven formuleerden.

#### DEPRESSIE BIJ NIET-WESTERSE MIGRANTEN: PRAKTIJKERVARINGEN

.....

Welke aanpassingen zijn geïndiceerd bij niet-westerse patiënten? En hoe sluiten deze aan bij de specifieke kenmerken van hun beleving en de culturele interpretatie van hun klachten? Uitgangspunt is de aanbeveling om 'de in de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie beschreven psychotherapievormen net zo vaak bij patiënten met migratie-achtergrond toe te passen als bij autochtonen' (Intercultureel Addendum Depressie, 2012, p. 72). Met de niet-westerse patiëntengroep (patiënten uit Marokko, Afghanistan, Irak en Iran) hebben wij<sup>1</sup> veel ervaring. In deze paragraaf beschrijven we hoe deze patiënten hun depressieve klachten aanvankelijk vaak verklaren, hoe geneigd ze zijn zich terug te trekken uit contacten en activiteiten, en hoe de behandeling hierop is aan te passen.

#### *Observatie 1: begin en verklaring van de klachten*

.....

In de intake vertellen migrantenpatiënten vaak dat zij hard gewerkt hebben, het hun opgedragen werk zonder klagen hebben uitgevoerd, overwerk hebben gedaan en zich nooit ziek hebben gemeld, zelfs niet bij pijn of sterke vermoeidheid. Dan gebeurt er iets ingrijpends in hun leven, bijvoorbeeld een bedrijfsongeval, een auto-ongeluk, een operatie, een sterfgeval of een miskraam. De patiënten werken door, maar zijn moe, duizelig, hebben pijn en andere lichamelijke klachten, en voelen zich zwak en ziek.

Vaak gaat het verhaal als volgt verder. Er volgt een ziekmelding, waarop de leidinggevende kortaf reageert en aandringt op doorwerken. Patiënten ervaren wantrouwen, weinig begrip voor hun situatie en benoemen het arbeidsconflict als verklaring voor de aanmeldklachten.

In de exploratiefase blijkt vervolgens dat patiënten weinig of niets tegen hun leidinggevende hebben gezegd over de tegenslagen in hun privéleven. Via de tijdsbalk wordt duidelijk dat er nog meer belastende factoren een rol speelden in de periode die aan de depressie voorafging, bijvoorbeeld zorgen

1 Met dank aan Maarten Mansveld, Klaas-Jan Pos en Koos van Schie, psychiaters en collega's op de polikliniek SAS-P in Gouda, die de drie beschreven observaties ondersteunen.

over een ziek familielid, problemen in de familie door een scheiding of een onhandelbaar kind. Het gebrek aan erkenning en het gevoel onrechtvaardig behandeld te zijn, hebben bij navraag geleid tot grote ‘innerlijke woede’ en sterke lichamelijke gevoelens, zoals een brandende pijn in de borst of een heet hoofd. Patiënten willen niet terug naar hun werk voordat ze beter zijn. Ze zijn bang voor hun eigen woede, bang om te exploderen. Deze agressie ‘hoort niet bij mij, zo ben ik niet, ik ben ziek’, zeggen ze. Ze zijn er trots op altijd een goede en harde werker, en een rechtvaardig mens te zijn geweest. Hun gekrenkte trots en woede delen ze met bijna niemand in de familie. Ze schamen zich erg over hun ‘zwak zijn’ en ziekte.

### *Observatie 2: terugtrekgedrag*

Het is opvallend hoe sterk niet-westerse migrantenpatiënten met depressieve klachten zich terugtrekken. Ook bij een lichte of matige depressie is functioneringsuitval meestal fors: naast dat de patiënten stoppen met werken, laten ze ook rollen en taken in familie en gezin los. Een man met een depressie gaat bijvoorbeeld niet meer naar buiten, ook niet naar de moskee op vrijdag, en hij vermijdt vrienden en familie, uit angst voor vragen en uit schaamte over zijn ‘zwakte’. Binnenshuis trekt hij zich terug, verdraagt geen geluid en kan niet tegen de drukte van de kinderen. Hij mijdt ook gewone dingen als boodschappen doen of zijn kinderen naar het voetballen brengen. Een vrouw met een depressie noemt eerder vermoeidheid en lichamelijke klachten als reden om binnen te blijven, soms ook vergeetachtigheid en concentratieproblemen. Of zij is té boos tegen de kinderen en trekt zich terug uit haar dagelijkse taken. Haar moeder, schoonmoeder of zussen komen helpen, koken of brengen eten. Ook Limburg-Okken en Sidali (2010, p. 354) staan stil bij dit ‘terugtrekgedrag’ en schrijven hierover: ‘Velen vermelden hierbij dat ze zichzelf veranderd vinden en bang zijn voor hun eigen impulsdoorbraken, reden waarom ieder gezelschap wordt vermeden.’

### *Observatie 3: geluiden, stemmen en schimmen*

Vaker dan autochtone Nederlanders gewend zijn, blijken patiënten uit een niet-westerse cultuur last te hebben van het horen van geluiden en stemmen, of het zien van schimmen (met name bij de overgang van waken naar slapen en in de nacht). Volgens de psychiater functioneert patiënt overdag niet psychotisch en is er geen sprake van een verstandelijke beperking. Een Nederlandse psychiater die in Marokko met een cultuursensitieve blik onderzoek deed naar psychotische stoornis en depressie (Zandi et al., 2008), beklemtoont dat in sommige culturen het horen van stemmen en het zien van beelden of gezichten van familieleden tamelijk gewoon is, en niet noodzakelijk pathologisch. Het horen van stemmen, zeker als deze ervaren worden als van binnenuit het hoofd komend, kan een normale ervaring zijn.

*Aanpassingen in de behandeling van depressie bij migranten*

Bij migranten kan de therapeut vaak niet volstaan met de strakke uitvoering van een van de drie richtlijnbehandelingen voor depressie: gedragsmatige activering, cognitieve herstructurering of interpersoonlijke psychotherapie (Keijsers, van Minnen, & Hoogduin, 2011). Hieronder beschrijven we welke aanpassingen nuttig zijn om deze drie behandelingen effectiever te maken voor migranten.

