

# Culturele uitingsvormen van psychische aandoeningen

J.T.V.M. de Jong

*'Every (wo)(man) is in some respects  
like all other (wo)(men),  
like some other (wo)(men),  
and like no other(wo)(man)'*  
(Kluckhohn e.a. 1953)

- Achtergrond** De psychiatrie en psychologie worstelen vanaf hun vroegste ontwikkeling met de vraag of psychische aandoeningen zich overal ter wereld op dezelfde wijze manifesteren en of een stoornis beter begrepen kan worden vanuit een biologisch of een sociaal-cultureel perspectief.
- Doel** Beschrijven van het debat over cultuur en psychische aandoeningen aan de hand van recente ontwikkelingen in ICD en DSM, geïllustreerd met depressie en posttraumatische stressstoornis (PTSS).
- Methode** Beschouwing gebaseerd op klinische ervaring, eerdere anderstalige publicaties, en een recente PubMed-zoekopdracht naar literatuur over cultuur en psychische aandoeningen.
- Resultaten** In wereldwijde studies bestaat enerzijds tot op zekere hoogte consensus over de universele manifestatie van deze twee stoornissen. Anderzijds is er brede kritiek als gevolg van drie vormen van bias: gebrekkige constructvaliditeit, loopingeffecten en categorieafknotting. In de DSM heeft men concepten en instrumenten ontwikkeld die culturele competentie in de praktijk en in onderzoek kunnen versterken.
- Conclusie** Onderzoekers en hulpverleners moeten fenomenologische vaardigheden ontwikkelen om de lokale expressie van psychologische problemen te beschrijven en te incorporeren in de praktijk. En daarbij rekening houden met de genoemde drie vormen van vertekening.

In de tweede helft van de negentiende eeuw werden lichamelijke ziekten gaandeweg beschouwd als zelfstandige entiteiten. Vanaf het begin van deze 'entiteitsbenadering' spelen, tot op heden, twee belangrijke vragen over psychiatrische aandoeningen en cultuur.

## Twee vragen

Ten eerste speelt de vraag of psychiatrische aandoeningen 'cultuurgebonden' zijn. Aanhangers van de universaliteitshypothese vinden dat psychiatrische stoornissen in alle culturen gelijk zijn. Het universalistisch perspectief impliceert dat universele biologische en psychologische mechanismen ten grondslag liggen aan psychisch (dis)functioneren. Ieder psychisch proces zal in principe bij mensen in elke samenleving worden aangetroffen. (Cultuur)relativisten daarentegen gaan uit van het primaat van de culturele context bij het verklaren van menselijk gedrag. Cultuur verwijst voor hen naar een

veranderlijk systeem van betekenisverlening, waarden en normen. En dit systeem hangt samen met ecosociale verbanden waarin mensen leven in een specifieke historische en ecologische context. Vanuit dit perspectief bestaan er wezenlijke verschillen tussen culturele groepen en individuen qua psychologische functies zoals taal, denken, percepties en emoties.

De tweede vraag betreft de relatie tussen biologie en cultuur, of tussen *nature* en *nurture*: in hoeverre zijn aanleg en erfelijkheid, of vooral omgevingsinvloeden van belang voor het verklaren van individuele en groepsverschillen in normaal of deviant gedrag?

Tegen het einde van de 20ste eeuw ontstond consensus over het inmiddels als achterhaald beschouwde 'universalismedebat'. Die consensus luidde dat naarmate het als deviant ervaren psychiatrische beeld ernstiger is en beter verklaarbaar vanuit een neurobiologisch paradigma, er meer universele kenmerken op de voorgrond

## AUTEUR

**Joop de Jong**, psychiater en psychotherapeut, em. hoogleraar Culturele psychiatrie en Global Mental Health, Amsterdam UMC, em. hoogleraar Psychiatrie, Boston University School of Medicine, en em. gasthoogleraar, Rhodes Universiteit, Zuid Afrika.

### Correspondentie

Prof. dr. Joop de Jong (jtvmdcjon@gmail.com)

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 15-6-2022.

### Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2022;64(8):529-534

treden. Bij deze ernstige beelden liggen incidentie- en prevalentiecijfers wereldwijd dichterbij elkaar. Zo is een chronische psychose als schizofrenie overal ter wereld herkenbaar. De *lifetime* prevalentie is ongeveer één procent met her en der uitschieters zoals onder sommige migrantengroepen.

En omgekeerd, naarmate een aandoening beter verklaarbaar is vanuit een sociaal-psychologisch paradigma, vertoont deze over het algemeen trekken die vooral voorkomen in bepaalde (sub)culturen. Zo'n aandoening is vaker gebonden aan een bepaald tijdperk of aan specifieke sociaal-economische klassen, aan culturele (sub)groepen, of aan stressvolle of geweldadige politieke situaties. De prevalentie- en incidentiecijfers van deze gedragspatronen vertonen een grotere variatie over verschillende (sub)culturen. Zo variëren de prevalentiecijfers van anorexia van 0 tot 0,6%, en van PTSS in conflictgebieden van 0-99% (Steel e. a. 2009).

## Neuroantropologie

De laatste decennia hanteren gedragswetenschappers een interdisciplinair perspectief om de interactie te bestuderen tussen specifieke hersengebieden en de omgeving.

In de huidige tijd wordt ons denken over cultuur en psychiatrische aandoeningen sterk beïnvloed door de culturele neurowetenschap en de aanverwante neuroantropologie. Deze discipline bestudeert de invloed van culturele karakteristieken zoals waarden, opvattingen en praktijken op gedrag en neurobiologie. Hierbij kijkt men ook naar de manier waarop neurobiologische mechanismen als genetische en neurale processen de transmissie van culturele trekken faciliteren (Chiao 2009). Of in alledaagse woorden: cultuur modelleert het brein en het brein modelleert cultuur. Deze wederzijdse beïnvloeding van cultuur en brein resulteert in lokale biologeën.

Culturele neurowetenschap en verwante disciplines zullen ons helpen om meer genuanceerd te kijken naar het debat over biologie of cultuur, en over universa-

lisme en relativisme. Het zal leiden tot nieuwe inzichten in de psychiatrie die verder reiken dan het tot nu toe bestaande paradigma. Want het gangbare paradigma onder gedragswetenschappers en klinici beschouwt het brein als een universele constante met culturele variaties en invloeden als een epifenomeen of een soort van randverschijnsel.

## Psychodiagnostische systemen

Onze psychodiagnostische systemen weerspiegelen deze discussies. Men probeert zowel DSM-5 als ICD-11 aan te passen aan een globaliserende wereld door te zoeken naar universele categorieën, door het incorporeren van Culturele Concepten van Lijdensdruk en van Culturele Verklaringen van Subjectief Beleefde Oorzaken, alsook door de toevoeging van de Culturele Formulering. In dit artikel zal ik kort beschrijven hoe deze diagnostische systemen omgaan met culturele factoren. Ik beschrijf enkele concepten die nuttig zijn in de opleiding of in de praktijk. En die praktisch nut hebben in het werk met immigranten en vluchtelingen, met mensen met een uiteenlopende sociaal-economische, geografische en spirituele achtergrond, of in het kader van *global mental health* onder mensen in lage- of middeninkomenslanden. Daarna beschrijf ik in vogelvlucht het debat over cultuur en psychische aandoeningen bij twee veel voorkomende aandoeningen, namelijk depressie en PTSS. Mijn belangrijkste conclusie is dat de opstellers van de DSM en de ICD een serieuze poging doen om beide systemen op elkaar af te stemmen en daarbij rekening te houden met culturele factoren. Maar zij zijn nog niet in staat om hun wereldwijde ambities te realiseren.

