

H.J.C. VAN MARLE (red.)

# **FORENSISCHE PSYCHIATRIE**

fundamenten en praktijk

# Forensische psychiatrie

Fundamenten en Praktijk

Redactie

Prof. dr. H.J.C. van Marle

© 2015, Koninklijke Van Gorcum BV, Postbus 43, 9400 AA Assen.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden veelevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van reprografische veelevoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16 h Auteurswet dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet) kan men zich wenden tot Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.stichting-pro.nl](http://www.stichting-pro.nl)).

NUR 805

ISBN 978 90 2325 135 4

ISBN ebook 978 90 2325 136 1

Grafische verzorging: Koninklijke Van Gorcum, Assen

Omslag: Kim Boeren, Viesrood grafisch & interactief ontwerp

Zetwerk en eBook: LINE UP boek en media bv, Groningen

# Inhoud

Voorwoord IX

## Deel I Fundamenten

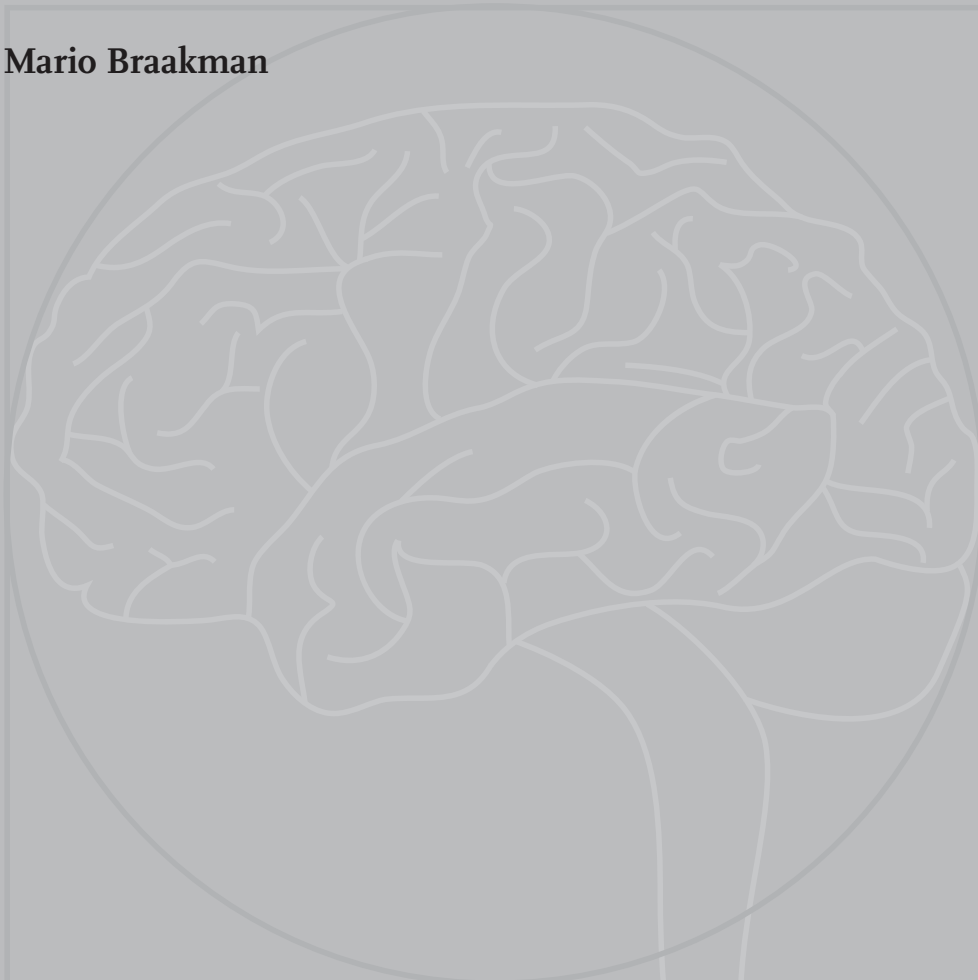
- 1 **Van psychiatrie naar forensische psychiatrie: sociale psychiatrie in juridische context** 3  
*Hjalmar van Marle*
- 2 **Geweld als stoornis in de forensische psychiatrie** 23  
*Hjalmar van Marle*
- 3 **De praktijk van het forensisch gedragskundig onderzoek** 41  
*Erik Mol*
- 4 **Biopsychologie van het geweld: geweld bij persoonlijkheidsstoornissen** 57  
*Youri Berends en Hjalmar van Marle*
- 5 **Farmacotherapie van agressie, agitatie en seksueel delictgedrag** 75  
*Robbert-Jan Verkes*
- 6 **Psychose en geweld** 91  
*Josanne van Dongen en Hjalmar van Marle*
- 7 **Seksueel misbruik** 107  
*Inge Hempel*
- 8 **Verantwoordelijkheid, stoornissen en geweld: reflecties op toerekeningsvatbaarheid** 129  
*Gerben Meynen*
- 9 **Risicotaxatie in de forensische psychiatrie: fundamenten en praktijk** 151  
*Vivienne de Vogel, Michiel de Vries Robbé en Ellen van den Broek*

**Deel II    Praktijk**

- 10    Transculturele psychiatrie: interculturele verschillen**    189  
*Mario Braakman*
- 11    De rol van hechting en persoonlijkheidsproblematiek bij  
partnergeweld**    211  
*Nicole Buck*
- 12    De behandeling van geweld: het belang van een therapeutische  
omgeving**    229  
*Sanne Verwaaijen en Teun Bus*
- 13    Forensische verslavingszorg**    253  
*Hendrik Roozen, Irene Dijkman en Eric Blaauw*
- 14    De predictieve validiteit van de HKT-R voor gewelddadige recidive:  
onderzoek op het WODC tbs-uitstroomcohort 2004-2008**    271  
*Stefan Bogaerts, Marinus Spreen, Paul Ter Horst en Machiel Polak*
- 15    Organisatie van de zorg aan seksuele delinquenten in Vlaanderen**    285  
*Kris Goethals*
- 16    Pathologisch bepaald geweld in strafrechtelijke context**    301  
*Michiel van der Wolf*
- Over de auteurs**    335
- Trefwoordenregister**    341