**Gedragsmatige activering** — Activeren in de vorm van ‘geleidelijk uitbreiden van plezierige of ontspannen activiteiten’ (Bockting & Huibers, 2011, p. 257), en daarbij als huiswerk het bijhouden van een ‘plezierige-gebeurtenissenlijst’ opgeven (p. 272), sluit niet goed aan bij migranten met depressieve klachten. Ze zijn namelijk moeilijk in beweging te krijgen en vermijden activiteiten doorgaans zo veel mogelijk, omdat zij hun lichamelijke klachten en pijnen niet willen voelen en zeker niet willen verergeren. Dit sterke terugtrekgedrag maakt (een aangepaste vorm van) activeren echter wel tot een belangrijk aspect van hun behandeling. Het is zinvol om hen te activeren op drie niveaus: mentaal, lichamenlijk en sociaal. De therapeut kan dit bijvoorbeeld zo uitleggen: ‘Je voelt je ziek en zwak. Het is logisch dat jij je terugtrekt als je je zwak voelt. Terugtrekken geeft een veilig gevoel, maar helpt niet om uit deze depressie te komen. Om weer een sterke man te worden, moeten je geest én je lichaam weer sterk worden.’

Mentale activering is bijvoorbeeld mogelijk door afspraken te maken over een eenvoudig tijdschrift bekijken of lezen, vijf keer per dag bidden (ook bij weinig concentratie), stukjes in de Koran lezen of op internet luisteren naar Koranteksten, op een andere manier op internet actief zijn, of een studieboek lezen. Lichamenlijke activering is lastig, omdat de patiënt lichamenlijke belevingen sterk vermijdt. Het is belangrijk om te blijven benadrukken dat het nodig is het lichaam te versterken om uit de depressie te komen (‘anders genees je niet’), met kleine interventies te beginnen (graduele exposure voor de angst om lichamenlijke klachten te voelen) en streng te zijn over de uitvoering ervan. Maak afspraken als vijf minuten wandelen, een kort stukje fietsen, weer oppakken van fitness of voetbal, of deelnemen aan *running*-therapie. Mannelijke patiënten willen overdag meestal niet buitenshuis gezien worden, maar zijn wel bereid om ’s avonds in het donker te wandelen.

Sociale activering richt zich erop dat patiënten weer dingen oppakken die zij door de depressie hadden opgegeven, maar die in het verleden voldoening gaven of waardevol waren (Bakker-De Pree, 1987): ‘Door je depressie doe je nu niets meer wat waardevol is en voel je je waardeloos. Je hebt nu geen waarde en je voelt je geen man.’ Het gaat hierbij om kleine gedragsexperimenten met eerder door de patiënt als succesvol ervaren (operant) gedrag (Bruins & Vlamings, 2012) en niet om nieuw gedrag! Bijvoorbeeld enkele boodschap-

pen doen, tien of vijftien minuten bij moeder thee gaan drinken, zontje naar school of voetbal brengen of helpen bij zijn huiswerk. De therapeut erkent hierbij dat sociale activiteiten als familiebezoek of een bruiloft erg moeilijk zijn voor de patiënt door de prikkelbaarheid en moeheid die bij de depressie horen, maar legt uit dat het toch belangrijk is om er kort naartoe te gaan en zo respect te tonen. Parallel hieraan legt de therapeut aan de partner en familie uit dat zij geleidelijk weer taken aan de patiënt moeten teruggeven, zodat deze zich weer een ‘goede vader’ of ‘goede moeder’ kan voelen.

**Cognitieve herstructurering** — Bij migranten van de eerste generatie is cognitieve herstructurering vaak een moeizaam proces vanwege de taal. Dit leidt makkelijk tot een Babylonische spraakverwarring. Daarom is het volgens ons beter om deze techniek achterwege te laten bij patiënten van de eerste generatie. Bij migranten van de tweede of derde generatie is cognitieve herstructurering wel goed toepasbaar.

**Interpersoonlijke psychotherapie** — De interpersoonlijke psychotherapie (IPT) richt zich op een of meerdere van de volgende focussen: rouw, interpersoonlijk conflict en rolverandering. In een reguliere CGT voor depressie horen deze thema’s aan de orde te komen als zij een causale of onderhoudende factor blijken te zijn. Hiertoe kan de therapeut de patiënt na de exploratiefase laten bepalen welke gebeurtenissen en problemen hem het meest belasten: ‘Wat is momenteel het zwaarst om te dragen?’ Vervolgens wordt dan gekeken welke factoren mogelijk te veranderen zijn door therapie en welke de patiënt moet ‘dragen’. Enkele thema’s vragen bij migranten speciale aandacht. Zo hoort heimwee bij de *condición migrante*, het verlangen naar het moederland en de cultuur waarin de patiënt opgegroeid is. Heimwee is te zien als een vorm van verlies, van rouw, bijvoorbeeld bij de vrouw (of man) die enkele jaren geleden vanuit Marokko naar Nederland is gekomen voor een huwelijk met een partner van Nederlands-Marokkaanse afkomst. Hoewel de ‘nieuwkomer’ hier met de schoonfamilie leeft, voelt ze zich erg eenzaam en heeft heimwee, maar kan hier niet over praten.

Het thema ‘interpersoonlijk conflict’ is belangrijk bij huwelijks- en familieproblemen. In een schaamtecultuur wordt over deze problemen in principe gezwegen en zijn ‘Nederlandse’ oplossingen zoals scheiden vaak geen optie. Scheiden kan het verlies betekenen van alle familiecontacten, ofwel uitstoting. Vooral migranten van de tweede generatie zitten klem tussen ‘Nederlandse’ oplossingen en die uit hun oorspronkelijke cultuur. Belangrijk is om samen met de patiënt te onderzoeken of een familielid of vriend begrip zou kunnen hebben voor zijn probleem, dus uit te kijken naar potentiële medestanders. Hierbij bepaalt de patiënt als culturele expert welke gedragsverandering haalbaar is binnen zijn familie en van wie hij hiervoor steun zou kunnen krijgen. Het thema rolverandering is vaker te zien bij tweedegeneratiemigrant na een positieve keuze voor het huwelijk. Denk bijvoorbeeld



aan een vrouw uit een in religieus opzicht liberaal gezin, die een goede baan had, maar zich nu moet voegen naar de strengere regels van haar schoonfamilie en een depressie ontwikkelt. Of aan de man die na zijn huwelijk depressief is geworden, en schaamte en woede ervaart over zijn 'brutale' vrouw, die niet voldoet aan zijn verwachtingen van voor het huwelijk. Van rolverandering is ook sprake als de patiënt oudste zoon of dochter is, en door de depressie niet meer in staat is de taken te vervullen die bij deze rol horen.