## ICD-11 en DSM-5 in relatie tot culturele context

Wereldwijd blijken psychiaters en psychologen de voorkeur te geven aan flexibele diagnostische richtlijnen met minder categorieën, en met meer ruimte voor het klinisch oordeel en culturele variatie (Evans e.a. 2013; Reed e.a. 2013). Daarom is de ICD-11 gericht op 'klinisch nut'

of toepasbaarheid, en op het verkleinen van de wereldwijde behandelkloof (Stein e.a. 2020). Hierbij legt men in de ICD-11 de nadruk op het 'klinische criterium' - dat wil zeggen de *distress* en de beperkingen die samenhangen met de symptomen. De opstellers van ICD-11 maken gebruik van prototypische beschrijvingen van aandoeningen in plaats van lijsten met criteria. Bovendien hoeft er in de ICD-11 geen nauw verband te bestaan tussen diagnose, onderliggende neurobiologische kwetsbaarheden, sociale determinanten en interventie. Maar al met al blijft ICD-11 een grotendeels categorisch systeem dat geen *finetuning* toestaat voor verschillen in ziekteperceptie en -expressie, ook al biedt de dimensionale benadering enige ruimte voor culturele variatie. De *Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines* geven gedetailleerde richtlijnen voor het diagnosticeren van psychiatrische aandoeningen. Dat wil zeggen, de essentiële kenmerken van een stoornis, de afbakening van normaliteit, differentiaaldiagnosen, beloopkenmerken, bijbehorende kenmerken, en ontwikkelingsgerelateerde eigenschappen. Daarnaast zijn er enkele cultuur- en *gender*gerelateerde kenmerken opgenomen (zie <https://gcp.network>).

Positief is bovendien de poging om de ICD-11 af te stemmen op de DSM-5. De DSM blijft vooral nuttig voor onderzoek, terwijl de ICD beter past bij de denktrant van klinici.

Vóór de introductie van DSM-5 introduceerden de opstellers al de internationaal getoetste Culturele Formulering (CF). In de DSM-5 voegden zij de Culturele Concepten van Lijdensdruk (*Cultural Concepts of Distress*, CCD) toe als 'manieren waarop culturele groepen lijden, gedragsproblemen of verontrustende gedachten en emoties ervaren, begrijpen en communiceren' (APA 2013). In de DSM-5 beschrijft men bovendien 'diagnostische problemen met betrekking tot cultuur'; culturele syndromen (*cultural syndromes*) ('een samenhangende reeks symptomen die de eerdere 192 cultuurgebonden syndromen vervangt'); culturele idiomen van lijdensdruk (*cultural idioms of distress*) ('gangbare manieren om lijden uit te drukken binnen een cultuur of gemeenschap'); en tenslotte culturele verklaringen van subjectief beleefde oorzaken (*cultural explanations of perceived causes*). Omdat de CF en de CCD relevant zijn voor hulpverleners en onderzoekers, zal ik ze hier kort beschrijven.

### De Culturele Formulering (CF)

De CF helpt een hulpverlener om informatie over culturele en contextuele aspecten van psychische problematiek te beoordelen (Lewis-Fernández e.a. 2017). De CF helpt bij het beschrijven van de culturele identiteit van een patiënt, de invloed van cultuur en context op de klachtenpresentatie en ziekteverklaring, op de perceptie van het ontstaan van de klachten, en op het hulpzoekgedrag en de behandelrelatie.

Daarnaast introduceerde men in de DSM-5 het *Cultural Formulation Interview* (CFI). Het CFI is een getrapte *screening* die eerst globaal uitvraagt welke culturele en

contextuele factoren de klachten, perceptie, coping en hulpzoekgedrag beïnvloeden. Zo nodig volgt verdieping met een of meerdere aanvullende modules.

### Culturele concepten van nood

Context en cultuur beïnvloeden hoe mensen 'normaal' en 'abnormaal' afbakenen. Mensen variëren in de manier waarop ze uitdrukken dat ze ongelukkig zijn of het moeilijk hebben. Bijvoorbeeld door het gebruik van de genoemde 'culturele concepten van nood', de 'culturele idiomen van lijdensdruk' (*idioms of distress*), of van 'culturele syndromen'. Deze kunnen ofwel overlappen met ICD- of DSM-diagnosen ofwel min of meer unieke lokale symptoomclusters vormen. Hierdoor kunnen hulpverleners een diagnose missen omdat de kenmerken van idiomen en culturele syndromen prominent zijn; of omgekeerd kunnen zij de idiomen en culturele syndromen over het hoofd zien door de aanwezigheid van een diagnose.

