

Culturele bias in de beoordeling van negatieve symptomen?

Diagnostische observaties van Surinaamse patiënten door Surinaamse en Nederlandse psychiaters

J.P.A.M. BOGERS, A.W. GOEDHART, P.J. HERMANS

ACHTERGROND In de DSM-IV worden diagnostici gewaarschuwd zich bewust te zijn van de invloed van culturele verschillen bij diagnostische beoordelingen. Deze waarschuwing zou concreter worden als bekend zou zijn welke diagnostische observaties beïnvloed kunnen worden door welke culturele verschillen.

DOEL Identificatie van diagnostische observaties van negatieve symptomen van schizofrenie die vatbaar zijn voor culturele verschillen tussen Nederlanders en Surinamers.

METHODE De verslaglegging van negatieve symptomen door Nederlandse en Surinaamse psychiaters in 33 respectievelijk 31 dossiers van Surinaamse patiënten met schizofrenie werd vergeleken.

RESULTATEN Nederlandse psychiaters noteerden vaker informatie over de symptomen inhoudelijke spraakarmoede, affectieve reacties, sociale aandacht en seksuele belangstelling. Surinaamse psychiaters noteerden vaker informatie over het symptoom weinig gelaatsuitdrukking. Het symptoom inadequaat affect werd door Surinaamse psychiaters gemiddeld als ernstiger beoordeeld. De gemiddelde beoordeling van de ernst van het geheel van negatieve symptomen bleek niet te verschillen.

CONCLUSIE De in dit exploratieve onderzoek gevonden verschillen in dossieraantekeningen kunnen verklaard worden door culturele verschillen in communicatiestijl en suggereren een negatieve invloed van culturele afstand op de waarneming van emotionele expressies en het verloop van de interactie. Culturele verschillen lijken geen invloed te hebben op de totale beoordeling van de ernst van negatieve symptomatologie.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 45 (2003) 4, 203-210]

TREFWOORDEN culturele bias, diagnostiek, negatieve symptomen, schizofrenie, Surinamers

In de DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) wordt gewaarschuwd voor specifieke problemen als DSM-IV-classificaties worden gebruikt bij de diagnostische beoordeling van patiënten die een andere culturele achtergrond

hebben dan de clinicus. Om het risico van culturele bias in de diagnostiek te beperken, geeft de handleiding informatie over de invloed die culturele elementen blijken te kunnen hebben op de inhoud en de vorm van de symptomatologie als-

mede aanwijzingen voor het opstellen van een *cultural formulation* (appendix I). In een culturele formulering wordt de culturele achtergrond van de betrokkene beschreven, opdat de implicaties daarvan voor diagnostische beoordelingen en behandelindicaties expliciet in beschouwing kunnen worden genomen.

Over de invloed van culturele elementen op de klinische presentatie van stoornissen die zijn opgenomen in de DSM-IV classificaties is gedetailleerde informatie beschikbaar. Zo is bekend dat bij negroïde patiënten met schizofrenie vaker verminderde expressie van affect en vaker inadequate affect wordt geobserveerd dan bij blanke patiënten met schizofrenie (Adebimpe 1981; Scott & Gaitz 1975; Welner e.a. 1973). Echter, over de invloed van culturele elementen op diagnostische beoordelingen van een clinicus met een andere culturele achtergrond dan de patiënt is, door de veelheid van mogelijke culturele verschillen, nauwelijks informatie beschikbaar. In de handleiding van de DSM-IV wordt volstaan met enkele voorbeelden van culturele bias door onbekendheid met culturele invloeden. Zo wordt er op gewezen dat bepaalde religieuze praktijken of belevingen niet als manifestaties van een psychotische stoornis mogen worden begrepen.

Toch zou de clinicus bij het opstellen van een culturele formulering al enig inzicht moeten hebben in de culturele elementen die zijn diagnostische beoordelingen zouden kunnen beïnvloeden en daarom moeten worden opgenomen in deze formulering. In het hier gepresenteerde onderzoek werd geïnventariseerd bij welke negatieve symptomen er verschillen in benadering of beoordeling te vinden zijn tussen Surinaamse respectievelijk Nederlandse psychiaters in hun onderzoek van Surinaamse patiënten met schizofrenie. Omdat pregnante culturele verschillen tussen Surinamers en Nederlanders gewoonlijk verband houden met verschillen in communicatiestijl (Mesquita 1996), zal in de discussie worden ingegaan op de vraag in hoeverre verschillen in communicatiestijl verantwoordelijk zijn voor de gevonden verschillen op het diagnostische vlak.

