

DSM-5 en cultuur

J.T.V.M. DE JONG

ACHTERGROND Binnen de geestelijke gezondheidszorg is het diagnostische classificatiesysteem van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (vierde editie, DSM-IV) toonaangevend. Waarschijnlijk komt in 2013 de volgende versie, de DSM-5, uit. In de nieuwe versie probeert men rekening te houden met culturele diversiteit en dit heeft wetenschappelijke en behandeltechnische gevolgen.

DOEL Het bespreken van de culturele aspecten van de DSM-5.

METHODE Literatuuronderzoek in Medline over de periode 1990-2011 met als trefwoorden 'DSM', 'ICD', 'DSM-classification', 'psychiatric classification', 'psychiatric diagnosis', 'culture' en 'diversity'.

RESULTATEN Nadere beschouwing van het voorbeeld van depressie en angst maakt duidelijk dat het diagnostisch systeem niet bereikt wat het beoogt. Deze tekortkoming kan worden verholpen door een categorisch-dimensioneel systeem te introduceren. Een dergelijk systeem heeft belangrijke voordelen voor de culturele psychiatrie en psychologie, onder meer wat betreft subsyndromale symptoomcategorieën, ziektebeleving, ziektegedrag, de overgang van het normale naar het pathologische, cultureel verantwoord onderzoek en de aansluiting bij de culturele neurowetenschap.

CONCLUSIE Een serieuze paradigmawisseling zal waarschijnlijk pas mogelijk zijn bij de totstandkoming van de DSM-6.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)9, 807-818]

TREFWOORDEN cultuur, cultuursensitiviteit, DSM-5, psychiatrisch classificatiesysteem, validiteit

Ruim tien jaar geleden werd een begin gemaakt met de voorbereiding van een nieuwe versie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, de DSM-5. De American Psychiatric Association besloot samen te werken met de WHO, de World Psychiatric Association en het National Institute of Mental Health. De DSM-5 wordt verwacht in 2013 en zal worden afgestemd op de WHO-classificatie, de ICD-11, die waarschijnlijk in 2015 verschijnt.

De belangrijkste kritiek op de DSM-IV vanuit de neurobiologie en de antropologie kan als volgt worden samengevat. De DSM houdt te weinig rekening met de context, bijvoorbeeld bij de inter-

pretatie van epidemiologische data. De DSM ziet cultureel bepaalde fenomenen en een dimensionele benadering van stoornissen over het hoofd, stoornissen worden over-gespecificeerd en comorbiditeit wordt kunstmatig opgevoerd. Een belangrijk struikelblok is de aanpassing van het toekomstige systeem aan nieuwe neurowetenschappelijke inzichten in pathofysiologie, genetica, neuro-imaging en neuropsychologie.

De Cultural Issues Subgroup heeft daarom een inleidend hoofdstuk bij de DSM-5 voorgesteld, dat de 'Glossary of culture-bound syndromes' in de DSM-IV vervangt door 'Cultural concepts of distress'. In een inleiding wordt het verband uitgelegd tus-

sen ‘culturele concepten’ (gedefinieerd als culturele syndromen, *idioms of distress* en beleefde oorzaken of verklaringen) en psychiatrische stoornissen, en de toepassing van die culturele concepten in de klinische praktijk. Daarnaast worden voorbeelden gegeven van ieder van die drie concepten: culturele syndromen (bijv. *ataques de nervios* in Latijns/Caribisch Amerika, *khyalaanvallen* in Cambodja), *idioms of distress* (bijv. moeheid/neurasthenie in China, of bijvoorbeeld *thinking too much* in een aantal culturen) en gegeven oorzaken (bijv. *dhat* in India, *susto* in Latijns-Amerika). Daarnaast wordt het Cultural Formulation Interview (CFI) gebruikt voor een basale culturele evaluatie bij de intake (zie ook verderop).

In dit essay maak ik een tussenstand op van de culturele karakteristieken van de DSM-5. Eerst beschrijf ik de verschillende opties voor een nieuw classificatiesysteem. Dan stel ik aan de hand van depressie en angst de vraag: bereikt onze diagnostische psychiatrie wat ze beoogt? Dat blijkt niet het geval te zijn en dit euvel zou ten dele kunnen worden verholpen door een categorisch-dimensioneel systeem te introduceren. Vervolgens beantwoord ik de vraag: wat zijn de mogelijke voordelen van een dimensionele diagnostische toevoeging voor de culturele psychiatrie en psychologie? Aan de hand van het voorbeeld van de culturele formulering (de Cultural Formulation of Diagnosis) en het debat over persoonlijkheidsstoornissen geef ik een indruk van de complexiteit van de herculische taak die het opstellen van de DSM-5 met zich brengt. Ten slotte waag ik me aan een toekomstdroom voor een internationale classificatie.

OPTIES VOOR EEN NIEUW CLASSIFICATIESYSTEEM

Voor de ontwikkeling van een nieuwe classificatie beschreven Hyman (2007) en Kupfer e.a. (2008) drie opties waarmee de DSM Task Force-commissies aan de slag zouden kunnen gaan:

Ten eerste: overgaan op een dimensionele diagnose, in combinatie met de ontwikkeling van dimensionele criteria voor verschillende aandoe-

ningen. Daarbij scoort een patiënt boven een drempelwaarde van één of meer kwantitatieve schalen of dimensies, die een continuüm vormen met een normale toestand. Vergelijk dit bijvoorbeeld met het bepalen van hypertensie aan de hand van de dimensies systolische en diastolische bloeddruk.

Ten tweede: de identificatie van klinisch relevante symptoomclusters waarvoor onderbouwde hypothesen bestaan over onderliggende neuronale circuits.