Ik geef hier een paar voorbeelden van culturele idiomen van lijdensdruk die zich voor kunnen doen onder de grote groep Syrisch vluchtelingen. Zo verwijst *habit qalbi* ('falen of afbrokkelen van het hart') naar een somatische reactie bij plotselinge angst. *Atlan ham* hangt samen met anticipatoire angst en bezorgdheid. *Halat ikti'ab* lijkt op depressie met verschijnselen zoals broeden op gedachten, een donkere stemming, pijn, een sombere toekomstvisie, eventueel vergezeld door een verscheidenheid aan medisch onverklaarbare somatische symptomen en vermoeidheid, met daarnaast tekenen van sociaal isolement en weinig praten (Hassan e.a. 2015). Elders hebben wij idiomen beschreven onder andere groepen vluchtelingen zoals Afghanen (de Jong & Hinton 2018).

### Klinische en wetenschappelijke aspecten van debat

In de rest van dit artikel richt ik me op aspecten van het debat over cultuur en psychische aandoeningen die van belang zijn voor hulpverlening en onderzoek. Hierbij zal ik de *common mental disorders* depressie en PTSS als illustratie gebruiken.

### Depressie

Net als de DSM-5 vermeldt de ICD-11 10 depressiesymptomen, en één symptoom (hopeloosheid) dat niet in de DSM staat. Uit onderzoek blijkt dat de DSM-criteria voor een ernstige depressie gelden in alle bestudeerde regio's en sociaal-culturele contexten, en zowel voor mannen als vrouwen (Haroz e.a. 2017). Toch vonden de onderzoekers het crossculturele gebruik van de DSM-criteria voor een ernstige depressie problematisch. Want maar liefst 4 van de wereldwijd meest gemelde symptomen zijn geen diagnostisch criterium in DSM-5, namelijk sociale isolatie/ eenzaamheid, huilen, woede en gegeneraliseerde pijn. Met andere woorden: als deze symptomen in de hele wereld vóórkomen, maar niet vermeld staan in de DSM, dan ondermijnt dit de diagnostische precisie van de DSM.

Somatische klachten als uiting van depressie komen wereldwijd overal voor. Ongeveer twee derde van de eerstelijnspatiënten met depressie heeft klinisch significante pijn (Bair e.a. 2003). De uiting van somatische symptomen bij depressie verschilt over culturen omdat lichamelijke symptomen een patiënt toestaan emotionele stress te uiten. Zo bleken Chinese migranten in Toronto in hun thuisomgeving net zoveel psychologische symptomen te uiten als inheemse Canadezen, maar zij uitten die symptomen veel minder bij een bezoek aan de huisarts (Ryder e.a. 2008).

Tijdens het acculturatieproces gaat de uitingvorm van depressie bij migranten meer lijken op die van de inwoners van het gastland. Vergeleken met Duitse patiënten klaagden Vietnamese patiënten in Duitsland bij een even ernstige depressie veel vaker over somatische symptomen, en ook over pijn, duizeligheid en flauwvallen (Dreher e.a. 2017). Schrier e.a. (2010) vonden eenzelfde symptoomprofiel bij depressie bij migranten en inheemse Nederlanders. Omdat het vaak om migranten van de tweede en derde generatie gaat, zou je hun bevindingen kunnen interpreteren als aanpassing aan het klachtenpatroon van het gastland.

Verschillende onderzoekers melden kenmerken die bij sommige populaties vaker voorkomen, zoals zorgen, vermoeidheid en disbalans (in Zuid(oost)-Aziatische populaties), te veel denken of zielsverlies (in Zuidoost-Aziatische en Sub-Saharaanse populaties), 'zenuwen' (*nervios*) en hoofdpijn (in Latino en mediterrane populaties), of hartproblemen (bij Midden-Oosterse populaties). Ook de angst om behekt te zijn, hittegevoel in het hoofd en kriebelende sensaties van wormen of parasieten in het lichaam, moeten onderscheiden worden van echte hallucinaties en wanen die deel kunnen uitmaken van een depressieve stoornis met psychotische kenmerken of een psychose.