Daarnaast zal aandacht worden besteed aan de vraag of de relatief hoge incidentie van schizofrenie bij Surinamers in Nederland, zoals die door Selten e.a. (1997) is gevonden, mogelijk mede voortkomt uit een zekere culturele bias in de psychiatrische diagnostiek (Bogers 1996).

Culturele verschillen in communicatiestijl (met elementen als omgangsvormen, taalgebruik en emotionele expressie), kunnen op twee manieren bijdragen aan culturele bias: indirect via hun invloed op het verloop van de interactie en op de daarbij verkregen observaties (Hermans & De Jong 1992); en direct in de waardering (beoordeling) van symptomen als '(on)belangrijk' of '(niet-)centraal'. Deze waardering wordt immers mede bepaald door de mate waarin de symptomen afwijken van gangbare culturele normen (Spitzer 2001; Kortmann 1989, 1995). In het onderhavige onderzoek werd verondersteld dat deze beide invloeden tot uitdrukking komen in verschillen in dossieraantekeningen van Nederlandse respectievelijk Surinaamse psychiaters over negatieve symptomen bij Surinaamse patiënten met schizofrenie. Er waren twee redenen voor het analyseren van juist dossieraantekeningen over negatieve symptomen: ten eerste omdat negatieve symptomen minder dominant aanwezig zijn, waardoor over negatieve symptomen genuanceerd en nauwkeurig gedacht moet worden en dossieraantekeningen over deze symptomen gevoeliger zijn voor mogelijke culturele bias; en ten tweede omdat deze symptomen redelijk constant aanwezig zijn en de beschrijving ervan in het dossier niet of nauwelijks zal afhangen van toevallige omstandigheden.

Een belangrijk voordeel van de gekozen descriptieve onderzoeksopzet boven een experimentele opzet is dat de generaliseerbaarheid naar de dagelijkse praktijk groter is. Bij een experiment worden de patiënten door een clinicus met dezelfde en door een clinicus met een verschillende culturele achtergrond onderzocht en worden zowel de clinicus als de patiënt beïnvloed door sociaal-psychologische factoren verbonden aan het meewerken aan een experiment (Rosenthal 1966). In

een observationele onderzoeksopzet worden daarentegen *unobtrusive* (niet voor de proefpersonen merkbare) metingen van verschillen verkregen. Een andere voordeel van deze onderzoeksopzet is dat verschillen in de waardering van symptomen beter tot uitdrukking kunnen komen dan in een experiment. Een belangrijk nadeel van de gekozen onderzoeksopzet is echter dat twee verschillende groepen van patiënten met schizofrenie worden vergeleken, waardoor eventuele verschillen ook veroorzaakt kunnen worden door systematische verschillen tussen de beide groepen van patiënten. Door een betrekkelijk groot aantal dossiers te onderzoeken wordt de kans op systematische verschillen tussen beide groepen echter minder groot.

METHODE

Onderzoeksgroepen Uit de archieven van de kliniek van 's Lands Psychiatrisch Ziekenhuis (LPZ) te Paramaribo en van de kliniek van de stichting Mentrum te Amsterdam werden door middel van loting 31 respectievelijk 33 dossiers getrokken van patiënten met als geboorteland Suriname en de diagnose schizofrenie, met een opnamedatum tussen 1986 en 1995. De 31 dossiers uit Suriname bevatten psychiatrische beoordelingen door Surinaamse psychiaters (in opleiding); de 'Surinaamse groep'. De 33 dossiers uit Nederland bevatten psychiatrische beoordelingen door Nederlandse psychiaters (in opleiding); de 'Nederlandse groep'. Alle geselecteerde dossiers waren bruikbaar voor het onderzoek: de opbouw van de dossiers was zoals gebruikelijk in de Nederlandse praktijk en voldoende symptomen waren duidelijk opgetekend, zodat een helder beeld van de patiënt werd verkregen. De dossiers bleken merendeels betrekking te hebben op mannen (90% van de Surinaamse groep, 73% van de Nederlandse groep), de etnische achtergrond was meestal Creools (71% respectievelijk 70%) en de burgerlijke staat was meestal ongehuwd (93% respectievelijk 73%). Het aantal patiënten met een beroep was in de Surinaamse groep iets kleiner: 15

(48%) tegen 23 (70%), maar het aantal patiënten met een baan was iets groter: 7 (23%) tegen 3 (9%). Een serie chi-kwadraattoetsen (met continuïteitscorrectie) liet zien dat de patiëntengroepen op geen van deze kenmerken significant ($p < 0,05$) verschillen. Een t-toets liet zien dat de gemiddelde leeftijden van de Surinaamse (29,8 jaar; standaarddeviatie (SD) 8,62) en de Nederlandse groep (31,1 jaar; SD 9,87) evenmin significant verschillen. De leeftijdsrange van de hele groep was 18-57 jaar.