# Transculturele psychiatrie: interculturele verschillen

Mario Braakman



## 10.1 Inleiding

De transculturele forensische psychiatrie bekijkt mensen lijdende aan een psychiatrische stoornis vooral vanuit een cultureel perspectief. Men plaatst betrokkene in een culturele context met als doel diens stoornis en het (ten laste gelegde) delict beter te begrijpen, alsook om te komen tot adequatere en meer cultuursensitieve manieren van behandelen. Eric Wittkower bedacht de term ‘transculturele psychiatrie’ midden jaren 50 van de vorige eeuw en drukte met het ‘trans-’ een beweging uit: een beweging door en over culturele barrières heen (Wittkower & Rin, 1965). De (westerse) hulpverlener diende de ‘ander’ beter te begrijpen door hem en zijn psychisch probleem in een culturele context te plaatsen, een context die invloed heeft op de etiologie, uitingsvorm en behandeling van psychiatrische stoornissen. ‘Transcultureel’ drukt een tweetal connotaties uit die vandaag de dag niet meer houdbaar zijn:

- 1 het lijkt of alleen de ‘ander’ een cultuur heeft en niet ‘wij’ als westerse hulpverleners (als vertegenwoordigers van een cultuurvrije westerse wetenschappelijke wereld), en
- 2 het lijkt of cultuur iets statisch is, plaats-, tijd- en contextgebonden. Cultuur is echter ‘on the move’ en dynamisch, voortdurend aan het veranderen en constant in interactie met tal van (sub)culturen.

Bezien vanuit die optiek is de term ‘transcultureel’ er een die in de toekomst mogelijk steeds minder gebruikt zal gaan worden. In deze tekst houden we de term nog wel aan om te benadrukken dat de hulpverlener of rapporteur in actie moet komen, een culturele kloof moet overbruggen, door een brug te slaan. Een term die in Nederland de laatste jaren veel gebruikt wordt is ‘interculturalisatie’, die meer de (gelijkwaardige) interactie tussen ‘wij’ en ‘zij’ uitdrukt en ook beter past in een samenleving waarbij er steeds meer niet-autochtone hulpverleners zijn en waarbinnen de term ‘autochtoon’ versus ‘allochtoon’ steeds meer betekenis verliest (Van Dijk, 2008). Interculturalisatie wordt vooral gebruikt in organisatorisch jargon door instellingen om aan te geven dat ze een beleid voeren om de toegankelijkheid van zorg en de aansluiting van de (ggz-)zorg voor allochtonen te verbeteren, onder meer door hulpverleners te trainen in cultuursensitief werken en met een personeelsbeleid waarbij allochtone medewerkers worden aangetrokken om etnische matching mogelijk te maken tussen hulpverlener en patiënt.

De term die in de internationale, vooral Angelsaksische literatuur steeds meer gebruikt wordt is ‘culturele psychiatrie’, waarmee meer nadruk wordt gelegd op het feit dat alle menselijk denken en gedrag door cultuur gevormd is en dat, zeker in de huidige mondialisering, culturele interactie een voortdurend en steeds veranderend proces is tussen (groepen van) mensen. In dit kader wordt ook de term ‘cultuursensitief’ veel gebruikt, die niet meer of minder wil zeggen dan dat hulpverleners voortdurend de culturele achtergrond van zowel de patiënt als zichzelf in het oog dienen te houden, zowel in de diagnostiek als in de behandeling. Het mede plaatsen van mensen in een culturele context is geen overbodige luxe aangezien sinds jaar en dag de forensische psychiatrie geconfronteerd wordt met grote aantallen allochtone patiënten.<sup>1</sup> Dit geldt

1 Allochtoon: persoon van wie ten minste één ouder in het buitenland is geboren (definitie Centraal Bureau voor de Statistiek).

vooral voor de vier grootste niet-westerse allochtone migrantengroepen (Marokkanen, Turken, Surinamers en Antillianen) en, in een wat latere fase, vooral vanaf de jaren 90 van de vorige eeuw, de niet-westerse vluchtelingengroepen (met als grootste groepen mensen van Afghaanse, Irakese, Iranese en Somalische komaf) en recentelijk Oost-Europese westerse allochtone migranten (Polen, Roemenen en Bulgars).

Allochtonen (eerste en tweede generatie) vormen op dit moment 21,7% (CBS, 2015) van de Nederlandse bevolking en hun aantal is groeiende. De helft van deze groep is eerstegeneratieallochtoon (oftewel mensen die in Nederland wonen maar er niet geboren zijn). In het gevangeniswezen en in de forensische psychiatrie liggen de aantallen allochtonen hoger dan op grond van de bevolkingssamenstelling verwacht mag worden. De instroom in het gevangeniswezen in de periode 2008 tot en met 2012 bestaat voor bijna de helft (45%) uit gedetineerden die niet in Nederland geboren zijn (Linckens & De Loeff, 2013). Het percentage niet in Nederland geboren gedetineerden dat in een psychiatrisch penitentiair centrum verbleef bedroeg in 2012 zo'n 36,6%. Ten aanzien van het beeld van tbs-gestelden is de situatie al jaren stabiel: 30% van de tbs-gestelden is niet in Nederland geboren (Gemmert et al., 2013).

Het totaal aantal verdachten van alle soorten misdrijven was volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek in 2012 bij autochtone Nederlanders 106 per 10.000 inwoners en 281 per 10.000 inwoners onder allochtonen (143 per 10.000 bij westerse allochtonen en 404 bij niet-westerse allochtonen). Of de variabele 'ethniciteit' zelf dan wel andere variabelen, zoals migrant zijn of sociaal-economische positie, verantwoordelijk zijn voor het hoge aantal allochtonen in het gevangeniswezen en de forensische psychiatrie, is regelmatig onderwerp van wetenschappelijk en politiek debat. Na correctie van de sociaal-economische positie neemt de oververtegenwoordiging van allochtonen ten opzichte van autochtonen sterk af maar verdwijnt niet helemaal. Marokkanen en Antillianen worden na deze correctie nog twee keer zo vaak verdacht van een misdrijf dan autochtonen (CBS, 2012). De tweede generatie wordt minder vaak verdacht dan de eerste, behalve bij de tweede generatie Marokkanen en Turken (CBS, 2012).