Ten derde: het loslaten van de huidige overdaad van ongeveer 300 gesplitste stoornissen en afzonderlijke categorieën ten gunste van ruimere ‘spectrum’-stoornissen op basis van bestaande kennis over symptoomclustering, familiale transmissie, genetica en gedeelde pathofysiologische trekken. Denk bijvoorbeeld aan een obsessief gedragsspectrum, een schizofreniespectrum of een stemmingsspectrum, waarbij onderzoekers verhelderen waar aandoeningen zoals gegeneraliseerde angst of ernstige depressie een plaats dienen te krijgen. Hierbij kunnen de drie genoemde opties gecombineerd worden.

Voor iedere optie geldt dat maatstaven of ijkpunten moeten worden ingebouwd die ontleend zijn aan de genetica, de cognitieve neurowetenschap, aan structurele en functionele *neuro-imaging* of ander neurobiologisch en -psychologisch onderzoek.

DOEL VAN DE DIAGNOSTISCHE PSYCHIATRIE

Om de discussie rond de vernieuwing van de twee gangbaarste classificatiesystemen te begrijpen is het goed om stil te staan bij de rationale van de huidige categorische indeling en de vraag te stellen: bereikt de huidige classificatie wat ze beoogt?

Kendell (1989) stelde dat het wetenschappelijk doel van de psychiatrische diagnostiek is om geobserveerde verschijnselen te ordenen, te verklaren, te voorspellen en te behandelen. Van Praag (1989) vond dit een te optimistische voorstelling van

zaken omdat de categorieën volgens hem niet gerelateerd waren aan specifieke oorzaken, verstoorde functies of een biologisch substraat. Sinds die tijd is ons inzicht in de etiologie en het biologisch substraat van sommige aandoeningen, zoals spongiforme encefalopathieën of dementie, aanzienlijk verbeterd. Echter, de discussies rond klinische, biochemische, familiale of neurobiologische validiteitscriteria gaan onverminderd voort.

Volgens Kendell en Jablensky (2003) kan een diagnose slechts valide zijn op twee gronden. Ten eerste als een syndroom een entiteit is die gescheiden kan worden van aangrenzende syndromen en normaliteit door een *zone of rarity* (of discontinuïteit tussen symptomen). Het ligt voor de hand dat de rariteitzones rond separate diagnoses zullen afnemen naarmate men meer gaat werken met spectrumstoornissen. Een tweede grond voor een valide diagnose bestaat als de definiërende karakteristieken fundamenteel zijn, d.w.z. bepaald door een fysiologische, een anatomische, een histologische, een chromosomale of een moleculaire abnormaliteit. Daarbij moeten kwalitatieve verschillen bestaan tussen die definiërende karakteristieken en die van andere condities met een vergelijkbaar syndroom. Dit geldt bijvoorbeeld voor de al genoemde ziekte van Creutzfeldt-Jakob/koeroe of de ziekte van Alzheimer.

De symptomen van schizofrenie, de bipolaire stoornis en de ernstige endogene depressie behoren tot de robuustere, universeel herkenbare constructen. Toch worden ook bij deze diagnoses twijfels geuit over de validiteit vanuit cultureel en internationaal perspectief. En de roep om een gecombineerde dimensioneel-categorische indeling wordt sterker (Dutta e.a. 2007; van Os 2009; van Os e.a. 2010).

Overwegingen bij angst en depressie

Voor andere diagnoses dan de hiervoor genoemde is het vaak droevig gesteld met het onderscheid tussen psychiatrische beelden. Dit blijkt uit de volgende overwegingen rond de algemene psychiatrische stoornissen depressie en angst.

Ten eerste treden deze twee meest voorkomende stoornissen (depressie en angst) meestal gelijktijdig op, in sommige onderzoeken tot zelfs bij 90% van de gevallen (Merikangas e.a. 1996).

Ten tweede blijkt bij bevolkingsonderzoek de samenhang tussen stemmings- en angststoornissen sterker dan tussen twee verschillende angststoornissen (Kessler e.a. 1998). Uit dit onderzoek en tal van andere onderzoeken blijkt dat er een enorme overlap bestaat tussen depressie, fobieën, de gegeneraliseerde angststoornis en de posttraumatische stressstoornis.

Ten derde probeert de psychiatrie het probleem van de overlap van symptomen op te lossen door de introductie van het concept 'comorbiditeit' (Krueger 1999) en door het veelvuldig gebruik van 'diagnosen niet anderszins omschreven' (NAO) (Kupfer e.a. 2008). Echter, in een bevolkingsonderzoek naar comorbiditeit werd bij een aanzienlijk deel van de respondenten naast de hoofd diagnose een tweede diagnose gesteld (Kessler e.a. 1994), terwijl bij opgenomen psychiatrische patiënten comorbiditeit vrijwel altijd voorkomt (Jongedijk 2001; Wittchen 1996).

Comorbiditeit kan een afspiegeling zijn van verschillende symptoompatronen die voortvloeien uit gedeelde genetische risicofactoren die zich op verschillende manieren uiten. Echter, comorbiditeit kan ook een artefact zijn van de fouten die gemaakt zijn bij het splitsen en samenvoegen van symptomen voor de DSM, zodat een enkel pathofysiologisch proces symptomen kan veroorzaken die aan de criteria van meerdere DSM-IV-TR-entiteiten voldoen. Dit geldt vooral voor de persoonlijkheidsstoornissen (Hyman 2007), waar ik later op terugkom. Vanuit deze optiek is comorbiditeit dus het artefact van een classificatiesysteem dat kwetsbaarheid vertaalt in kunstmatig geconstrueerde ziekte-eenheden.

Ten vierde is er nog een andere bron van zorg rond het gewenste onderscheidend vermogen van de DSM, namelijk dat onderzoeksinstrumenten die geacht worden depressie te meten vaak net zo goed angst als depressie blijken te meten (Horwitz 2002).