#### PTSS BIJ NIET-WESTERSE MIGRANTEN: PRAKTIJKERVARINGEN

.....

Bij de niet-westerse patiëntengroep waarmee wij<sup>2</sup> veel ervaring hebben (patiënten uit Marokko, Afghanistan, Irak en Iran), nemen we vaak heftige lichamelijke reacties waar, vooral bij behandeling met EMDR. We bespreken hieronder hoe de behandeling van migrantenpatiënten met trauma's hierop kan worden aangepast. Leidraad bij de aanpassingen is het adagium van het *Intercultureel addendum angststoornissen* (de Jong, 2008, p. 46): 'Improvi-seer, indien nodig, op een verantwoorde manier met technieken en methodieken, zonder afbreuk te doen aan de theoretische/technische uitgangspunten en principes.'

#### *Heftige emoties, lichamelijke pijnen en de neiging tot vermijden*

.....

Als we met migrantenpatiënten traumatische gebeurtenissen bespreken, vooral als we met EMDR het geselecteerde 'target' bekijken, is de kans op heftige belevingen en emoties groter dan gebruikelijk. Patiënten melden bijvoorbeeld duizeligheid, plotseling stekende hoofdpijn, druk op de borst of gevoelloze benen. De therapeut ziet een patiënt met trillende handen, een schokkend bovenlijf, paniek of tranen, of een patiënt die met veel moeite zijn boosheid bedwingt, die wil opstaan en weggaan. De patiënt zegt dan dat het erg zwaar en ondragelijk is, en benadrukt de behoefte om het verleden te laten rusten, te vergeten ('Wat geweest is, is geweest'). Vanuit hun cultuur kijken migranten vaak anders aan tegen de omgang met ingrijpende gebeurtenissen. In veel niet-westerse culturen is het gebruikelijk om het denken aan een trauma te vermijden. Schaamte en angst voor gezichtsverlies zijn karakteristiek voor collectivistische culturen: informatie die onaangenaam is, moet voorzichtig worden beheerd en kan beter worden vermeden (Mesquita, 2001; Triandis & Suh, 2002).

2 In verband met privacy komt een aantal gegevens bij de casuïstiek niet overeen met de werkelijkheid.

### *Cultuursensitieve aanpassingen in de behandeling met EMDR*

.....

Een EMDR-behandeling aanbieden die zich expliciet richt op situaties uit het verleden lijkt haaks te staan op de culturele overtuiging van migranten. Toch is het standaardprotocol voor EMDR in principe ook bij hen toepasbaar, mits ingezet met volharding en creativiteit. In het *Praktijkboek EMDR, deel II* beschrijven wij uitvoerig knelpunten en oplossingen (Knipscheer & van Els, 2015). Hieronder geven we enkele handelingsadviezen om een brug te slaan naar een cultuursensitieve traumabehandeling, die de impact van de ingrijpende gebeurtenissen vermindert:

- ▶ Leg samen met de patiënt de relatie tussen ingrijpende gebeurtenissen en actuele (lichamelijke) klachten. Vraag bijvoorbeeld naar flashbacks, nachtmerries, 'slechte dromen' of verdriet, aan de hand van de tijdsbalk, en per gebeurtenis of cluster van gebeurtenissen. Ga vervolgens na welke lichamelijke klachten specifiek gekoppeld zijn aan welke gebeurtenis.
- ▶ Leg uit dat EMDR andere patiënten heeft geholpen om minder krachtige nachtmerries en beelden overdag te hebben, beter te kunnen slapen, minder prikkelbaar te zijn, minder pijn te hebben en zich weer sterker te voelen.
- ▶ Benadruk dat EMDR een zware en intensieve behandeling is en dat de patiënt, als hij goed meewerkt, tijdens de sessie heftige lichamelijke sensaties kan hebben, zoals steken in de borst, hoofdpijn, trillen of benauwdheid.
- ▶ Herhaal deze uitleg tijdens de uitvoering van de EMDR. Onderbreek bij heftige gevoelens en pijnen de behandeling kort en probeer dan door te gaan.

#### TWEE PRAKTIJKCASUSSEN VAN MIGRANTEN MET DEPRESSIE EN/OF PTSS

.....

Tot besluit bespreken we hier twee casussen uit onze cultuursensitieve praktijk. We besteden expliciet aandacht aan de fasen in hun behandeling: intake, resultaat exploratie, resultaat onderhandeling, behandeling en afsluiting van de therapie.

## CASUS DEPRESSIE: 30-JARIGE GETROUWDE VROUW VAN MAROKKAANS-ARABISCHE KOMAF

Deze vrouw van de tweede generatie is in Nederland geboren, is goed verzorgd en modern gekleed, draagt een hoofddoek, is intelligent en heeft een opleiding gevolgd op hbo-niveau.

Zij slaapt slecht in en door, piekert veel, is voortdurend moe en heeft weinig energie. Ze is het laatste jaar acht kilo aangekomen. Ze huilt vaak en is snel boos op haar man. Ze heeft haar man één keer geslagen, waar ze zelf erg van schrok, want zij vindt dit geen gedrag dat bij haar past. Ze kookt niet, komt weinig buiten, en vermijdt bijna alle sociale contacten, behalve die met haar moeder en zus. Ze voelt zich waardeloos en kan zich niet concentreren.