Vast staat in ieder geval dat het aantal allochtonen in de forensische psychiatrie hoog ligt en daarmee het cultureel anders zijn specifieke aandacht verdient. Overal waar de culturele achtergrond van de hulpverlener of rapporteur verschilt van die van de patiënt of onderzochte is er sprake van een culturele kloof tussen beiden en bestaat het risico op miscommunicatie, incorrecte diagnostiek en gebrek aan cultuursensitieve behandeling. In dit hoofdstuk zullen de belangrijkste transculturele topics de revue passeren met als doel de culturele kloof tussen patiënt en hulpverlener, dan wel tussen onderzochte en rapporteur, inzichtelijk te maken. Verder wordt besproken hoe deze kloof kan worden overbrugd.

## 10.2 Diagnostiek en risicotaxatie

Goede psychiatrische diagnostiek van het toestandbeeld en de persoonlijkheid is van groot belang, onder meer voor het beter begrijpen van de patiënt, (de motieven achter) het (ten laste gelegde) delict alsook ten aanzien van het bepalen van een succesvolle behandeling en het verkleinen van het recidiverisico.



### 10.2.1 Psychiatrische diagnostiek

De culturele achtergrond waarbinnen iemand is opgegroeid en die hij zich heeft eigen gemaakt (enculturatie) is van invloed op ontstaanswijze en uitingsvormen van psychopathologie (Tseng, 2003; Bhattacharya et al., 2010). Deze culturele invloed kan pathogenetisch zijn; oftewel: cultuur is rechtstreeks oorzakelijk aan de stoornis van een patiënt. Dit zijn de klassieke cultuurgebonden psychiatrische stoornissen, stoornissen die alleen voorkomen binnen specifieke culturen en niet daarbuiten. Voorbeelden hiervan zijn 'koro' (de angst dat men doodgaat doordat de uitwendige geslachtsorganen zich het lichaam in verplaatsen; Zuidoost-Azië) en 'dhat' (mannelijk zaadverlies in de urine die troebel wordt; India). Ook kan deze invloed pathoselectief zijn: selectieve culturele reactiepatronen die tot psychopathologie leiden zoals familiesuïcides in Japan). Een derde invloed van cultuur op psychopathologie is pathoplastisch: cultuur draagt bij aan het modelleren van de uitingsvormen van psychopathologie. Zo zal een westerse manische patiënt kunnen denken de reïncarnatie van Napoleon te zijn, terwijl een Zuid-Afrikaanse Zoeloe, die mogelijk niet zoveel opheeft met de westerse geschiedenis, wellicht eerder geneigd is hiervoor de historische held en koning Shaka Zulu uit te kiezen.

Bij pathologie-versterkende effecten heeft cultuur een versterkende invloed op specifieke symptomen: universeel gedrag wordt in extremo uitvergroot door culturele bekrachtigers. Een voorbeeld is Latah, een in Maleisië en Indonesië voorkomend syndroom gekenmerkt door een extreme schrikreactie bij patiënten, vooral psychisch en sociaal gemarginaliseerde vrouwen, bij wie dan tevens oncontroleerbaar lachen, echolalie en echopraxie voorkomt (Kenny, 1978). Voorts zijn er ook pathologie-faciliterende effecten waarbij de cultuur in kwestie een stimulerende invloed heeft op symptomatologie. Zo is anorexia nervosa sterk gekoppeld aan culturen die slankheid als schoonheidsideaal beschouwen. Tot slot zijn er ook pathologie-reactieve effecten waarbij bepaalde culturele opvattingen betekenis verlenen aan het door de patiënt begrijpen van en betekenis geven aan zijn stoornis. Dit kan bij moslims het menen bezeten te zijn door een djinn betekenen. Bij patiënten van Surinaamse komaf komt men regelmatig bezetenheid door winti tegen. Winti is een Afro-Surinaamse religie, aanvankelijk aangehangen door de Surinaamse creolen van het Paragebied, aan de kust van Suriname. Tegenwoordig wordt de term echter ook gebruikt door Surinaamse creolen buiten het Paragebied en zelfs door leden van diverse Marronvolkeren, voormalige slaven die de plantages in het noorden ontvluchtten en in het binnenland hun eigen cultuur vormgaven. Men gelooft in bovennatuurlijke wezens, winti<sup>2</sup>, die bezit kunnen nemen van een persoon en diens bewustzijn kunnen uitschakelen en zowel bovennatuurlijke ziekten kunnen veroorzaken als genezen.

Al dit soort mechanismen kunnen in meer of mindere mate het psychiatrische beeld kleuren, variërend van oppervlakkig tot diepgaand. Dit betekent dat de diagnosticus bij het vaststellen van een psychiatrisch toestandsbeeld of persoonlijkheidspathologie op de hoogte moet zijn van dit soort invloeden. Ook kunnen er bij patiënten en familieleden diverse betekenissystemen gelijktijdig naast elkaar bestaan: een soort van 'dubbel

2 Winti, letterlijk 'wind' betekent, afhankelijk van de context: a) de religie als geheel, b) benaming voor de geesten, of c) de bezetenheid zelf (Wooding, 1979).

causaal denken' (Hoffer & Hoenders, 2010), waarbij westerse wetenschappelijke opvattingen gekoppeld kunnen worden aan spirituele oorzaken zoals bij de door Hoffer en Hoenders (2010) beschreven Afro-Surinaamse patiënt die lijdt aan het syndroom van Korsakov en naast een psychiatrische behandeling ook reinigingsrituelen uit de winti-traditie ondergaat.