Meetinstrument en procedure De analyse van de dossiers werd verricht door de eerste auteur. De *Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)* (Andreasen & Olsen 1982; Kuipers & Linszen 1988), in aangepaste vorm ('inadequaate affect als positief symptoom', Toomey e.a. 1997) werd gebruikt als instrument voor het dossieronderzoek. Sinds haar verschijning is de SANS iets gewijzigd. Item 6 (inadequaate affect) wordt door Andreasen niet meer als een negatief, maar als een positief symptoom aangeduid (Toomey e.a. 1997). Door Lenzenweger e.a. (1991) werd een aanpassing van de SANS voor een vergelijkbaar doel gebruikt. De SANS heeft voor de beoordeling van negatieve symptomen op basis van *case histories* een goede interwaarnemersbetrouwbaarheid (Lenzenweger e.a. 1991). De 20 observatie-items van de SANS (zie tabel 1) werden, nadat het dossier zorgvuldig was doorgenomen op expliciete vermeldingen van de betreffende negatieve symptomen en alle informatie genoteerd was, gescoord op de 6-puntschaal van de SANS: 'niet aanwezig' (0), 'dubieus' (1), 'gering' (2), 'matig' (3), 'opvallend' (4) of 'ernstig' (5). Wanneer geen informatie over een item beschikbaar was, werd geen score toegekend.

Statistische analyse De chi-kwadraattoets met continuïteitscorrectie werd gebruikt bij toetsing van verschillen in aanwezigheid van informatie over de negatieve symptomen. Als het verwachte aantal in een der cellen < 5 was, werd Fishers exact-test gebruikt. De Mann-Whitney-U-toets werd gebruikt om te toetsen of er sprake was van ver-

TABEL 1 Surinaamse en Nederlandse dossiers met informatie over de observatie-items van de Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)

Item	Aantal (%) dossiers met informatie		chi-kwadraattoets*: p-waarde
	Surinaamse dossiers	Nederlandse dossiers	
1. Gelaatsuitdrukking	16 (52)	8 (24)	0,045
2. Spontane bewegingen	14 (45)	22 (67)	0,139
3. Expressieve gebaren	1 (3)	1 (3)	1,00**
4. Oogcontact	13 (42)	13 (39)	1,00
5. Affectieve non-respons	21 (68)	32 (97)	0,006
6. Inadequaat affect	24 (77)	19 (58)	0,155
7. Vocale intonatie	0 (0)	3 (9)	0,239**
10. Spraakarmoede	22 (71)	20 (61)	0,543
11. Inhoudelijke spraakarmoede	4 (13)	20 (61)	0,0002
12. Sperrung	2 (7)	7 (21)	0,150**
13. Latentie bij antwoorden	5 (16)	11 (33)	0,194
16. Verzorging en hygiëne	31 (100)	33 (100)	n.v.t.
17. Doorzettingsvermogen	28 (90)	32 (97)	0,347**
18. Lichamelijke activiteit	31 (100)	31 (94)	0,493**
21. Vrijtijdsbesteding	31 (100)	29 (88)	0,114**
22. Seksuele belangstelling en activiteit	2 (7)	10 (30)	0,034
23. Intimiteit en nabijheid	29 (94)	32 (97)	0,607**
24. Vrienden en leeftijdsgenoten	31 (100)	32 (97)	1,00**
27. Sociale aandacht	20 (65)	29 (88)	0,056
28. Aandacht mentale test	0 (0)	2 (6)	0,493**

*met continuïteitscorrectie

**Fishers exacttest, tweezijdig (indien het verwachte aantal in een cel < 5)

schillen in de beoordeling van de ernst van de symptomen op basis van de dossieraantekeningen van Surinaamse en Nederlandse psychiaters.