Haar klachten zijn anderhalf jaar geleden begonnen, nadat haar arbeidscontract plotseling niet verlengd werd. Zij had hard gewerkt als managementassistent en zeer goede beoordelingen gekregen. Ze voelt zich misbruikt, gediscrimineerd en behandeld vanuit vooroordelen. Vlak na haar ontslag had ze last van angst en hyperventilatie. Later veranderde dit geleidelijk in stemmingsklachten. Zij voelt zich zwak, heeft veel pijn in rug en schouders, en is vaak misselijk. Door deze klachten durft zij niet meer te fietsen en vermijdt ze lopen zo veel mogelijk, terwijl zij voorheen wekelijks fitness deed met vriendinnen. Ze is het afgelopen half jaar op eigen verzoek doorgestuurd naar de internist en de orthopeed. Hierbij werden geen afwijkingen gevonden.

Na de intake luidt de diagnose: 'begonnen als angststoornis, nu depressieve stoornis, matig van ernst, samenhangend met verlies van werk'. Het behandelbeleid is: cognitieve gedragstherapie (CGT) voor depressie conform zorgprogramma. De hulpvraag van de patiënt is dat zij niet meer zo boos wil zijn en minder negatief wil denken. Zelf denkt zij dat haar klachten veroorzaakt worden door iets lichamelijks. Zij wil geen antidepressiva. Ze is naar de intake gekomen omdat de huisarts, die zij vertrouwt, hierop heeft aangedrongen. Zij schaamt zich dat zij naar de ggz moet, twijfelt erg over een behandeling en heeft er weinig vertrouwen in dat deze zal helpen. Alleen haar man en haar moeder weten van de aanmelding.

### *Resultaat exploratie*

Een jaar vóór het plotselinge ontslag is deze vrouw verhuisd, uit de omgeving van haar eigen familie naar de omgeving van haar schoonfamilie. Zij heeft veel heimwee naar haar moeder en haar familie, maar heeft dit aan niemand verteld. Zij vindt haar heimwee kinderachtig ten opzichte van haar man en zij wil haar moeder sparen, omdat die zelf veel verdriet heeft. Zij

heeft een dochtertje van drie jaar en zou graag weer zwanger worden, maar durft dat niet aan door onzekerheid over financiën en door haar klachten. Door de verhuizing woont zij nu dicht bij haar schoonfamilie. Haar schoonzussen zijn jaloers en doen subtiel gemeen tegen haar. Zij voelt zich hierdoor erg gekwetst, maar durft niet te reageren, want ze is bang hysterisch te worden en voor 'gek' versleten te worden. Haar man weet niet hoe erg het gedrag van zijn zussen haar raakt, en zij is bang dat hij de kant van zijn familie zal kiezen.

Haar man heeft haar erg zien veranderen sinds zij klachten heeft. Hij is blij dat hij nu begrijpt wat zijn vrouw bezighoudt. Hij kan zich vinden in de diagnose 'depressie' en staat open voor adviezen van de therapeut over hoe om te gaan met haar depressiviteit. Hij is erg boos over hoe zijn zussen tegen zijn vrouw doen. Hij is het ermee eens dat hij achter zijn vrouw moet staan, maar wil geen ruzie in zijn familie. Het is duidelijk geworden dat de geslotenheid van deze patiënte een onderhoudende factor is bij het niet opknappen. Zij is van nature spontaan en open, maar sluit zich volledig af als ze gekwetst en erg boos is, en vraagt dan geen hulp.

#### *Resultaat onderhandeling*

De patiënt accepteert dat zij een depressie heeft en snapt dat zij actiever moet worden, maar vindt dit erg moeilijk door haar angst voor pijn en miselijkheid. Haar man gaat helpen om zijn vrouw te activeren, dagelijkse taken weer op te pakken en gaat haar vooral minder uit handen nemen: momenteel brengt hij haar vaak met de auto, zijn moeder brengt eten en komt schoonmaken.

#### *Behandeling*

De CGT start met een schrijfpdracht over de oneerlijke beëindiging van haar jaarcontract, om haar machteloosheid en woede te activeren en kanaliseren. De lichamelijke activering is erop gericht dat de patiënt kleine taakjes in het huishouden oppakt, gaat wandelen en boodschappen doen, en voorzichtig weer begint met fitness met hulp van haar beste vriendin. In het kader van de mentale activering zegt ze vijf keer per dag het gebed (ook bij weinig concentratie), leest ze stukjes uit de Koran, een tijdschrift en een studieboek, en leest ze haar nichtje voor. Ze maakt thuis G-schema's over 'gekwetstheid'. Vervolgens voert ze gedragsexperimenten uit om actief in plaats van passief te reageren, bijvoorbeeld om hulp te vragen van haar man, en haar gekwetstheid te delen met begripvolle vriendinnen.

De exploratie- en onderhandelingsfase besloeg twee sessies, gevolgd door elf behandelingsessies CGT. Het resultaat is dat de depressie volledig in remissie is. De patiënt heeft haar taken en sociale contacten weer opgepakt, en is bezig met solliciteren.

CASUS PTSS: 24-JARIGE AFRIKAANSE MAN ZONDER  
VLUCHTELINGENSTATUS

De huisarts verwijst deze patiënt wegens PTSS en depressiviteit. Hij is twee jaar geleden door een landgenoot naar Nederland gehaald, onder valse voorspiegelingen van studie en werk. Vervolgens werd hij hier onder bedreiging gedwongen tot seksueel contact met oudere Nederlandse mannen en vrouwen. Na enkele weken is hij gevlucht en heeft hij aangifte gedaan bij de politie. De mensenhandelaar is echter niet te traceren. De IND heeft een uitzettingsprocedure in gang gezet, waartegen de patiënt zich verzet met hulp van een advocaat.

Hij piekert veel over wat er hem is overkomen en is bezorgd over zijn toekomst. Hij is veel alleen, en verveelt zich omdat hij geen opleiding of werk mag doen. Hij heeft contact met een landgenoot en met de begeleider van vluchtelingenwerk. Meerdere keren per week heeft hij nachtmerries, die soms over het misbruik gaan. Ook heeft hij soms herbelevingen overdag en veel schaamtevolle herinneringen. Hij kan wel plezier hebben, heeft geen doodswens meer en ervaart kracht in zijn geloof. Hij is christen, en bidt elke ochtend en avond. Zijn grootste probleem is zijn gezondheid: hij heeft namelijk pijn aan zijn penis. Deze pijn bestaat anderhalf jaar, is er alle dagen en is erg intens. Hij is hiervoor uitgebreid onderzocht door de uroloog, waarbij geen bijzonderheden werden gevonden.