Door de jaren heen zijn er methoden ontwikkeld om de psychiatrische diagnostiek bij allochtonen te vergemakkelijken. Een grote doorbraak was ongetwijfeld het opnemen van de culturele formulering in de DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual 4th edition) die in 1994 verscheen. De culturele formulering was oorspronkelijk niet veel meer dan een checklist van items die de clinicus kon inzetten om de culturele context in kaart te brengen ten behoeve van de psychiatrische diagnostiek en behandeling. De culturele formulering is een interview dat aanvullend op de anamnese kan worden afgenomen en bestaat uit vijf onderdelen (zie tabel 10.1). De in tabel 10.1 opgenomen items zijn deels in de DSM-IV aangegeven en berusten deels op eigen ervaringen in het jarenlange gebruik van de culturele formulering. De tekst in de DSM-IV zelf is erg summier en kan (en dient) door de hulpverlener zelf verder geoperationaliseerd te worden. Ook is het afhankelijk van waar het probleem van patiënt precies zit of bepaalde onderdelen summier aan bod komen dan wel erg uitgediept moeten worden.

Tabel 10.1 De culturele formulering volgens DSM-IV

Items van de culturele formulering volgens DSM-IV en DSM-IV-TR	
1	<b>Culturele identiteit</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• culturele referentiegroepen</li> <li>• taal</li> <li>• culturele factoren in de ontwikkeling van de patiënt</li> <li>• betrokkenheid bij cultuur van herkomst</li> <li>• betrokkenheid bij Nederlandse cultuur</li> </ul>
2	<b>Culturele verklaringen van de ziekte van de patiënt</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ziekte-idioom/lokale ziektebeschrijvingen</li> <li>• betekenis en ernst van de symptomen naar eigen culturele normen</li> <li>• verklaringsmodellen en door patiënt zelf en familie beleefde etiologie</li> <li>• hulpzoekgedrag (regulier en alternatief circuit)</li> </ul>
3	<b>Psychosociaal cultureel milieu en niveau van functioneren</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• specifieke culturele stressoren</li> <li>• specifieke socio-culturele steun</li> </ul>
4	<b>Culturele elementen in de arts-patiëntrelatie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mate van verschil in sociale status</li> <li>• mate van kloof tussen cultuur van arts en patiënt</li> <li>• mate van communicatieproblemen</li> </ul>
5	<b>Algehele culturele inschatting</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• samenvatten van bij punten 1 t/m 4 verkregen aanvullende culturele informatie</li> <li>• aangeven op welke wijze en in welke mate culturele factoren invloed hebben op de diagnose en de behandeling</li> <li>• concluderen of afdoende culturele informatie is verzameld en het begrip van patiënt afdoende is, zo niet:</li> <li>• overweeg een cultuurexpert in te schakelen</li> </ul>

Voor transculturele specialisten is de culturele formulering een waardevol instrument dat veel aanvullende informatie oplevert die normaliter (bijvoorbeeld bij een reguliere intake) gemist kan worden. Voor hulpverleners die niet dagelijks met allochtonen werken is het echter vaak een hele opgave om geschikte vragen te bedenken bij alle (sub)items. Vandaar dat Rohlof en collega's (2002) een praktische uitwerking hebben gemaakt van de culturele formulering in de vorm van een cultureel interview. Voor elk van de (sub)items van de culturele formulering werden concrete vragen geformuleerd die letterlijk kunnen worden voorgelezen of beter nog aangevuld kunnen worden met vragen die tijdens de interactie met patiënt voor de hulpverlener relevant lijken. Zo ontstond er een (semi)gestructureerde vragenlijst die voor veel hulpverleners beter hanteerbaar is dan de culturele formulering zelf. Net als de laatste is dit culturele interview te gebruiken bij patiënten uit elke denkbare etnische groep. Patiënten zijn zelf als het ware de belangrijkste informatiebron waarmee de hulpverlener de culturele context, op maat gesneden, tot op zekere hoogte in kaart brengt. Een dergelijke manier van werken voorkomt allerlei culturele stereotyperingen die steeds op de loer liggen als men gebruik zou maken van beschikbare etnografische bronnen. Deze vragenlijst is wel vrij tijdrovend en daarom in de klinische praktijk niet routinematig in te voeren in een ggz die steeds doelmatiger en efficiënter moet worden en waarbij ipso facto de beschikbare tijd per patiënt afneemt. Vandaar dat de antropoloog Groen een nieuwe gestructureerde vragenlijst heeft ontwikkeld, het verkorte culturele interview. Dit levert uiteraard iets minder aanvullende informatie op maar is in de praktijk sneller af te nemen en de kwaliteit van de verkregen informatie bleek even hoog als het uitgebreide culturele interview van Rohlof (Groen, 2008). Inmiddels zijn er tal van versies ontwikkeld van het culturele interview, onder meer voor de jeugdzorg en de forensische zorg (Verstegen & Wisse, 2012).

Een nadeel van zowel het uitgebreide als het verkorte culturele interview is dat het vragenlijsten zijn die van tevoren vastliggen. Hoewel de hulpverlener aanvullende vragen kan bedenken ligt de structuur van het gesprek vrij vast en zijn de uitbreidingsmogelijkheden tamelijk beperkt. Dit nadeel werd opgevangen door een internationale versie van de Nederlandse culturele interviews: de Cultural Formulation Interview (CFI) zoals verschenen in de DSM-5 (DSM vijfde editie; APA, 2013). Hiervan bestaan twee versies: een die de hulpverlener kan afnemen bij de patiënt en een die afgenomen kan worden bij een informant, veelal een familielid of iemand anders die de patiënt goed kent. In de tekst van het CFI zijn ook instructies voor de interviewer opgenomen en een inleidend stuk tekst die aan de patiënt of informant kan worden voorgelezen waarin wordt uitgelegd wat de bedoeling van het CFI is. Het voordeel van het CFI is dat er naast het kerninterview een groot aantal aanvullende modules bestaan die al naar gelang de behoefte afzonderlijk en aanvullend kunnen worden afgenomen. Hierdoor wint het culturele interview aan flexibiliteit en is het veel meer op maat toepasbaar. In totaal zijn er twaalf aanvullende modules. Vier hiervan zijn specifiek toegeschreven naar vier verschillende patiëntengroepen (kinderen, ouderen, migranten en vluchtelingen) en bestaan uit een aantal aanvullende, relevante vragen voor die specifieke populatie. De overige acht modules zijn verdere gedetailleerdere vragen die kunnen volgen op de kernvragen van het hoofdinterview. De hoofdtekst is gepubliceerd in de oorspronkelijke Engelstalige uitgave en ook opgenomen in de Nederland-

se uitgave van de DSM-5. Op de site van de uitgever is de Nederlandse vertaling vrij te downloaden.<sup>3</sup> De aanvullende modules zijn nog niet vertaald maar wel vrijelijk verkrijgbaar via internet bij de American Psychiatric Association ([www.apa.org](http://www.apa.org)).