RESULTATEN

De aanwezigheid van informatie over negatieve symptomen Zoals blijkt uit tabel 1 werd slechts bij uitzondering informatie gevonden over de items 3, 7 en 28. De items 3 en 7 worden door alle psychiaters waarschijnlijk als minder belangrijk gezien, item 28 is vermoedelijk zelden observeerbaar. Over de meeste items werd even vaak in-

formatie gevonden in de Surinaamse als in de Nederlandse dossiers. Over item 1 werd significant vaker informatie aangetroffen in de Surinaamse dossiers; in Nederlandse dossiers werd vaker informatie gevonden over items 5, 11 en 22, alsmede iets vaker (trend) over item 27 (tabel 1).

De beoordeling van de ernst van de symptomen De ernst van de negatieve symptomen kon slechts beoordeeld worden voor zover dossieraantekeningen over de betreffende symptomen werden gevonden. Uit tabel 1 blijkt dat over 6 van de 20 obser-

vatie-items (de items 3, 7, 12, 13, 22 en 28) te weinig aantekeningen werden gevonden om een vergelijking te maken met betrekking tot de ernst van de symptomen. Bij vergelijking van de ernstscores van de 14 overige observatie-items werd bij 1 item een significant verschil en bij 2 items een mogelijke trend ($p < 0,10$) gevonden. De aantekeningen van Surinaamse psychiaters bleken als regel een ernstiger mate van 'inadequaat affect' (item 6) te beschrijven dan de aantekeningen van Nederlandse psychiaters (gemiddelde score bij de 24 Surinaamse dossiers 3,0; van de 19 Nederlandse dossiers 2,3): Mann-Whitney-U-test, $p < 0,05$. Daarnaast leken de gegevens in Surinaamse dossiers tot iets ongunstiger (hogere) beoordelingen van item 4 (oogcontact) te leiden: Mann-Whitney-U-test, $p < 0,10$. De gegevens in Nederlandse dossiers leken tot iets ongunstiger beoordelingen van item 23 (vermogen om intimiteit en nabijheid te voelen) te leiden: Mann-Whitney-U-test, $p < 0,10$.

Ten slotte werd de gemiddelde itemscore van de 14 observatie-items bepaald. Indien de score op een item ontbrak, werd een vervangende score gebruikt, namelijk het gemiddelde van de som van het gemiddelde van de bij dat dossier wel gescoorde items uit de groep van 14 items en het gemiddelde van het item in de betreffende groep (Surinaamse of Nederlandse dossiers). Uit simulatieonderzoek blijkt dat deze vervangende score in de regel adequaat is (Bethlehem & Van Buuren 2001). De zo verkregen gemiddelde itemscores werden vergeleken met de gemiddelde itemscore over dezelfde 14 items die door Peralta & Cuesta (1995) werd gevonden in een onderzoek bij 253 Spaanse patiënten met de diagnose schizofrenie waarbij de gegevens uit een klinisch interview en dossieraantekeningen werden gebruikt. De gemiddelde itemscore uit het onderzoek van Peralta & Cuesta (2,33; $SD = 1,64$) bleek nauwelijks (minder dan 0,2 SD) te verschillen van de gemiddelde itemscore van alle dossiers in dit onderzoek (2,05), wat enige ondersteuning biedt voor de geldigheid van de in dit onderzoek verkregen gegevens. Ten slotte werden de gemiddelde itemscores van de

Surinaamse en Nederlandse groep vergeleken. Deze bleken vrijwel identiek te zijn (2,07 respectievelijk 2,04).

DISCUSSIE

Uit de vergelijking van de aantekeningen van Surinaamse en Nederlandse psychiaters over negatieve symptomen bij Surinaamse patiënten met schizofrenie bleek dat Nederlandse psychiaters significant meer aantekeningen maakten over inhoudelijke spraakarmoede, affectieve (non)responsiviteit en seksuele beleving en activiteit en (als trend) meer aantekeningen over sociale aandacht. Daarnaast werd in de Nederlandse dossiers een ongunstiger beoordeling (hogere ernstscore; trend) van het vermogen tot intimiteit en nabijheid gevonden. Door de Surinaamse psychiaters werden significant meer aantekeningen gemaakt over onveranderde gelaatsuitdrukking, en een significant ongunstiger beoordeling van inadequaat affect en (als trend) een ongunstiger beoordeling van het oogcontact.