De diagnose na intake luidt: 'gedeeltelijke PTSS en een mogelijk traumagerelateerde pijnstoornis bij een man met veel psychosociale problematiek'. Het behandelbeleid is: EMDR proberen voor PTSS en pijnstoornis.

*Resultaat exploratie*

De patiënt is een intelligente man, die goed Engels spreekt en die Nederlands probeert te spreken. Hij heeft geen andere ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt. Hij is door zijn moeder en oma liefdevol opgevoed, en vanuit een dorp in de grote stad gaan studeren. Hij heeft ook vrienden en familie, met wie hij nu skypet en mailt, zonder dat zij iets weten van wat hem overkomen is. De patiënt bewaart dit als een groot geheim, omdat hij het té beschamend vindt, met name het seksuele contact met mannen. Hij denkt dat hij een nog niet gevonden ziekte heeft, die de pijn aan zijn penis veroorzaakt. Hij legt geen relatie tussen het seksueel misbruik en de pijn. Wel is hij erg bezorgd of hij door de pijnklachten nog tot normaal seksueel contact in staat is en later een huwelijk kan aangaan.

*Resultaat onderhandeling*

Hij wil graag minder last hebben van de traumatische gebeurtenissen en stemt in met EMDR. De therapeut legt hem zijn hypothese voor over de pijn: 'De trots van de man is in de penis. Deze trots is gekwetst door de schaamte en veroorzaakt pijn in de penis.' De patiënt zegt deze gedachte op zich interessant te vinden, maar legt uit dat hij rationeel is en niet bijgelovig, zoals veel anderen in zijn land. Hij blijft overtuigd van een somatische oorzaak.

*Behandeling*

De drie ergste beelden van bedreiging en misbruik worden behandeld in vijf sessies EMDR, zonder tolk. Tijdens de EMDR ervaart de patiënt sterke pijnen in zijn hele lijf, en zit hij te schokken en te trillen. Met name door de woede te activeren ('Niemand mag een mens dit aandoen, en hij is geen slaaf'), vermindert de lading van de beelden. De pijn is iets minder heftig geworden en soms enkele uren afwezig.

In de zevende sessie vertelt hij dat hij op advies van een landgenoot naar een zwarte huisarts is geweest. Deze arts heeft geen lichamelijk onderzoek gedaan, maar wel alle papieren van het ziekenhuis grondig bekeken en uitleg gegeven aan de hand van een model van de penis. De patiënt had de arts ook verteld over het seksueel misbruik en is erg blij met de goede somatische uitleg die deze gegeven heeft. Hij moet nu veel water drinken. De wond in de penis zal genezen, maar dat zal een tijd duren.

Hij vindt dat de behandeling klaar is. Incidenteel heeft hij nog een nachtmerrrie, maar geen herbelevingen meer. Hij ziet weer toekomst en denkt weinig meer na over het verleden. De pijn is van '9' verminderd tot '3', en hij beleeft dagen zonder pijn: *'It was the pain that made me think a lot.'*

## CONCLUSIE

Bestaande protocollen voor cognitieve gedragstherapie zouden in principe toepasbaar moeten zijn bij migranten, maar voor de effectiviteit ervan is nog niet veel evidentie beschikbaar. In de behandeling blijken er namelijk specifieke knelpunten te zijn, die CGT minder doeltreffend maken. Deze knelpunten zijn in dit artikel beschreven vanuit de transculturele psychotherapie. Cultuursensitiviteit, in de zin van respectvolle nieuwsgierigheid naar betekenis en context van andere, cultuurgebonden klachtbeleving, helpt om te komen tot een gezamenlijk behandeldoel en inzet voor behandeling. Er is enige evidentie dat cultuursensitieve aanpassingen CGT effectiever kunnen maken, zonder afbreuk te doen aan de leertheoretische principes en technieken in het protocol. Er zijn in Nederland al een aantal van deze cultuur-

en symptoomspecifieke CGT-behandelingen beschikbaar (zie bijlage). Naar onze mening is het zinvol om bij een individuele behandeling de in de multidisciplinaire richtlijnen beschreven CGT even vaak toe te passen bij patiënten met een migratieachtergrond als bij autochtonen. Een fase van cultuursensitieve exploratie en onderhandelen, voorafgaand aan de CGT, lijkt dan essentieel te zijn. Deze fase vergroot de kans om de beschreven knelpunten op te lossen. Het gedragstherapeutische proces verloopt hierdoor enigszins anders, maar met enige volharding en creativiteit lijkt de gebruikelijke doeltreffendheid van de cognitieve gedragstherapie haalbaar.

#### BIJLAGE: CULTUURSENSITIEVE HULPMIDDELEN BIJ INDIVIDUELE THERAPIE

.....

Er is allerlei materiaal in Nederland beschikbaar dat kan helpen om het abstracte begrip ‘cultuursensitief’ te concretiseren. Het gaat om bronnen van jarenlange ervaring en kennis, die de cognitieve gedragstherapeut aan ideeën kunnen helpen en zijn eigen creativiteit stimuleren.

#### *Anamneseprotocol*

.....

Ontwikkeld door Limburg-Okken en Sidali (2010). Werkwijze is gebaseerd op praktijkervaring met overwegend cliënten van de eerste en tweede generatie volwassen Marokkaanse en Turkse patiënten. De onderdelen ‘gaan over begin, oorzaak, beloop en behandelverwachtingen aangaande de actuele klachten. Vervolgens komt de levensloop aan de orde, te beginnen met de periode in het herkomstland, waarna de migratie en het verblijf in Nederland volgen’. Veel culturele uitingen van klachten worden toegelicht en verhelderd. Zo rubriceren Limburg-Okken en Sidali somatische klachten in categorieën. Een categorie is bijvoorbeeld: ‘klachten over mieren (*nmel*) bij Marokkaanse cliënten, begeleid door een krioelgebaar met de vingers, kan men verstaan als zich verplaatsende tintelingen, zonder dat hiervoor, meestal, een organische verklaring bestaat. Het gaat hier om een zeer frequent voorkomende klacht, waarvan de betekenis ons niet duidelijk is’ (p. 354). Ook moeilijke thema’s als seksualiteit en kinderloosheid komen aan de orde.