### 10.2.2 Psychologische testdiagnostiek

Twintig jaar geleden constateerden het Nederlands Instituut voor Psychologen en de testscreeningscommissie van het Landelijk Bureau ter Bestrijding van Rassendiscriminatie dat bijna alle psychologische testen die in Nederland worden gebruikt gekleurd zijn door de dominante Nederlandse cultuur, waardoor deze testen beperkt toepasbaar waren bij mensen van andere etnische komaf (Huijding, Hemker & Van Berg, 2012). In het kader van selectie- en personeelsbeoordelingen is de afgelopen twee decennia enige vooruitgang geboekt maar bij klinische diagnostiek, IQ-testen en testen die persoonlijkheidspathologie beogen te meten zijn er nauwelijks pogingen ondernomen om deze testen cultuursensitief dan wel cultuurvrij te krijgen. Een sprekend voorbeeld is een item van de DIS (Diagnostic Interview Schedule) om antisociaal gedrag te meten: 'Heeft u minstens vier verkeersboetes in uw leven gehad voor te hard rijden of door rood licht rijden?' (Flaherty e.a., 1988). Geen van de onderzochte indiaanse Quechua-migranten had ooit in zijn leven een auto gehad, waarmee dit item zeer irrelevant was. Flaherty en collega's (1988) publiceerden een gouden standaard waaraan psychologische vragenlijsten en testen moeten voldoen willen ze crosscultureel inzetbaar zijn. Men onderscheidde vijf soorten van crossculturele validiteit, door de auteurs 'equivalenties' genoemd, waaraan vragenlijsten ontwikkeld in de ene cultuur/taalgebied moeten voldoen, willen ze in een andere cultuur/taalgebied crosscultureel toepasbaar zijn:

- *Inhoudelijke equivalentie* De inhoud van elk item van het instrument dat gebruikt wordt is toepasselijk binnen de cultuur van de onderzochte bij wie het instrument wordt afgenomen.
- *Semantische equivalentie* De betekenis van elk item is binnen de cultuur waaruit het instrument afkomstig is gelijk aan die binnen de cultuur waaruit de onderzochte afkomstig is.
- *Technische equivalentie* De manier van afnemen is vergelijkbaar in beide culturen voor zover het de data betreft die dit instrument oplevert.
- *Criterion equivalentie* De interpretatie van de uitkomstmaten van de variabelen blijft gelijk vergeleken met de norm binnen elke cultuur.
- *Conceptuele equivalentie* Het instrument meet hetzelfde theoretische construct binnen elke cultuur.

Idealiter is een instrument pas cultuurvrij als aan alle vijf bovengenoemde equivalenties is voldaan. Helaas bestaan er in Nederland geen psychologische testen die aan al deze

3 Het CFI en de aanvullende modules zijn vrij te verkrijgen (<http://www.psychiatry.org> > Practice > DSM > DSM 5 > online assessment measures). Dit geldt ook voor de Nederlandse vertaling van het CFI ([www.dsm-5-nl.org](http://www.dsm-5-nl.org) > documenten > meetinstrumenten > cultural formulation interview).

vijf eisen voldoen. Dit betekent dat er bias zal optreden die voor elk instrument groter of kleiner kan zijn. Huijding en collega's (2012) pleiten er dan ook voor om in de COTAN-beoordelingen van psychologisch testonderzoek een extra beoordelingscriterium op te nemen waardoor testgebruikers kunnen zien in hoeverre het gebruikte instrument een vertekening oplevert als het crosscultureel gebruikt wordt. 'Best clinical practice' is zoals op dit moment weergegeven door Verboom (2010):

- *Intelligentieonderzoek* Afname van twee instrumenten: de Raven Standard Progressive Matrices (non-verbale, visuele test met name gericht op abstract denken en analoog redeneren) en de MCT-M: de multiculturele capaciteitentest middelbaar niveau (gericht op het basaal redeneervermogen en het doen van voorspellingen over het functioneren binnen een bepaalde culturele omgeving).
- *Cognitief functioneren* Afname van (non-)verbale testen als de Bourdon-Wiersmatest, visuele associatietest, 'location learning'-test en delen van de WAIS (Verboom, 2010). Recentelijk heeft het Slotervaartziekenhuis in Amsterdam in samenwerking met AMC en UvA een dementietest voor migranten ontwikkeld, vooral ook voor die migranten die de Nederlandse taal niet machtig zijn of zelfs analfabeet zijn (Goudsmit et al., 2014).
- *Persoonlijheidsdiagnostiek* Van oudsher zijn testen die gebaseerd zijn op de 'Big Five' crosscultureel redelijk tot goed toepasbaar en betrouwbaar. Dat wil niet zeggen dat de gemeten vijf persoonlijkheidsdimensies ook in alle culturen de belangrijkste vijf dimensies zijn. De door Kleijn, Verboom en van der Schier (2004) ontwikkelde TECI-test (taal- en cultuurindex) geeft een goed beeld van de samenhang tussen persoonlijkheidsstoornissen en acculturatie. Deze TECI berust op het tweedimensionele acculturatiemodel van Berry (2001; 2002; 2005).

De persoonlijke ervaring van de auteur is dat de cultuurvrije non-verbale persoonlijkheidstesten van Paunonen op dit moment nog steeds de beste beschikbare test is als het om persoonlijkheidskenmerken gaat (Paunonen et al., 2000). Deze test is crosscultureel toepasbaar en heeft een hoge interne consistentie, betrouwbaarheid en convergerende validiteit.