Deze resultaten wijzen erop dat Nederlandse psychiaters vaker tekorten in *communicatieve vermogens* signaleren en Surinaamse psychiaters vaker *bijzonderheden in de affectieve expressie*. De gemiddelde ernstscores van de 14 (van de 20) observatie-items waarover voldoende aantekeningen werden gevonden, bleken in beide groepen vrijwel gelijk te zijn. In dit onderzoek werden dus geen aanwijzingen gevonden voor culturele bias in de beoordeling van de ernst van de totale negatieve symptomatologie.

De bevinding dat Nederlandse psychiaters meer aandacht gaven aan tekorten in *communicatieve vermogens*, terwijl Surinaamse psychiaters vaker informatie gaven over *bijzonderheden in de affectieve expressie*, wijst op de relevantie van culturele verschillen in *communicatiestijl*. De Surinaamse en Nederlandse *communicatiestijlen* verschillen op alle door Shadid (1998) beschreven *bipolaire dimensies*: (1) *direct versus indirect*: Nederlanders maken hun bedoelingen bij voorkeur *direct* kenbaar, Surinamers bij voorkeur

indirect; (2) uitgebreid versus beknopt: de Surinaamse communicatiestijl wordt meestal gekenmerkt door een rijk en expressief taalgebruik en het nauwelijks voorkomen van understatement, stiltes en pauzes in de conversatie. Tussen die uitersten ligt de zogenaamde precieze stijl die door Nederlanders het meest gebruikt wordt; (3) persoonlijk versus contextueel: Nederlanders zijn sterker geneigd om een eigen identiteit, een 'ik-identiteit', tot uitdrukking te brengen, terwijl Surinamers meer op de onderlinge verhoudingen letten en een 'rol-identiteit' tot uitdrukking zullen brengen; (4) instrumenteel versus affectief: Nederlanders gebruiken een doelgerichte communicatie waarin verbale uitingen centraal staan, Surinamers gebruiken een meer procesgerichte communicatie waarin expressieve, non-verbale uitingen een centrale functie hebben.

De verschillen in cultureel bepaalde communicatiestijl leiden gemakkelijk tot verschillen in aandacht voor en waardering van enkele negatieve symptomen en het positieve symptoom 'inadequaate affect'. Een Nederlandse psychiater zal bijvoorbeeld, onwennig in een ontmoeting van twee culturen, gemakkelijk op het eigen referentiekader terugvallen (Richters 1993). Binnen dat referentiekader wordt een grote waarde toegekend aan directe, precieze en instrumentele communicatie, waardoor een Nederlandse psychiater vaker dan een Surinaamse collega 'inhoudelijke armoede van de spraak' (vaag, abstract, herhalingen, uitgebreid) zal registreren. Met betrekking tot het grotere aantal aantekeningen door Nederlandse psychiaters over 'affectieve non-responsiviteit' en 'sociale inattentie' en hun mogelijk ongunstiger beoordeling (trend) van het vermogen om intimiteit en nabijheid te voelen, moet worden bedacht dat - zoals Mesquita (1996) duidelijk heeft gemaakt - het delen van emoties begrepen moet worden als een vorm van zelfpresentatie, zoals bedoeld in de derde dimensie van Shadid (1998). Uit haar onderzoek bleek dat Creoolse Surinamers vrijwel alle onderzochte emotionele situaties in mindere mate deelden dan Nederlanders. Daarnaast werden Surinaam-

se deelgenoten als meer betrokken ervaren dan Nederlandse deelgenoten, zoals mocht worden verwacht vanwege het stijlverschil affectief versus instrumenteel. Ten slotte kan worden opgemerkt dat ook het grotere aantal aantekeningen over het gevoelige onderwerp 'seksuele belangstelling en activiteit' past bij de meer directe en doelgerichte Nederlandse communicatiestijl.

De grotere aandacht van Surinaamse psychiaters voor emotionele expressie past bij het affectieve karakter van de Surinaamse communicatiestijl (de vierde dimensie van Shadid). Het grotere aantal aantekeningen over 'onveranderlijke gelaatsuitdrukking' en de ongunstiger beoordelingen van 'inadequaate affect' en, in mindere mate, 'gering oogcontact' (trend) past bovendien bij de resultaten van eerder onderzoek waarin bij negroïde patiënten (de meeste patiënten in dit onderzoek) vlak affect werd beschreven (Adebimpe 1981; Scott & Gaitz 1975; Welner e.a. 1973) en positieve symptomen (zoals 'inadequaate affect') nadrukkelijk aanwezig bleken te zijn (Adebimpe 1981; Adebimpe e.a. 1981; Chu e.a. 1985).