Ten vijfde worden middelen zoals selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) zowel voorgeschreven voor depressie als voor onder andere angst, paniek, obsessieve-compulsieve stoornissen, eetstoornissen, middelenmisbruik en posttraumatische stressstoornis (PTSS). Baldessarini (2000) wijst erop dat SSRI's algemene hersensystemen beïnvloeden in plaats van specifieke symptoomconstellaties. Ook voor antipsychotische middelen geldt dat ze voor zowel schizofrenie en bipolaire stoornis als vele andere stoornissen worden voorgeschreven (Hyman 2007).

Ten zesde kunnen mensen met identieke genetische afwijkingen verschillende ziekteverschijnselen vertonen. In de woorden van Kendler (2005): 'tot dusver hebben we geen genen voor psychiatrische ziekten ontdekt en de kans daarop is ook niet groot.' Er is niet één gen, maar een groot aantal genen bij psychiatrische aandoeningen betrokken. Die geïdentificeerde genen zijn bovendien specifiek: ze verklaren vaak niet de stoornissen zelf en ze beïnvloeden hoogstens fundamentele biologische processen of basale mentale functies.

Bepaalde genen blijken een risicofactor te zijn voor syndromen die tot dusver niet aan elkaar gerelateerd leken te zijn (Kendell & Jablensky 2003). Ook hier blijkt de genetische aanleg voor een gegeneraliseerde angststoornis sterk overeen te komen met de aanleg voor een ernstige depressie (Kendler 1995). En de aanleg voor schizofrenie strekt zich uit tot de schizotypische, de paranoïde persoonlijkheidsstoornis en de affectieve psychotische stoornissen (Kendler e.a. 1995). Van Os (2009) vermeldde in zijn voorstel voor een schizofrene spectrumstoornis, het *salience syndrome*, zelfs vier diagnostische hoofd- en tien diagnostische subcategorieën van psychotische aandoeningen.

DSM-labels misleidend

De voorstelling van DSM-labels als ziekteentiteiten lijkt dus misleidend en heeft tot fouten en onjuistheden geleid bij het interpreteren van onderzoeksresultaten en het beoordelen van onderzoeksaanvragen. Het is wenselijk, maar

vooral nog in allerlei opzichten te vroeg om neurobiologische gegevens in de DSM-5 te verwerken. De huidige DSM met zijn overdaad aan stoornissen is daar debet aan (Hyman 2007). Het gelijktijdig optreden van depressie- en angstsymptomen en psychofysiologische symptomen bij een wijd scala aan aandoeningen kan beter verklaard worden door de symptomen te zien als non-specifieke indicatoren van een brede, gemeenschappelijke, onderliggende kwetsbaarheid.

De diversiteit in symptomen is niet zozeer het product van afzonderlijke ziekten of ziekteprocessen, maar van contextuele factoren. Belangrijke contextuele factoren zijn het historische en culturele interpretatiesysteem, identiteitscategorieën, en de professionele sjablonen en de sjablonen die de media schetsen van een stoornis (Horwitz 2002; de Jong 2010, p. 433). Horwitz en Wakefield (2008) en Dehue (2008) hebben deze processen treffend en beeldend beschreven voor depressie.

Praktische belemmeringen

Bij alle discussies rond de DSM-5 speelt de afweging tussen het incorporeren van nieuwe inzichten versus het handhaven van de bestaande relatief eenvoudige regels van de categorische indeling. Een paar jaar geleden leek het er nog op dat de DSM-5 waarschijnlijk gebaseerd zou gaan worden op een hybride categorisch-dimensionele benadering (Dutta e.a. 2007). Nog los van het gebrek aan voldoende neurowetenschappelijke data en talloze andere wetenschappelijke vragen rond de introductie van DSM-5, bestaan er ook alledaagse hindernissen die genomen moeten worden. Die hangen onder meer samen met politieke en financiële belangen van zorgverzekeraars en de farmaceutische industrie en met de omvang van de onderneming om hulpverleners om te scholen in het gebruik van het nieuwe systeem.

CULTURELE VOORDELEN VAN DIMENSIONELE DIAGNOSTIEK?

Een nieuw dimensioneel-categorisch systeem zou grote voordelen kunnen hebben voor cultureel diverse populaties die overal ter wereld ontstaan ten gevolge van conflicten, mensenrechtenschendingen, economische mobiliteit of andere vormen van migratie. Laat ik een paar gevolgen noemen (vergelijk: de Jong & Colijn 2010).

Inzicht in cultureel bepaalde drempelwaarden

Een nieuw systeem zou ons in staat stellen meer inzicht te krijgen in cultureel bepaalde drempels voor diverse soorten populaties. Als de bestaande drempelwaarden worden vervangen door een dimensie, wordt het minder relevant of iemand uit een (sub)culturele groep nog net wel of net niet meer binnen een categorie valt. Denk bijvoorbeeld aan verdelingen waarbij in een getraumatiseerde populatie veel extreem hoge of lage waarden gevonden worden (waar ik zo dadelijk op terugkom). Een nieuw systeem maakt namelijk duidelijk of iemand problemen heeft en hoe ernstig die zijn, waarbij de diagnostische categorie op zich minder op de voorgrond komt te staan. Het zal ook de mogelijkheid bieden om ziektebeleving, ziektegedrag en responsbias te betrekken bij het inschatten van de ernst van een stoornis.

Inzicht in subsyndromale klachten en afkapwaarden

Subsyndromale symptoomcategorieën en idioms of distress die een partiële overlap vertonen met bestaande diagnostische categorieën kunnen verduidelijkt worden. Bij een subsyndromale depressie wordt bijvoorbeeld de diagnose depressie gemist wanneer iemand niet aan het minimum van vijf, maar slechts aan vier diagnostische criteria voldoet (Jongedijk 2001). Een arme wereldbewoner die depressief is, maar desondanks aangeeft graag te eten wanneer voedsel beschikbaar is, krijgt dus makkelijk een fout-negatieve diagnose.