Gedetailleerde aandachtspunten en tips voor testpsychologen aangaande deze kwesties zijn te vinden in Van der Berg en Van Leest (1999), Bochhah, Kort en Seddik (2005), Hoogsteder en Borges Dias (2011) en Kortmann (2005).

### 10.2.3 Taxatie-instrumenten recidiverisico

Was de risicotaxatie tot voor kort een kwestie van een goede, ervaren, klinische blik, tegenwoordig raken risicotaxatie-instrumenten steeds meer in zwang (Philipse, 2003). Van de in Nederland meest gebruikte instrumenten (RRASOR, PCL, HCR-20 en de HKT-30) zijn geen crossculturele valideringen bekend bij de in Nederland meest voorkomende etnische groepen. Van de RRASOR (Rapid Risk Assessment for Sex Offence Recidivism) is er één studie uit Zweden die laat zien dat deze goed voorspelt voor Scandinaviërs maar slecht voor Aziaten en Afrikanen die in Zweden woonachtig zijn (Langs-

trom, 2004). De HKT-30 bevat een acculturalisatieonderdeel (Verstegen et al., 2011). De instrumenten zijn nog aan tal van psychometrische onderzoeken onderhevig, laat staan dat in deze fase reeds een crossculturele validering aandacht krijgt. Dit is spijtig aangezien van de uitkomst van dergelijke instrumenten voor betrokkene veel afhangt. Het karakter van deze instrumenten heeft transcultureel gezien minder nadelen dan het meeste psychologische testonderzoek, aangezien bij de meeste psychologische testen de test voor zichzelf moet spreken (zelfafname-instrumenten) met alle valideringsproblemen van dien, terwijl risicotaxatie-instrumenten veelal afgenomen worden door interviews met deskundigen, die een gewogen oordeel op onderdelen invullen. Hiermee is het meewegen van transculturele aspecten, mits de taxateurs deskundig zijn, een minder groot risico dan bij de testdiagnostiek.

Maar ook hier kan de klinische blik van de taxateur gekleurd zijn. Veenstra en Spreen (2012) hebben de in 2010 ontwikkelde vernieuwde versie van de HKT-30, de zogenoemde HKT-Experimenteel (HKT-EX), onderzocht bij allochtone tbs'ers. Het betrof een dossieronderzoek onder 56 tbs'ers van wie 15 allochtonen. Allochtone tbs-patiënten werden in vergelijking met autochtone tbs-patiënten als risicovoller ingeschat op de items Arbeidsvaardigheden en Positief sociaal netwerk en steun, en op de Klinische schaal en Toekomstschaal (Veenstra & Spreen, 2012). De auteurs geven aan dat de taxateurs deze taxaties mogelijk met een bevooroordeelde blik hebben verricht. Dit laat zien dat het van groot belang is om vooral de predictieve validiteit transcultureel goed in kaart te brengen middels vergelijkend wetenschappelijk onderzoek.

#### 10.2.4 Simulatie

In het forensisch psychiatrische veld kan men met enige regelmaat geconfronteerd worden met mensen die simuleren of dissimuleren. Het is vaak niet eenvoudig om dit soort fenomenen te herkennen met alle gevolgen van dien voor de diagnose, behandeling en de vaststelling van de mate van toerekeningsvatbaarheid en recidiverisicobepalingen. Volgens Resnick, West en Payne (2008) wordt vooral geheugenverlies gesimuleerd en als het om psychische stoornissen gaat, vooral psychotische stoornissen en de posttraumatische stressstoornis. In de tabellen 10.2 en 10.3 wordt een overzicht gegeven van fenomenologische verschillen tussen de echte stoornis en de gesimuleerde stoornis (Braakman & Hovens, 2008; Hovens & Braakman, 2004; Resnick & Knoll, 2008; Resnick, West & Payne, 2008).

Met name twee aspecten maken simulatie bij allochtonen complexer. Allereerst is er een groot verschil in ziektegedrag tussen verschillende culturen. In Nederland is de autochtone Nederlander vrij nuchter in zijn symptoompresentatie maar in veel culturen is het zeer gebruikelijk om, zodra de patiënt bij de arts is, zijn klachten (in onze ogen) overdreven en theatraal te presenteren. Dit kan onterecht verward worden met simuleren. Belangrijker nog is een tweede verschil: het opsporen van simulatie berust vaak op fenomenologische verschillen tussen 'echt' en 'gesimuleerd' zoals weergegeven in de tabellen 10.2 en 10.3. Dit soort kennis over verschillen tussen echt en niet-echt zijn echter tot stand gekomen binnen de westerse cultuur op grond van observaties bij westerse

'patiënten'. Maar aangezien cultuur ook een grote invloed kan hebben op de uitingsvormen van symptomen is het zeer onzeker hoe men dan ongebruikelijke of afwijkende symptomen dient te duiden: als simulatie of toe te schrijven aan cultuur. Tot op heden zijn er geen cultuursensitieve simulatie-instrumenten ontwikkeld, waardoor de hulpverlener c.q. diagnosticus moet terugvallen op zijn klinisch oordelingsvermogen. Wel kunnen de culturele formulering en een heteroanamnese van een familielid of vriend uit dezelfde cultuurkring als de patiënt soms enige soelaas bieden. Men dient, zeker als het om asielzoekers gaat bij wie vaak secundaire ziekte winst kan spelen (bijvoorbeeld het verkrijgen van een verblijfsstatus op medische gronden), vooral dimensioneel te denken en niet in binaire opposities (zwart-wit, oftewel patiënt is ziek versus patiënt simuleert). Door ziekte winst of andere belangen kunnen patiënten hun symptomen voorwenden, maar veelal is er meer sprake van het aandikken of iets erger presenteren

Tabel 10.2 Differentiatie echte en gesimuleerde psychose

Echte psychose	Gesimuleerde psychose
Vorm en inhoud van het denken gestoord	Vooral inhoud van het denken gestoord
Weifelend over het praten over hun symptomen	Vertellen gretig over hun symptomen
Vreemd gedrag	Gekker dan gek
Symptomen passen goed in diagnostische categorie	Symptomen passen slecht in diagnostische categorie
Systematische wanen ontwikkelen zich geleidelijk binnen paar weken	Abrupt begin van waan
Wanen beïnvloeden het gedrag	Wanen beïnvloeden het gedrag niet
Negatieve symptomen	Negatieve symptomen zeldzaam