#### *Het culturele interview en de culturele formulering in de DSM-5*

.....

Het culturele interview is bedoeld ‘om inzicht te krijgen in de culturele referentiekaders van een patiënt’ (Rohlof & Groen, 2010, p. 379). Er is een verkorte versie beschikbaar die één tot anderhalf uur afnametijd vraagt (zie <http://rohlof.nl/transculturele-psychiatrie/het-culturele-interview>). Het culturele interview is een hulpmiddel om te komen tot een culturele formulering, waarin de klachten in hun sociaal-culturele context geplaatst worden. In de

DSM-5 (Rohlof, van Dijk, & Groen, 2014, pp. 986-1003) wordt het stramien voor een dergelijke culturele formulering uitgewerkt. Verder wordt er een kort, semigestructureerd interview (*Cultural Formulation Interview*) gegeven, met zestien vragen waarmee 'op een systematische wijze de culturele factoren vastgesteld kunnen worden' (p. 988). Voor het meegekomen familielid of vriend is er een aparte informantversie.

### *Transculturele vaardigheden voor therapeuten*

.....

Jessurun (2010) beschrijft een aantal methoden en technieken vanuit de systeem- en communicatietheorie, en vanuit de antropologie. Verschillende technieken zijn goed toepasbaar in de exploratiefase van de gedragstherapie, bijvoorbeeld het verschil in soort vragen bij een 'ik-gerichte' (westerse) cultuur en een 'wij-gerichte' (niet-westerse) cultuur (p. 218). De techniek van het maken van een genogram helpt om zicht te krijgen op het verband tussen gebeurtenissen, relaties en bronnen van steun.

### *Intercultureel addendum bij multidisciplinaire richtlijnen*

.....

Bij twee multidisciplinaire richtlijnen is er een intercultureel addendum beschikbaar. Er wordt een heldere beschrijving gegeven van de aandachtspunten bij behandeling van migranten en vluchtelingen, en van de bevindingen en evidentie in de onderzoeksliteratuur. Het addendum bij de Richtlijn Angststoornissen (de Jong, 2008) bevat een hoofdstuk over cognitieve gedragstherapie, en het addendum bij depressie (Intercultureel Addendum Depressie, 2012) een paragraaf over cognitieve gedragstherapie.

### *Specifiek over cultuursensitieve cognitieve gedragstherapie*

.....

- ▶ Borra (2010): theorie over cultuursensitieve gedragstherapie, aanbevelingen en de casus van een Marokkaanse vrouw met wasdwang en PTSS.
- ▶ Emmelkamp en van Schaik (2010): aanbevelingen, casus met depressie bij een Marokkaanse vrouw en drie bijlagen met aangepaste, vereenvoudigde formulieren (zoals een dagboekformulier voor cognitieve therapie).
- ▶ Seddik, Spierings, en Vink (2010): hoofdstuk over toepassing van EMDR bij migranten. Veel aandacht voor stabilisatietechnieken.
- ▶ Knipscheer en van Els (2015): hoofdstuk over de praktijk van EMDR bij andere culturen.
- ▶ In de diverse cursussen die het Trimbos-instituut ontwikkeld heeft, is veel materiaal aanwezig dat direct bruikbaar is in een individuele cognitieve gedragstherapie: registratieopdrachten, cognitieve oefeningen, inclusief Arabische vertaling (bijvoorbeeld: Trimbos, 2009).



**HARRY VAN ELS** is klinisch psycholoog en psychotherapeut, werkzaam bij Rivierduinen (GGZ Midden-Holland in Gouda). Hij is supervisor VGCT en specifiek geïnteresseerd in depressie, trauma, agressie- en impulsstoornissen, en stemmen horen.

**JEROEN KNIPSCHER** is coördinator van de ontwikkellijn 'Trauma en Diversiteit' bij Arq Psychotrauma Expert Groep, universitair docent bij de afdeling Klinische en Gezondheidspsychologie van de Universiteit Utrecht, en bij beide instellingen cognitief gedragstherapeut en psychotherapeut i.o.

*Correspondentieadres:* Harry van Els, GGZ Midden-Holland (Rivierduinen), Ronsseweg 225, 2803 ZB Gouda. E-mail: H.vanEls@GGZMiddenholland.nl

**Summary** In mental health care, treating patients from ethnic minorities or non-western cultures may not be so easy. Besides the potential language barrier, two obstacles from transcultural perspective have been formulated in treating these patients: somatisation (the patient presents his/her symptoms with a somatic articulation) and the absence of an explanatory model for the illness that is shared between patient and therapist. Consequently, commitment to the treatment may be difficult to realize. A culturally sensitive approach may be helpful to overcome these two obstacles, without disregarding learning theoretical principles and evidence-based techniques. In this article we explore this culturally sensitive approach more concretely. We discuss in what way the behavioral therapeutic process will have to be adapted in order to provide cognitive behavioral therapy to migrants effectively. A number of cases illustrate effective adaptations in the treatment of depression and PTSD.