Een dimensioneel-categorisch systeem zou ons ook helpen meer inzicht te krijgen in de geleidelijke overgang van het normale naar het pathologische in verschillende culturen en daarmee de bezwaren tegen de afkapwaarden van onderzoeksinstrumenten ondervangen. Het merendeel van onze onderzoeksinstrumenten is transcultureel niet gevalideerd. Inzicht in de geleidelijke overgang van het normale naar het pathologische zou ons meer inzicht geven in de dynamiek die leidt tot fout-positieve of -negatieve schattingen van prevalentiecijfers en uitbijters bij epidemiologisch onderzoek. Denk bijvoorbeeld aan onderzoek naar de gevolgen van mensenrechtenschendingen in conflictgebieden waarbij de prevalentiecijfers voor PTSS variëren van 0 tot 99% en die voor depressie van 3 tot 85% (Steel e.a. 2009). Of aan de verhoogde prevalentie- en incidentiecijfers voor schizofrenie onder migranten waarbij fout-positieve diagnostiek als gevolg van cultureel niet-gevalideerde instrumenten een belangrijke rol speelt (Zandi e.a. 2010).

Inzicht in concepten

Het zou ons bovendien helpen professionele concepten in verschillende subculturen te nuanceren en beter te meten: begrippen zoals distress, disfunctie, beperking, handicap of kwaliteit van leven, zaken die spelen rond de toepassing van de WHODAS-II en de WHO International Classification of Functioning, Disability and Health (WHO ICF) in verschillende culturen (Van Korff e.a. 2008; Regier e.a. 2011). Overigens zal de WHODAS waarschijnlijk een leidende rol gaan spelen bij het inschatten van beperkingen met behulp van DSM-5.

De nieuwe benadering zou hogere-ordeconstructen kunnen verhelderen die tot dusver niet voorkomen in eerdere DSM-versies. Hogere-ordeconstructen draaien om factorstructuren van stoornissen zoals depressie en angst en verhelderen de kernpsychopathologische processen van verschillende fenotypen psychiatrische stoornissen (verg. Barlow 1988; Krueger 1999; Helzer e.a. 2007). Die hogere-ordeconstructen kunnen een

risicofactor aanwijzen voor clusters van aandoeningen en die aandoeningen soms ook verklaren.

Inzicht in categoriedenkfout

Een dimensioneel-categorisch systeem kan verder helpen meer zicht te krijgen op de categoriedenkfout. Het gaat hierbij om een probleem rond criteriumvaliditeit dat kan optreden als een aandoening in één culturele setting wordt geclassificeerd op grond van een diagnostische categorie uit een andere cultuur zonder de geldigheid van de categorisering opnieuw te toetsen. We stellen bijvoorbeeld de diagnose ‘depressie’ of ‘schizofrenie’ op basis van gerapporteerde subjectieve belevingen en gedragsmanifestaties. Daarom noemen wij die concepten hypothetische of latente concepten. Wij hanteren die diagnoses bij transcultureel onderzoek zonder de criteriumvaliditeit te toetsen. Dit maakt het enerzijds mogelijk om zelfs bij een grote overeenkomst tussen gedragsmanifestaties te blijven beweren dat depressie of schizofrenie bij cultureel diverse groepen toch niet hetzelfde is als bij ons, terwijl anderzijds zelfs bij aanmerkelijke verschillen wereldwijd kan worden gepostuleerd dat het toch gaat om ‘in wezen’ identieke concepten. Dit maakt ook duidelijk waarom debatten over categoriedenkfouten zo lang kunnen voortduren (de Jong e.a. 2010). Denk bijvoorbeeld aan het neurasthenie-depressiedebat in China of aan de zojuist vermelde diagnostische problemen rond schizofrenie onder migranten die al vele jaren geleden aan de orde kwamen (de Jong 1996).

Het dimensioneel-categorisch systeem zou zowel bruikbaar zijn voor hulpverleners als onderzoekers. Het zou kunnen verhelderen hoe de interactie tussen biologie en cultuur tot uitdrukking komt in de sjablonen die mensen krijgen aangeleerd om hun klachten te uiten. Ook zou zo’n systeem duidelijk maken dat de definitie van abnormaliteit zowel sociale als biologische criteria behelst, uitgaande van een darwinistisch principe dat fysieke en mentale ziekten beschouwt als falende systemen binnen een natuurlijke selectie (Wakefield 1992).

Culturele neurowetenschap

Een dimensioneel-categorisch systeem zou ook goed aansluiten bij de culturele neurowetenschap. Deze discipline bestudeert de invloed van culturele karakteristieken zoals waarden, opvattingen en praktijken op gedrag en neurobiologie; ook bestudeert ze de wijze waarop neurobiologische mechanismen zoals genetische en neurale processen de transmissie van culturele trekken faciliteren (Chiao 2009; de Jong 2010a). Of in alledaagse woorden: cultuur modelleert het brein, en het brein modelleert of boetseert cultuur. Culturele neurowetenschap stelt ons in staat om anderhalve eeuw debat over *nature or nurture*, biologie of cultuur, genotype of fenotype achter ons te laten. De wederzijds beïnvloeding van cultuur en brein resulteert in lokale biologieën en helpt ons een psychiatrie te ontwikkelen die verder reikt dan het brein als universele constante, met cultuur als epifenomeen.