Tabel 10.3 Differentiatie echte en gesimuleerde posttraumatische stressstoornis

Echte PTSS	Gesimuleerde PTSS
Minimaliseren van de relatie tussen symptomen en traumatische gebeurtenissen	Benadrukken van de relatie tussen symptomen en traumatische gebeurtenissen
Zichzelf de schuld geven	Anderen de schuld geven
Dromen van hulpeloosheid of schuld	Dromen van grootsheid of macht
Schuldgevoelens het overleefd te hebben ('survivor guilt') gerelateerd aan specifieke incidenten	Algemene schuldgevoelens over het overleven van de oorlog
Mijden van omgeving die op traumatische situatie lijkt	Niet vermijden van omgeving die op traumatische situatie lijkt
Boosheid op hulpeloosheid	Boosheid op autoriteit
Dromen zijn alleen vlak na het trauma herhalingen van de traumatische gebeurtenis. Na korte tijd worden geleidelijk andere elementen aan de droom toegevoegd	Claimen dat nachtmerries steeds weer een exacte kopie zijn van de meegemaakte traumatische gebeurtenissen
Legt de nadruk op 'emotional numbing'	Legt de nadruk op het herbelevingsaspect

van aanwezige klachten. Patiënten die aldus op een continue schaal van oprecht tot simulatie kunnen worden ingedeeld, zijn veelal dus ook (deels) ziek, minder ernstig dan ze doen voorkomen maar desalniettemin is men dan toch aangewezen op behandeling (Braakman & Hovens, 2008).

Er zijn tal van hulpmiddelen, veelal in de vorm van psychologische testen, ontwikkeld om simulatie op te sporen. Deze testen zijn in twee categorieën onder te verdelen:

- 1 *Simulatiespecifieke zelfinvulscreeningslijsten*, waarvan de meest gebruikte zijn:
  - M-Test: Malingering-Test (Beaber et al., 1985)
  - SIMS: Structured Inventory of Malingered Symptomatology (Widows & Smith, 2005)
  - ADI: Assessment of Depression Inventory (Mogge & LePage, 2004)
  - M-FAST: Miller Forensic Assessment of Symptoms Test (Miller, 2001)
- 2 *Veelomvattende gestructureerde klinische interviews*, waarvan de meeste gebruikte zijn:
  - PAI: Personality Assessment Inventory (Morey, 1991)
  - MMPI-2: Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (Butcher et al 1989)
  - SIRS: Structured Interview of Reported Symptoms (Rogers, 1992)

Ook voor deze testen geldt dat ze nauwelijks transcultureel gevalideerd zijn, met alle risico's van dien: scores kunnen door culturele factoren sterk beïnvloed worden met het risico op hogere fout-positieve en ook fout-negatieve uitslagen. Zo scoren Afro-Amerikanen in het algemeen lager op de M-test dan Amerikanen van Europese komaf (Smith, Borum & Schinka, 1993). De M-FAST is alleen bij drie in de VS wonende 'etnische' groepen onderzocht (Afro-Amerikanen, Hispanics en Amerikanen van Europese komaf), maar bleek bij die drie groepen robuust genoeg om culturele variaties te doorstaan (Smith, 2008). De MMPI-2 en PAI zijn in vele talen vertaald en er is het nodige gedaan aan culturele validering. Er lijken kleine vertekeningen te zijn in de scores op basis van etniciteit maar deze zijn gering van omvang en leiden niet tot verkeerde interpretaties (Weiss & Rosenfeld, 2012). In dit cultureel valideringsonderzoek is niet specifiek gekeken naar het gedrag van testen op het vlak van het opsporen van simulatie, dus voorzichtigheid in de interpretatie blijft geboden en kan het best gecombineerd worden met gegevens uit andere bronnen.

## 10.3 Behandeling

### 10.3.1 Medicatie

Psychofarmaca worden veel toegepast bij de behandeling van allochtone patiënten binnen het gevangeniswezen en in tbs-settingen. Van belang is dat men zich goed realiseert dat alle gangbare en in Nederland verkrijgbare (psycho)farmaca vrijwel uitsluitend zijn getest bij westerse patiëntenpopulaties. Inmiddels is er een toenemend aantal studies beschikbaar die aantonen dat er interetnische verschillen zijn in werking en bijwerkingen van psychofarmaca bij verschillende etnische groepen (Braakman & Hoencamp,



2012; Kortmann & Oude Voshaar, 1998). Deze verschillen berusten op interetnische verschillen in de farmacokinetiek (resorptie, metabolisme, bloed-hersenbarrière) en in farmacodynamische verschillen (receptorbinding in cerebro) (Bjornsson et al., 2003; Bhugra & Bhui, 1999; Lin & Poland, 2000). Hieronder volgt een samenvattend overzicht van deze literatuur waarmee de voorschrijvend arts rekening kan houden bij het voorschrijven van medicatie aan allochtone patiënten.

### 10.3.1.1 Antidepressiva

Aziatische patiënten hebben (gecorrigeerd voor gewicht) een lagere dosering tricyclische antidepressiva nodig dan blanken voor eenzelfde therapeutisch effect (Silver et al., 1993). Patiënten van Afrikaanse komaf hebben vergeleken met blanken hogere plasmaspiegels bij eenzelfde dosering en eerder en vaker last van bijwerkingen (Kortmann & Oude Voshaar, 1998; Ziegler et al., 1977). Deels berust dit op interetnische verschillen in de plasma-eiwitbindingsprofielen (alfa-glycoproteïnen en ook albuminebindingen) die per etnische groep kunnen verschillen. Als geneesmiddelen (door genetische factoren) minder goed binden aan deze transporteiwitten in het bloed, is vervolgens de vrije fractie van het geneesmiddel bij andere etnische groepen vaak hoger dan bij blanke westerlingen. De vrije fractie is veelal de actieve vorm en alleen de vrije fractie passeert de bloed-hersenbarrière waardoor lagere doseringen wenselijk zijn. Als de dosering niet aangepast wordt, ontstaan er sneller bijwerkingen door deze hogere vrije fractie (Crabtree, Jann & Pitts, 1991; Juneya et al., 1981; Levy & Moreland, 1984). Noradrenaline en noradrenaline-serotonineheropnameremmers (NSA's) als reboxetine zijn gebonden aan plasmaproteïnen, met name AGP (alfa-1-glycoproteïne). Patiënten van Aziatische afkomst, onder andere uit China, hebben een grotere vrije plasmafractie en een lagere uitscheiding vergeleken met blanke patiënten (Kortmann & Oude Voshaar, 1998).