**Keywords:** *non-western migrants, culturally sensitive psychotherapy, explanatory model, behavioral therapeutic process, depression, PTSD.*

### Literatuur

- Araya, R., Rojas, G., Fritsch, R., Gaete, J., Rojas, M., Simon, G., & Peters, T. J. (2003). Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: A randomized controlled trial. *The Lancet*, 361, 995-1000.
- Alegria, M., Chatterji, P., Wells, K., Cao, Z., Chen, C. N., Takeuchi, D. ... Meng, X. L. (2008). Disparity in depression treatment among racial and ethnic minority populations in the United States. *Psychiatric Services*, 59(11), 1264-1272.
- Bakker-de Pree, B. J. (1987). *Constructieve gedragstherapie: theoretische fundering en praktische realisering*. Nijmegen: Dekker & van de Vegt.
- Bastiaans, J. (1957). *Psychosomatische gevolgen van onderdrukking en verzet*. Amsterdam: Noord-Hollandsche Uitgevers Maatschappij.
- Benish, S., Quintana, S., & Wampold, B. (2011). Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth. *Journal of Counseling Psychology* 58, 279-289.
- Bockting, C. L. H., & Huibers, M. J. H. (2011). Protocollaire behandeling van patiënten met een depressieve stoornis; cognitieve gedragstherapie. In G. P. J. Keijsers, A. van Minnen, & C. A. L. Hoogduin, *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten – 1*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Blom, M. B. J., Hoek, H. W., Spinhoven, P.,

- Hoencamp, E., Judith Haffmans, P. M., & van Dyck, R. (2010). Treatment of depression in patients from ethnic minority groups in the Netherlands. *Transcultural Psychiatry*, 47(3), 473-490. doi: 10.1177/1363461510374561
- Borra, R. (2010). Cognitieve gedragstherapie. In J. T. V. M. de Jong & S. Colijn (red.), *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie* (pp. 501-516). Utrecht: De Tijdstroom.
- Brinkman, W. (1978). Het gedragstherapeutisch proces. In J. W. G. Orlemans, P. Eelen & W. P. Haaijman (red.), *Handboek voor gedragstherapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Bruins, B. E. E., & Vlamings, H. S. M. (2012). *Back to basics: gebruik de kracht van operant gedrag!* (workshop). Najaarscongres VGCT, 9 november 2012, Veldhoven.
- Burger, A. W. (1980). *Functie-analyse van neurotisch gedrag: een handleiding voor gedragstherapeuten*. Amsterdam: Uitgeverij F. van Rossen.
- Cabral, R. C., & Smith, T. B. (2011). Racial/ethnic matching of clients and therapists in mental health services: A meta-analytic review of preferences, perceptions, and outcomes. *Journal of Counseling Psychology* 58(4), 537-554.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (2012). Bevolking; generatie, geslacht, leeftijd en herkomstgroepering. <http://statline.cbs.nl>.
- Colijn, S., & Braakman, M. H. (2010). Modellen voor behandeling. In J. T. V. M. de Jong & S. Colijn (red.), *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie* (pp. 437-450). Utrecht: De Tijdstroom.
- de Haan, A. (2014). *Ethnic minority youth in youth mental health care: utilization and dropout*. Enschede: Ipskamp.
- de Jong, J. V. T. M. (2008). *Intercultureel addendum angststoornissen*. Rotterdam: Mikado.
- de Jong, J. T. V. M. (2010). Psychopathologie en DSM-V. In J. T. V. M. de Jong & S. Colijn (red.), *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie* (pp. 399-434). Utrecht: De Tijdstroom.
- de Wit, M., Tuinebreijer, W., Dekker, J., Beekman, A., Gorissen, W., Schrier, A. ... Verhoeff, A. (2008). Depressive and anxiety disorders in different ethnic groups: A population based study among native Dutch, and Turkish, Moroccan and Surinamese migrants in Amsterdam. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 905-912.
- Dogra, N., & Karim, K. (2005). Diversity training for psychiatrists. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11, 159-167. doi: 10.1192/apt.11.3.159
- Draijer, N. (1990). *Seksuele traumatisering in de jeugd. Gevolgen op lange termijn van seksueel misbruik van meisjes door verwanten*. Amsterdam: Uitgeverij SUA.
- Drogendijk, A. N., van der Velden, P. G., Kleber, R. J., Christiaanse, B., Dorresteyn, S. M., Grievink, L. ... Gersons, B. P. M. (2003). Turkse getroffen en vuurwerkkramp Enschede: Een vergelijkende studie. *Gedrag & Gezondheid*, 31, 145-162.
- Emmelkamp, J., & van Schaik, A. (2010). Cognitieve gedragstherapie voor depressie bij een cliënt met een Marokkaanse achtergrond: zijn er specifieke richtlijnen? *Gedragstherapie* 43, 149-163.
- Fassaert, T., Nielen, M., Verheij, R., Verhoeff, A., Dekker, J., Beekman, A., & de Wit, M. (2010). Quality of care for anxiety and depression in different ethnic groups by family practitioners in urban areas in the Netherlands. *General Hospital Psychiatry*, 32(4), 368-376. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2010.04.010
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review. *Lancet*, 365(9467), 1309-1314.
- Griner, D., & Smith, T. B. (2006). Culturally adapted mental health interven-