Voorbeeld: schizofrenie onder migranten

Laat ik als voorbeeld ingaan op de verhoogde incidentie en prevalentie van schizofrenie onder migranten. Elders heb ik op grond van historische, epidemiologische en methodologische overwegingen aangegeven dat het volgens mij hoogst onwaarschijnlijk is dat de verhoogde incidentie afdoende kan worden verklaard met theorieën over *psychosocial adversity*. Daarbij maakt het niet uit of het gaat om *social defeat* (Cantor-Graae & Selten 2005), om wijkgebonden migrantendichtheid (Veling e.a. 2008) of dat de studies plaatsvonden in Nederland, het Verenigd Koninkrijk (Fearon e.a. 2007) of Denemarken (Byrne e.a. 2004; Cantor-Graae & Selten 2005). Vanuit de culturele neurowetenschap en het concept van lokale biologieën ontstaat er ruimte om complexe multisystemische relaties tussen genetica, endofenotypen en epigenetica te postuleren waarin ruimte is voor genetische subclusters in Afrika (de Jong 2010b, p. 45-8).

DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN

Nu de *task forces* rond de DSM-5 bijna klaar zijn, is de tijd rijp om een tussenstand op te maken. Hoe staat het met de plannen en voornemens? Welke dromen zijn verwezenlijkt en welke hoop is vervlogen? Ik zal de ontwikkelingen toelichten aan de hand van twee voorbeelden, de culturele formulering en de persoonlijkheidsstoornissen.

De culturele formulering

De culturele formulering (de *Cultural Formulation of Diagnosis*, APA 1994; Borra e.a. 2002; Rohlf & Groen 2010) is tot op heden de belangrijkste DSM-bijdrage op cultureel vlak. De in de inleiding vermelde *Cultural issues subgroup* heeft voorgesteld om het 'Cultural Formulation Interview' (CFI) en de richtlijnen voor het CFI op te nemen tussen de algemene inleiding van de DSM-5 en sectie 2 met de psychiatrische stoornissen. Het CFI kan gebruikt worden voor een basale culturele evaluatie, of voor een meer omvattende culturele assessment door gebruik te maken van supplementaire modules bij het CFI.

Het CFI wordt in Nederland in 25 instellingen gebruikt. De basisversie van het CFI bestaat uit 14 vragen die een evaluatie opleveren van de culturele identiteit van een patiënt, zijn of haar ziekterepresentatie, de vermeende oorzaak, de behandelverwachting, de culturele context in verband met stressoren en sociale steun, en andere socioculturele factoren die van belang zijn om een diagnose of behandelplan te formuleren bij mensen met een diverse achtergrond. Het CFI moet klinici helpen narratief tegenwicht te bieden aan de gedecontextualiseerde nomothetische diagnostische praktijk van alledag.

Met de DSM-5 willen de opstellers een grondige revisie doorvoeren om de zichtbaarheid van de culturele formulering en de klinische toepasbaarheid te vergroten (Lewis-Fernández 2009). Daarbij willen zij inhoudelijke diepgang combineren met een pragmatische insteek om therapietrouw en patiënttevredenheid te verhogen.

Om zo'n revisie mogelijk te maken wordt onderzoek verricht naar vragen zoals: welke elementen van de CF worden gebruikt en zijn nuttig voor de dagelijkse praktijk? Welke aspecten van culturele identiteit zijn van universeel belang bij de intake? Hoe wordt het perspectief van de familie betrokken bij de ziektebeleving van een patiënt? Hoe houdt de CF rekening met veranderingen in ziektemodellen en de invloed van systemische factoren vanuit de zorg of de ziektekostenverzekeraars? Hoe werkt de CF bij kinderen, of bij mensen met een cognitieve beperking, bij vluchtelingen of bij het werken met een tolk? Is het mogelijk het semi-gestructureerde karakter van de CF te operationaliseren en hoe wordt een dichotomisering tussen culturele en niet-culturele informatie – vaak gebaseerd op stereotypering – voorkomen?

Enkele deelstudies gericht op deze vragen hebben geresulteerd in een nieuwe versie die momenteel getoetst wordt in een van de vele DSM-veldonderzoeken. De in juni 2012 afgesloten tussenanalyses laten zien dat het CFI het redelijk goed doet op haalbaarheid, acceptatie en bruikbaarheid in de praktijk. De CFI-trials vinden plaats op 8 locaties over drie continenten, waaronder de VS, India, Peru en Nederland (o.a. in Stichting Centrum '45, De Evenaar en i-psy). De kans is groot dat de Culturele Formulering en het CFI opgenomen worden in de DSM-5.

Persoonlijkheidsstoornissen

Persoonlijkheidsstoornissen werden in de transculturele literatuur door sommigen beschouwd als westerse cultuurgebonden constructen, als 'psychomedische' modellen van onbehagen die een vergelijkbare rol speelden als 'geestesbezetenheid' in minder gemedicaliseerde samenlevingen (Littlewood & Lipsedge 1989). Toen Kendell en Jablensky (2003) hun kritiek uitten op het gebrek aan validiteit van de psychiatrische diagnostiek, richtten zij hun pijlen ook op de neurose. Omdat er geen aantoonbare discontinuïteit bestaat tussen de symptomen van de persoonlijkheidsstoornissen vonden zij dat de categorie per-

soonlijheidsstoornissen vervangen moest worden door een aantal dimensies, zoals ook vaak bepleit wordt door persoonlijkheidsonderzoekers. In de 'Research Agenda DSM-V' liet men zich eveneens kritisch uit over de categorische visie op persoonlijkheidsstoornissen (Kupfer e.a. 2002).

Eén van de redenen was dat persoonlijkheidskenmerken in een bepaalde context weliswaar tot functiebeperkingen kunnen leiden, maar toch niet hoeven te voldoen aan de DSM-criteria voor een stoornis. Immers, het starre en inadequate patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen hoeft niet af te wijken van de verwachtingen binnen de cultuur. Zo zal een type A-persoonlijkheid eerder opvallen in de Marokkaanse Rif of in Laos, maar naadloos passen bij de culturele verwachting rond *high performers* in de VS. En een afhankelijke of vermijdende persoonlijkheid kan opvallen in Noord-Europa, maar hoeft geen vragen op te roepen in collectivistische, sociocentrische of interdependente (sub)culturen, waar autonomie en individualisering minder centrale waarden vormen.