Maar ook het metabolisme speelt een belangrijke rol. Veel tricyclische antidepressiva worden bijvoorbeeld gemetaboliseerd door CYP2D6. Van belang bij het bepalen van de juiste dosering is dan ook enig inzicht in of patiënten normaal, traag, niet of erg snel metaboliseren. Per etnische groep kunnen de percentages van de snelheid waarmee patiënten metaboliseren verschillen. Dit leidt tot hogere of lagere plasmaspiegels bij gelijke doseringen van antidepressiva. Chinezen, Japanners en andere Oost-Aziaten hebben vaker dan westerse blanken een vertraagd metabolisme (Kortmann & Oude Voshaar, 1998; Lin & Poland, 2000). Dit leidt tot hogere plasmaspiegels bij gelijke orale doseringen (Bhugra & Bhui, 1999). Zo zijn de plasmaconcentraties van clomipramine 70% hoger bij Japanners dan bij blanken bij dezelfde dosering (Shimoda et al., 1999).

Van belang is niet alleen CYP2D6 maar ook CYP2C19 (bijvoorbeeld bij clomipramine en amitriptyline). Bij blanken is het percentage trage metaboliseerders 5% of lager, bij patiënten van Aziatische afkomst kan dit percentage oplopen tot 30% (Kim et al., 2004). Hierdoor ontstaat er bij Aziaten een zes keer zo grote kans op overdosering bij voor blanke westerlingen normale doseringen.

Van de irreversibele MAO-remmer fenelzine is bekend dat deze stof door acetylering wordt omgezet in inactieve metabolieten. Langzame acetylering treedt op bij ongeveer de helft van westerse blanke patiënten; bij patiënten van Afrikaanse komaf is dit 62%.

Bij Aziaten komt dit weer minder vaak voor dan bij blanke westerlingen, namelijk bij 0-22% van de patiënten (Kortmann & Oude Voshaar, 1998). Dit betekent dat vergeleken met blanke patiënten, Afrikaanse patiënten een grotere kans hebben op hogere spiegels, en Aziaten een lagere kans.

Bovengenoemde farmacokinetische factoren (wat het lichaam met het geneesmiddel doet) zijn van groot belang in het voorschrijven van geneesmiddelen aan allochtone patiënten, maar ook farmacodynamische factoren (wat het geneesmiddel met het lichaam doet) zijn van belang. Een duidelijk voorbeeld hiervan is een SSRI-studie van McMahon en anderen. McMahon en collega's (2006) zochten naar genetische voorspelers voor het behandelings-effect van citalopram bij patiënten met een depressieve stoornis. Het gen HTR2A codeert voor de serotonine-2A-receptor, die door citalopram wordt gedownreguleerd, resulterend in herstel van de depressie. Patiënten die homozygoot zijn voor het A-allel hebben een 18% hogere kans op herstel dan patiënten die dit A-allel niet hebben. Wat deze studie interessant maakt is dat blanken in de VS zes keer vaker een gunstige A-allel-variant hebben dan Afro-Amerikanen. Gevolg is dat Afro-Amerikanen minder goed zullen reageren op citalopram dan blanke Amerikanen.

#### 10.3.1.2 Stemningsstabilisatoren

Bij Afro-Amerikaanse patiënten in Noord-Amerika is de intracellulaire lithiumspiegel hoger dan bij blanken bij eenzelfde plasmaspiegel. Dit betekent dat de kans op neurotoxiciteit bij eenzelfde plasmaspiegel bij zwarte patiënten hoger is (Strickland et al., 1995). Dit resulteert onder andere in meer bijwerkingen. Voorts hebben Aziaten vergeleken met blanken lagere effectieve lithium-plasmaspiegels nodig (Strickland et al., 1995): 0,5 tot 0,79 mEq/L vergeleken met 0,8 tot 1,2 mEq/L bij blanken (Kortmann & Oude Voshaar, 1998).

Verder is van belang te weten dat men bij bepaalde Aziatische patiënten (afkomstig uit Thailand of Han-Chinezen) die men wil instellen op de stemmingsstabilisator carbamazepine, verplicht is een HLA-\*B1502-genotypering te doen. Het is raadzaam om dit ook bij patiënten uit de Filipijnen en Maleisië te doen, omdat de kans op een potentieel fataal verloopende ernstige bijwerking (Stevens-Johnsonsyndroom (SJS) of toxische epidermale necrolyse (TEN)) bij hen tien keer zo groot is als bij blanke westerlingen. HLA-\*B1502 wordt verantwoordelijk gehouden voor deze ernstige bijwerkingen. De prevalentie van HLA-\*B1502-dragers onder deze bevolkingsgroepen is namelijk 10-15%, terwijl dat bij Europeanen minder dan 1% is (Farmacotherapeutisch Kompas, 2014).

#### 10.3.1.3 Antipsychotica

Bij antipsychotica dient men er vooral rekening mee te houden dat deze middelen bij vele niet-westerse bevolkingsgroepen lager gedoseerd dienen te worden omdat ze anders te hoge bloedspiegels opleveren (Lin & Poland, 2000). Maar minstens zo belangrijk is een ander fenomeen, namelijk dat van de supersnelle metaboliseerders. Antipsychotica zoals haloperidol en risperidon maar ook zuclopentixol worden door CYP2D6 gemetaboliseerd. Bij circa 1% van de autochtone Nederlandse bevolkingsgroep komt het fenomeen