- tion: A meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 43(4), 531-548.
- Henrich, J., Heine, S. J., & Norenzayan, A. (2010). The weirdest people in the world? *Behavioral and Brain Sciences* 33, 61-135.
- Hinton, D. E., Rivera, E. I., Hofmann, S. G., Barlow, D. H., & Otto, M. W. (2012). Adapting CBT for traumatized refugees and ethnic minority patients: Examples from culturally adapted CBT (CA-CBT). *Transcultural Psychiatry* 49(2), 340-365.
- Hofmann, S. (2006). The importance of culture in cognitive and behavioral practice. *Cognitive and Behavioral Practice* 13, 243-245.
- Intercultureel addendum depressie (2012). *Intercultureel addendum bij de multidisciplinaire richtlijn depressie*. Utrecht, Mikado.
- Jessurun, C. M. (2010). *Transculturele vaardigheden voor therapeuten: Een systeemtheoretisch behandelmodel*. Bussum: Coutinho.
- Jack, R. E., Garrod, G. B., Hui, Y., Caldara, R., & Schyns, Ph. G. (2012). Facial expressions of emotion are not culturally universal. *Proceedings of the National Academy of Sciences – Psychological and Cognitive Sciences* 109(19), 7241-7244.
- Keijsers, G. P. J., van Minnen, A., & Hoogduin, C. A. L. (2011). *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten – 1*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Kleber, R. J., & van der Velden, P. G. (2009). *Acute stress at work*. In J. Quick, M. J. Schabracq & C. L. Cooper (Eds.), *Work and health psychology handbook* (pp. 269-292). Chichester: John Wiley.
- Knipscheer, J. W., & Kleber, R. J. (2004a). A need for ethnic similarity in the therapist-patient interaction? Mediterranean migrants in Dutch mental health care. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 543-554.
- Knipscheer, J. W., & Kleber, R. J. (2004b). The importance of ethnic similarity in the therapist-patient dyad among Surinamese migrants in Dutch mental health care. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77, 273-278.
- Knipscheer, J. W., & Kleber, R. J. (2005). Psychotherapie met allochtonen – écht anders? *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 60, 717-724.
- Knipscheer, J. W., & Kleber, R. J. (2008). Help-seeking behavior of West African migrants. *Journal of Community Psychology*, 36(7), 915-928.
- Knipscheer, J. W., Mooren, G. T. M., & Kurt, A. (2012). Klinische psychologie in intercultureel perspectief. In J. W. Knipscheer & R. J. Kleber (red.), *Psychologie en de multiculturele samenleving* (pp. 211-243.). Den Haag: Boom | Lemma.
- Knipscheer, J. W., & van Els, H. (2015). Culturele diversiteit en toepassing van EMDR. In H.-J. Oppenheim, H. Hornsveld, A. de Jongh & E. ten Broeke (red.). *Praktijkboek EMDR, deel II*. Utrecht: De Tijdstroom (in review).
- Korrelboom, C. W., & Kernkamp, J. H. B. (1993). *Gedragstherapie*. Muiderberg: Dick Coutinho.
- Limburg-Okken, A., & Sidali, S. (2010). Een anamneseprotocol. In J. T. V. M. de Jong & S. Colijn (red.), *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie* (pp.351-366). Utrecht: De Tijdstroom.
- Lindert, J., von Ehrenstein, O. S., Priebe, S., Mielck, A., & Brähler, E. (2009). Depression and anxiety in labor migrants and refugees – A systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine*, 69, 246-257.
- Lindert, J., Schouler-Ocak, M., Heinz, A., & Priebe, S. (2008). Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. *European Psychiatry*, 23, Supplement 1, 14-20. doi: 10.1016/s0924-9338(08)70057-9

- Missinne, S., & Bracke, P. (2012). Depressive symptoms among immigrants and ethnic minorities: a population based study in 23 European countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(1), 97-109. doi: 10.1007/s00127-010-0321-0
- Mesquita, B. (2001). Emotions in collectivist and individualist contexts. *Journal of Personality and Social Psychology* 80, 68-74.
- Orlemans, J. W. G., Eelen, P., & Hermans, D. (1995). *Inleiding tot de gedragstherapie*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E. ... Bogic, M. (2011). Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*, 11(1), 187.
- Rohlof, H., & Groen, S. P. (2010). The cultural formulation of diagnosis. In J. T. V. M. de Jong & S. Colijn (red.), *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie* (pp. 367-380). Utrecht: De Tijdstroom.
- Rohlof, H., van Dijk, R. C. J. & Groen, S. (2014). Culturele formulering. In American Psychiatric Association, *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)* (Nederlandse vertaling van: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*). Amsterdam: Boom.
- Schraufnagel, T. J., Wagner, A. W., Miranda, J., & Roy-Byrne, P. P. (2006). Treating minority patients with depression and anxiety: What does the evidence tell us? *General Hospital Psychiatry*, 28(1), 27-36. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2005.07.002
- Schddik, H., Spierings, J., & Vink, I. (2010). EMDR. In J. T. V. M. de Jong & S. Colijn (red.), *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie* (pp. 487-500). Utrecht: De Tijdstroom.
- Smith, T. B., Domenech Rodríguez, M., & Bernal, G. (2011). Culture. *Journal of Clinical Psychology*, 77(2), 166-175.
- Sue, S., Zane, N., Nagayama-Hall, G. C. & Berger, L. K. (2009). The case for cultural competency in psychotherapeutic interventions. *Annual Review of Psychology*, 60, 525-548.
- Tarricone, I., Stivanello, E., Poggi, F., Castorini, V., Marseglia, M. V., Fantini, M. P., & Berardi, D. (2012). Ethnic variation in the prevalence of depression and anxiety in primary care: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 195(3), 91-106. doi: 10.1016/j.psychres.2011.05.020
- ten Broeke, E., Korrelboom, C. W., & Verbraak, M. J. P. M. (2009). *Praktijkboek geïntegreerde cognitieve gedragstherapie; protocollaire behandelingen op maat*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Tiemeier, H., de Vries, W. J., van het Loo, M., Kahan, J. P., Klazinga, N., Grol, R., & Rigter, H. (2002). Guideline adherence rates and interprofessional variation in a vignette study of depression. *Quality and Safety in Health Care*, 11(3), 214-218. doi: 10.1136/qhc.11.3.214
- Trimbos-instituut (2009). *Lichte dagen, donkere dagen. Cursus voor Turken en Marokkanen met depressieve klachten* (cursistenmap). Utrecht: Trimbos-instituut.
- Triandis, H. C., & Suh, E. M. (2002). Cultural influences on personality. *Annual Review of Psychology*, 53, 133-160.
- Toar, M., O'Brien, K. K., & Fahey, T. (2009). Comparison of self-reported health & healthcare utilisation between asylum seekers and refugees: An observational study. *BMC Public Health*, 9, 214.
- Yeo, S. (2004). Language barriers and access to care. *Annual review of nursing research*, 22, 59-73.
- van Dijk, R. (2010). De kleur van de GGZ in Nederland. In J. T. V. M. de Jong & S. Colijn (red.), *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie* (pp.

- 230-245). Utrecht: De Tijdstroom.
- Verhulp, E. E. (2014). *Mental health service use for adolescents' internalizing problems: A comparison between four ethnic groups in the Netherlands*. Utrecht: University Publishers.
- Wald, J. (2009). Work limitations in employed persons seeking treatment for chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 18*, 312-315.
- Young, A. S., Klap, R., Sherbourne, C. D., & Wells, K. B. (2001). The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry, 58*, 55-61.
- Zandi, T., Havenaar, J. M., Limburg-Okken, A. G., van Es, H., Sidali, S., Kadri, N. ... Kahn, R. S., 2008. The need for culture sensitive diagnostic procedures: A study among psychotic patients in Morocco. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 43*, 244-250.