Hyman (2007) liet nog een ander geluid horen. Hij vond dat een dimensionele benadering goed aansluit bij de polygenetische vererving van psychische stoornissen. Volgens hem paste een dimensionele benadering naadloos bij stoornissen zoals depressie, schizofrenie, autisme, ADHD en persoonlijkheidsstoornissen. Hij sloot daarmee aan bij een traditie in de persoonlijkheidspsychologie. Deze volgt enerzijds het model van Kernberg, met zijn continuüm van een psychotische, via de borderline naar een neurotische structuur. En anderzijds sluit hij aan bij een traditie waarin persoonlijkheidsonderzoek plaatsvindt vanuit een meer fenomenologische invalshoek (Verboom 2010).

Bij onderzoek in talloze culturen traden vijf persoonlijkheidskenmerken (*traits*) op de voorgrond, de zogenoemde *big five*, bestaande uit de factoren neuroticisme, extraversie, openheid, altruïsme en consciëntieusheid. Met uitzondering van landen zoals Botswana, Ethiopië, Libanon, Maleisië, Puerto Rico en Uganda werden de vijf factoren in 50 culturen gerepliceerd (McCrae &

Terracciano 2005). De *big five* zouden moeten resulteren in zes dimensies in de DSM-5: negatieve emotionaliteit, introversie, antagonisme, disinhibitie, compulsiviteit en schizotypie. Een enquête onder onderzoekers op het gebied van persoonlijkheidsstoornissen liet zien dat driekwart van mening was dat een dimensionele classificatie inderdaad beter zou zijn (Bernstein e.a. 2007).

Echter, ondanks de breed erkende problemen rond de huidige taxonomie blijkt er onverwacht grote weerstand te bestaan onder klinici en onderzoekers (Livesley 2011). Een scherp commentaar in de *American Journal of Psychiatry* (Shedler e.a. 2010) hekelt het DSM-5-voorstel voor persoonlijkheidsstoornissen vanwege zijn 5 niveaus van persoonlijkheidsfunctioneren, zijn 5 persoonlijkheidstypes, de ratingschalen voor 6 persoonlijkheidskenmerken (*traits*), en de 4-10 subschalen voor het beoordelen van de staterating per persoonlijkheidskenmerk.

Clinici missen de herkenbare categorische prototypes uit hun dagelijkse praktijk en schamperen over psychologen die onderzoek doen onder normale populaties zoals studenten. Zij missen de narcistische, de paranoïde, de afhankelijke en de hysterische persoonlijkheidsstoornis en betwijfelen het klinische nut van de nieuwe classificatie, die de persoonlijkheidsstoornis overigens gaat onderbrengen bij as I. Het is goed mogelijk dat deze kritische klinici zich meer thuis zullen voelen bij de toekomstige ICD-11, die klinisch nut centraal stelt.

DISCUSSIE

Meer invloed culturele component in DSM-5

De twee aangehaalde voorbeelden belichten de relatie tussen cultuur en psychodiagnostiek bij de totstandkoming van de DSM-5. De culturele formulering (CF) en het CFI leveren een genuanceerder beeld op van een patiënt en kunnen helpen de therapeutische relatie op gang te brengen. De CF kan een hulpverlener bovendien tot het inzicht brengen dat cultuur niet alleen een rol speelt in

het contact met een Turkse of Marokkaanse Nederlander, maar even goed bij een inwoner van de bijbelgordel of een Limburger in de Randstad. De CF kan verhelderen dat cultuur invloed heeft op een aantal processen: cultuur definieert bronnen van stress, verandert de kwaliteit van de ziektebeleving, beïnvloedt de interpretatie van symptomen en hun cognitieve en sociale impact, biedt copingmodellen aan, stuurt hulpzoekgedrag en de therapierespons, en reguleert sociale reacties op distress en op beperkingen. Een hulpverlener kan aan de hand van het CFI bovendien leren om cultuur waar te nemen door de ogen van zijn of haar patiënt. Dit proces kan hem helpen de angst voor het vreemde te transformeren in nieuwsgierigheid.

De meeste klinici die met migranten en vluchtelingen werken, hebben de afgelopen decennia een methode ontwikkeld om de dynamiek en afstemming van verklarende modellen en het belang van identiteit en socioculturele context in kaart te brengen. Voor sommigen, en zeker voor mensen in opleiding, is het culturele interview een bruikbare leidraad om zich in 'de ander' te verdiepen. Kortom, de CF was en is voor velen een nuttige toevoeging aan de DSM-IV en zal in de DSM-5 als klinisch-culturele bijdrage waarschijnlijk aan kracht winnen.

Persoonlijkheidsstoornissen als illustratie van complexiteit

Het voorbeeld van de persoonlijkheidsstoornissen daarentegen illustreert de complexiteit van de ontwikkeling van DSM-5. Het geschetste debat toont de kloof tussen wetenschappers, klinici en managers. Wetenschappers willen recente wetenschappelijke inzichten vertalen in het nieuwe classificatiesysteem. Zij zijn de 'voegers' tegenover 'splitsers' die hangen aan overzichtelijke categorieën die vertaalbaar zijn naar de dagelijkse praktijk, diagnose-behandelcombinaties of bijpassende farmacotherapie. Echter, niet alle wetenschappers hebben een voorkeur voor een categorisch-dimensioneel systeem. Ook zij kunnen

voorstanders zijn van het handhaven van een categorische indeling, bijvoorbeeld om te voorkomen dat hun longitudinale onderzoeksbestanden verdampen in nieuwe diagnostische indelingen.