Bij de interpretatie van de gevonden verschillen in dossieraantekeningen als weerspiegeling van cultureel bepaalde verschillen in communicatiestijl, moet worden opgemerkt dat ook andere interpretaties mogelijk zijn. Gedacht kan worden aan verschillen in opleiding of theoretische oriëntatie tussen de Surinaamse en Nederlandse psychiaters. Wij vonden echter geen aanwijzingen voor grote verschillen tussen beide groepen van psychiaters: de dossiers kenden in het algemeen dezelfde opbouw en bleken vrijwel evenveel informatie te bevatten over negatieve symptomen. Ook kan worden gedacht aan verschillen tussen beide patiëntengroepen. Maar ook op dat punt vonden wij weinig houvast: er werden geen significante verschillen gevonden in demografische variabelen en de gemiddelde ernst van de negatieve symptomen.


Een andere opmerking bij dit onderzoek heeft betrekking op de gevonden verschillen met betrekking tot de ernst van negatieve symptomen. Het wel of niet aanwezig zijn van aanteeke-

ningen over een negatief symptoom kan worden aangemerkt als een objectief waarneembaar gegeven, maar een zekere bias in de beoordeling van de mate van ernst op grond van de dossieraantekeningen kan niet worden uitgesloten. In een vergelijkbaar onderzoek (Lenzenweger e.a. 1991) werd echter een goede interwaarnemersbetrouwbaarheid van de beoordeling van ernst verkregen.

Ten slotte moet gewezen worden op het exploratieve karakter van dit onderzoek, dat onder meer tot uiting komt in het relatief grote aantal toetsingen en waardoor toevalsbevindingen niet kunnen worden uitgesloten.

CONCLUSIE

Verschillen in communicatiestijl tussen Nederlanders en Surinamers lijken relevant bij de beoordeling van negatieve symptomen bij Surinaamse patiënten met schizofrenie. In de 'cultural formulation' die een Nederlandse psychiater opstelt in het kader van het diagnostisch onderzoek van een Surinaamse patiënt zou daarom expliciet aandacht besteed moeten worden aan verschillen tussen de Nederlandse en Surinaamse communicatiestijl. Daarbij zouden informanten die vertrouwd zijn met de betreffende (sub)cultuur ingeschakeld kunnen worden.

 Met dank aan prof.dr. F.A.M. Kortmann voor zijn commentaar op een eerdere versie van dit artikel. Tevens dank aan K.I.R. Jadnanansing, psychiater; Zr. Esajas (†) en Zr. Windzak, administratief medewerkers, 's Lands Psychiatrisch Ziekenhuis Paramaribo; H. Sanders, psychiater; en mevrouw J. Bonset, Stichting Mentrum Amsterdam, voor hun medewerking en praktische hulp.

LITERATUUR

Adebimpe, V.R. (1981). Overview: white norms and psychiatric diagnosis of black patients. *American Journal of Psychiatry*, 138, 279-285.

Adebimpe, V.R., Klein, H.E., & Fried, J. (1981). Hallucinations and delusions in black psychiatric patients. *Journal of the National Medical Association*, 73, 517-520.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical*

manual of mental disorders (4de versie). Washington, DC: American Psychiatric Press.