De persoonlijkheidsstoornis leek de laatste jaren het prototype te worden van een geslaagde dimensionele toevoeging aan DSM-5. Maar het recente debat in *Journal of Personality Disorders* en *American Journal of Psychiatry* laat zien dat het geen gelopen race is. Misschien legt de DSM-5 de lat te hoog en zou het verstandig zijn de pragmatischer koers van de ICD te volgen totdat de wetenschap een aantal fundamentele dilemma's heeft opgelost.

Systeem met drie typen symptomen?

Hoe zou een nieuw systeem eruit kunnen zien? Volgens mij moeten wij de droom van een universele classificatie loslaten. Ik stel mij een internationaal dimensioneel-categorisch systeem voor met type A-, B- en C-symptomen (de Jong e.a. 2005). Type A behelst een beperkt aantal spectrumstoornissen en stoornissen die aan het tweede validiteitscriterium van Kendell en Jablensky (2003) voldoen. Ze zijn gebaseerd op universele neurobiologische, moleculair-genetische, biologische, neurochemische, neurofysiologische en cognitief-neurologische karakteristieken. Type B-symptomen zijn de lokale modulaties van type A-stoornissen die de komende decennia wereldwijd zichtbaar zullen worden door cultureel neurowetenschappelijk onderzoek.

Type C beschrijft de symptomen die een uitdrukking zijn van cultuurspecifieke processen met cultuurspecifieke symptomen en lokale syndromen zoals idioms of distress en cultuurspecifieke somatisaties bij een bevolkingsgroep of een specifieke subgroep zoals vluchtelingen uit een bepaalde regio.

De culturele en sociale neurowetenschappen kunnen een revolutionaire verandering betekenen en wijzen op talloze neurobiologische variaties wereldwijd die ons denken over farmacologie, psychotherapie en epidemiologie radicaal zouden

kunnen veranderen. Echter, voorlopig moeten we ons misschien tevreden stellen met het huidige kwartetspel rond de DSM-criteria en zullen we moeten wachten op een nieuwe generatie onderzoeksgegevens om een echte paradigmawisseling tot stand te brengen bij de DSM-6.

LITERATUUR

- APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
- APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (Appendix I, Cultural Formulation). New York: American Psychiatric Association; 1994. p. 843-4.
- Baldessarini RJ. American biological psychiatry and psychopharmacology, 1944-1994. In: Menninger RW, Nemiah JC (Red.), American psychiatry after WWII: 1944-1994. Washington: American Psychiatric Press; 2000, p. 371-412.
- Barlow DH. Anxiety and its disorders. New York: Guilford; 1988.
- Bernstein DP, Iscan C, Maser F. Opinions of personality disorder experts regarding the DSM-IV personality disorders classification system. *J Personal Disorders* 2007; 21: 536-51.
- Borra R, van Dijk R, Rohlf H (Red.). Cultuur, classificatie en diagnose. Cultuursensitief werken met de DSM IV. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2002.
- Byrne M, Agerbo E, Eaton WW, Mortensen PB. Parental socioeconomic status and risk of first admission with schizophrenia – a Danish national register based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 87-96.
- Cantor-Graae E, Selten, JP. Schizophrenia and migration: A meta-analysis and review. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 12-24.
- Chiao JY. Cultural neuroscience: a once and future discipline. *Prog Brain Res* 2009; 178: 287-304.
- Dehue T. De depressie-epidemie. Amsterdam: Augustus; 2008.
- Dutta R, Greene T, Addington J, McKenzie K, Phillips M, Murray RM. Biological, life course, and cross-cultural studies all point toward the value of dimensional and developmental ratings in the classification of psychosis. *Schizophr Bull* 2007; 33: 868-76.
- Fearon P, Kirkbride JP, Morgan C, Dazzan P, Morgan K, Lloyd T, e.a. Incidence of schizophrenia and other psychoses in ethnic minority groups: Results from the MRCAESOP study. *Psychol Med* 2007; 36: 1541-50.
- Health Care Commission. 'Count me in' – National Mental Health & Learning Disability Census 2006. London: Health Care Commission; 2007.
- Helzer JE, Kraemer HC, Krueger RF, Wittchen HU, Sirovatka PJ, Regier DA. Dimensional approaches in diagnostic classifications. Refining the research agenda for DSM-C. Arlington: American Psychiatric Association; 2007.
- Horwitz AV. Creating mental illness. Chicago: University of Chicago Press; 2002.
- Horwitz AV, Wakefield JC. The loss of sadness. How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder. Cary: Oxford University Press; 2008.
- Hyman SE. Can neuroscience be integrated into the DSM-V? *Nat Rev Neurosci* 2007; 8: 725-32.
- Jong de JTVM. Psychodiagnostiek bij Allochtonen: vragen om moeilijkheden? *Maandblad Geestelijke Gezondheidszorg* 1996; 5: 483-98.
- Jong J de. Van de inferieure frontaalkwab van de inboorling tot culturele Neurowetenschap. *Anderhalve eeuw psychopathologie en cultuur. Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 2010a; 65: 992-1006.
- Jong J de. Genetica en etnopsychofarmacologie. In: de Jong J, Colijn S (red). *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie. Utrecht: de Tijdstroom; 2010b: p. 39-55.*
- Jong J de, Colijn S (red.) *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie. Utrecht: de Tijdstroom; 2010.*
- Jong J de, Reis R, Poortinga Y. Onderzoeksmethodologie. In: de Jong J, Colijn S (red). *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie. Utrecht: de Tijdstroom; 2010. pp. 269-89.*
- Jong JTVM de, Komproe IH, Spinazzola J, van der Kolk B, van Ommeren M. DESNOS in four post conflict settings: cross-cultural construct equivalence. *J Traum Stress* 2005; 18: 13-23.
- Jongedijk RA. Psychiatrische diagnostiek en het DSM-systeem. Een kritisch overzicht. *Tijdschr Psychiatrie* 2001; 43: 5: 309-39.
- Kendell RE. Clinical validity. *Psychol Med* 1989; 19: 45-55.
- Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 4-12.
- Kendler KS, Neale MC, Walsh D. Evaluating the spectrum concept of schizophrenia in the Roscommon Family Study. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 749-54.
- Kendler KS. Genetic epidemiology in psychiatry. Taking both genes and environment seriously. *Arch General Psychiatry* 1995; 52: 895-9.

- Kendler KS. 'A gene for...': The nature of gene action in psychiatric disorders. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1243-52.
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, e.a. Life-time and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the USA: Result from the national comorbidity study. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 8-19.
- Kessler R, Stang PE, Wittchen HU, Ustun TB, Roy-Byrne PP, Walters EE. Lifetime panic-depression comorbidity in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 801-8.
- Krueger RF. Structure of common mental disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 921-6.
- Kupfer DJ, First MB, Regier DA. A research agenda for DSM-V. Washington: APA; 2002.
- Kupfer DJ, Regier DA, Kuhl EA. On the road to DSM-V and ICD-11. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2008; 258 (Suppl. 5): 2-6.
- Lewis-Fernández R. The Cultural Formulation. *Transcult Psychiatry* 2009; 46: 3: 379-82.
- Livesley WJ. The current state of personality disorder classification: introduction to the special feature on the classification. *J Pers Disord* 2011; 25: 269-78.
- McCrae RR, Terracciano A. Personality profiles of cultures: aggregate personality traits. *J Pers Soc Psychol* 2005; 89: 407-25.
- Merikangas KR, Angst J, Eaton W, Canino G, Rubio-Stipec M, Wacker H, e.a. Comorbidity and boundaries of affective disorders with anxiety disorders and substance misuse: results of an international task force. *Br J Psychiatry* 1996; 168: 58-67.
- Os J van. Saliency syndrome replaces schizophrenia in DSM-V and ICD-11: psychiatry's evidence-based entry into the 21st century? *Acta Psychiatr Scand* 2009; 120: 363-72.
- Os J van, Kenis K, Rutten BBF. The environment and schizophrenia. *Nature* 2010; 468: 203-12.
- Praag HM van. Diagnosing depression – looking backward into the future. *Psychiatr Dev* 1989; 7: 375-94.
- Regier DA, Kuhl EA, Narrow WE, Kupfer DJ. Research planning for the future of psychiatric diagnosis. *Eur Psychiatry* 2011; doi: 10.1016/j.eurpsy.2009.11.013.
- Rohlf H, Groen S. De Cultural Formulation of Diagnosis. In: de Jong J, Colijn S (red). *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie*. Utrecht: de Tijdstroom; 2010.
- Shedler J, Beck A, Fonagy P, Gabbard GO, Gunderson J, Kernberg O, e.a. Personality disorders in DSM-5. *Am J Psychiatry* 2010; 167: 1026-8.
- Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement. a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2009; 302: 5: 537-49.
- Van Korff M, Crane PK, Alonso J, Vilagut G, Angermeyer MC, Bruffaerts R, e.a. Modified WHO DAS-II provides valid measure of global disability but filter items increased skewness. *J Clin Epidemiol* 2008; 61: 1132-43.
- Veling W, Susser E, van Os J, Mackenbach JP, Selten JP, Hoek HW. Ethnic density of neighborhoods and incidence of psychotic disorders among immigrants. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 66-73.
- Verboom, R. Psychodiagnostisch testonderzoek. In: de Jong J, Colijn S (red). *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie*. Utrecht: de Tijdstroom; 2010.
- Wakefield J. Disorder as harmful dysfunction: a conceptual critique DSM-III-R's definition of mental disorder. *Psychol Rev* 1992; 99: 232-47.
- Wittchen HU. What is comorbidity – fact or artefact? *Br J Psychiatry* 1996; 30 (suppl.): 7-8.
- Zandi T, Havenaar JM, Smits M, Limburg-Okken AG, van Es H, Cahn W, e.a. First contact incidence of psychotic disorders among native Dutch and Moroccan immigrants in the Netherlands: influence of diagnostic bias. *Schizophr Research* 2010; 119: 27-33.

AUTEUR

JOOP DE JONG is hoogleraar Culturele en Internationale Psychiatrie, Institute for Social Science Research, UvA, VU mc, Amsterdam, hoogleraar Psychiatrie, Boston University, en gasthoogleraar, Rhodes University, Grahamstown, Zuid-Afrika.

Correspondentieadres: prof. dr. Joop de Jong, Keizersgracht 329, 1016 EE Amsterdam.

E-mail: jtvmdjong@gmail.com

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 7-3-2012.

SUMMARY

DSM-5 and culture – J.T.V.M. de Jong –

BACKGROUND The leading diagnostic classification system used in the Dutch mental health care system is the DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). The next version, DSM-5, will probably be published in 2013. The new version aims to pay more attention to cultural diversity; this will have implications for treatment and research.

AIM To discuss the most important aspects of DSM-5 that have culture relevance.

METHOD A Medline search was conducted for the period 1990–2011 on the basis of the search terms ‘DSM’, ‘ICD’, ‘DSM-classification’, ‘psychiatric classification’, ‘psychiatric diagnosis’, ‘culture’ and ‘diversity’.

RESULTS Taking the example of depression and anxiety, one must conclude that the diagnostic system does not achieve its aims. It might be possible to compensate for this shortcoming by introducing a dimensional-categorical system. Such a system would be particularly important for cultural psychiatry and psychology in relation to matters such as subsyndromal symptom categories, experience of illness, behaviour during illness, the transition from normality to deviancy, culturally responsive research, and links to cultural neuroscience.

CONCLUSION It looks as if such a major paradigm shift will not occur until DSM-6.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)9, 807-818]

KEY WORDS cultural sensitivity, culture, DSM-5, psychiatric classification system, validity