- Andreasen, N.C., & Olsen, S. (1982). Negative versus positive schizophrenia. Definition and validation. *Archives of General Psychiatry*, 39, 789-794.
- Bethlehem, J., & van Buuren, S. (2001). Missing values. *Proceedings of a symposium on incomplete data*. Barendrecht: Vereniging voor Statistiek – Sectie Statistische Software.
- Bogers, J. (1996). De incidentie van schizofrenie bij de Afro-Caribische bevolking in Europa. *Præcox*, 5, 37-43.
- Chu, C.C., Sallach, H.S., Zakeria, S.A., e.a. (1985). Differences in psychopathology between black and white schizophrenics. *International Journal of Social Psychiatry*, 31, 252-257.
- Hermans, P.J., & de Jong, J.T.V.M. (1992). Transcultureel onderzoek naar affectuïtingen. *De Psycholoog*, 27, 206-212.
- Kortmann, F.A.M. (1989). Psychiatrische ziekten: universeel of cultuurgebonden? Een spanningsveld in de transculturele psychiatrie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 44, 16-30.
- Kortmann, F.A.M. (1995). Psychopathologie, cultuur en omgeving. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 37, 3-14.
- Kuipers, T., & Linszen, D.H. (1988). *Nederlandse vertaling van de SANS-Scale for the Assessment of Negative Symptoms*. Amsterdam: Vrije Universiteit/Universiteit van Amsterdam.
- Lenzenweger, M.F., Dworkin, R.H., & Wethington, E. (1991). Examining the underlying structure of schizophrenic phenomenology: evidence for a three-process model. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 515-524.
- Mesquita, B. (1996). Emoties vanuit een cultureel perspectief. In J. de Jong & M. van den Berg (Red.), *Transculturele psychiatrie en psychotherapie* (pp. 101-113). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Peralta, V., & Cuesta, M.J. (1995). Negative symptoms in schizophrenia: a confirmatory factor analysis of competing models. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1450-1457.
- Richters, J.M. (1993). *De medisch antropoloog als verteller en vertaler*. Delft: Eburon.
- Rosenthal, R. (1966). *Experimenter effects on behavioral research*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Scott, J., & Gaitz, C.M. (1975). Ethnic and age differences in mental health measurements. *Disorders of the Nervous System*, 36, 389-393.
- Selten, J.P., Slaets, J.P.J., & Kahn, R.S. (1997). Schizophrenia in Surinamese and Dutch Antillean immigrants to the Netherlands: evidence of an increased incidence. *Psychological Medicine*, 27, 807-811.

- Shadid, W.A. (1998). *Grondslagen van interculturele communicatie*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Spitzer, R.L. (2001). Values and assumptions in the development of DSM-III and DSM-III-R: an insider's perspective and a belated response to Sadler, Hulgus, and Agich's "On values in recent American psychiatric classification". *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 351-359.
- Toomey, R., Kremen, W.S., Simpson, J.C., e.a. (1997). Revisiting the factor structure for positive and negative symptoms: evidence from a large heterogeneous group of psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 154, 371-377.
- Welner, A., Liss, J.L., & Robins, E. (1973). Psychiatric symptoms in white and black inpatients. II. Follow-up study. *Comprehensive Psychiatry*, 14, 493-489.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 26-11-2002.

SUMMARY

Cultural bias in diagnosing negative symptoms? Diagnostic observations of Surinamese patients as made by Surinamese and Dutch psychiatrists – J.P.A.M. Bogers, A.W. Goedhart, P.J. Hermans –

BACKGROUND *The DSM-IV warns diagnosticicians to be aware of the possible effects of cultural differences when attempting to diagnose a patient from a different ethnic background. This warning becomes more relevant when there is some evidence about which diagnostic observations may be influenced by which cultural differences.*

AIM *To identify diagnostic observations of negative symptoms of schizophrenia that are susceptible to cultural bias.*

METHOD *Descriptions given by Dutch psychiatrists concerning the negative symptoms in 33 files and by Surinamese psychiatrists in 31 files of Surinamese patients with schizophrenia were compared.*

RESULTS *Dutch psychiatrists noted more often symptoms such as poverty of content of speech, affective responsivity, work inattentiveness and sexual interest and activity, whereas Surinamese psychiatrists listed symptoms such as lack of facial expression and on average passed more severe judgements on inadequate affect. No differences were found between the mean scores for the negative symptoms as a whole.*

CONCLUSION *The differences in the descriptions can be attributed to cultural differences in the style of communication and suggest that a cultural divide can have a negative effect on the way in which emotional experiences are perceived and thus on the interactions. However, no evidence was found of cultural bias in the total assessment of the severity of the symptoms.*

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 45 (2003) 4, 203-210]

KEY WORDS *cultural bias, diagnosis, negative symptoms, schizophrenia, Surinam*

AUTEURS

J.P.A.M. BOGERS is psychiater en werkzaam bij de afdeling Langerdurende Intensieve Zorg, Robert-Fleury Stichting te Leidschendam.

A.W. GOEDHART is methodoloog-statisticus en werkzaam bij De Geestgronden te Bennebroek.

P.J. HERMANS is medisch socioloog en werkzaam bij De Geestgronden te Bennebroek.

Correspondentieadres: J.P.A.M. Bogers, Robert-Fleury Stichting, Veursestraatweg 185, 2264 EG Leidschendam.

E-mail: j.bogers@robertfleury.nl.