### Posttraumatische stressstoornis (PTSS)

PTSS is de meest complexe stoornis in DSM-5, met 20 symptomen ondergebracht in 4 clusters. ICD en DSM vermelden naast PTSS ook een aanpassingsstoornis. In de ICD-11 beschrijft men verder complexe PTSS en de langdurige rouwstoornis, en in de DSM-5 de acute stressstoornis. De eenvoudiger factorstructuur van ICD-11 zou beter passen bij onderzoeksgegevens en de comorbiditeit met depressie verlagen (Stein e.a. 2020). Die comorbiditeit is overigens aanzienlijk. Terwijl de PTSS-prevalentie onder volwassen vluchtelingen in hoge-inkomenslanden varieert van 13-25% (Steel e.a. 2009), heeft 71% van degenen met een diagnose van depressie ook PTSS, en van degenen met een PTSS-diagnose heeft 44% daarnaast een depressie (Fazel e.a. 2005).

Het cultuur- en PTSS-debat kan vanuit drie perspectieven worden beschreven, namelijk:

- ecologisch nut;
- validiteit vanuit cultureel en historisch perspectief;
- medicalisering en politisering (de Jong & Hinton 2018).

### Ecologisch nut

Ecologisch nut (*ecological utility*) verwijst in dit verband naar de mate waarin het PTSS-concept kan worden veralgemeniseerd naar andere sociale contexten. Met als kanttekening de vraag of het PTSS-concept helpt om de belangrijkste aspecten van traumagerelateerde ervaringen over culturen heen weer te geven of te duiden. Want zoals bekend gaat het bij de traumareactie niet alleen om PTSS en depressie, maar ook om lichamelijke symptomen, rouw, angst, paniekaanvallen, *acting-out*gedrag en middelenmisbruik. Je kunt je dus afvragen of hier sprake is van comorbiditeit, of dat het beter is te spreken van een posttraumatisch stresssyndroom in plaats van een posttraumatische stressstoornis.

Je kunt je ook afvragen of andere uitingen van psychische aandoeningen niet veel vaker voorkomen, sociaal relevant of prominent aanwezig zijn, zoals in het geval van idiomen van lijdensdruk of culturele syndromen. Vanuit het perspectief van *world mental health* is volgens mij vooral dissociatie van belang. Deze manifesteert zich bij miljoenen mensen in (Latijns-)Amerika en grote delen van Afrika en Azië. Zo wordt dissociatie in apostolische kerken gebruikt om problemen te uiten die variëren van zorgen, tot 'te veel denken' (*thinking too much*) of traumatische stress. In honderden genezingsstempels en *durgha's* in India raken duizenden bezoekers tijdens hun genezingsproces in trance (Thirthalli e.a. 2016). Dissociatie is beschreven in postconflictgebieden als Mozambique, Oeganda, Rwanda, Burundi, Cambodja, Nepal en Sri Lanka, soms in combinatie met *fugues* of psychogene pseudo-epileptische aanvallen.

De Jong en Reis (2013) beschreven massale bezetheidstrance in de naoorlogse context van Guinee-Bissau als een lokale vorm van collectieve traumaverwerking. Epidemische uitingen van stress en angst komen wereldwijd frequent voor. 'Massahysterie', massale psychogene aandoeningen of medisch onverklaarbare ziekten kunnen veroorzaakt worden door examens of andere stressfactoren op scholen, door milieuvervuiling, werk-omstandigheden, blootstelling aan gifstoffen of nucleaire neerslag. Denk bijvoorbeeld aan syndromen bij oorlogsveteranen, de cola-affaire in België, 'satanische sekten', of de 'zouthysterie' in China na de kernramp in Fukushima. Deze vaak relatief kortdurende epidemieën bieden alternatieve vormen voor het omgaan met trauma of populatiebrede *distress* (Bartholomew & Sirois 2000; de Jong & Colijn 2010). PTSS kan overlappen met deze uitingen van *distress*. Maar het is ook mogelijk dat het PTSS-concept deze fenomenen niet adequaat weergeeft.

### Validiteit vanuit cultureel en historisch perspectief

Michalopoulos e.a. (2020) verrichtten een review over constructvaliditeit waarin zij een lijst maakten van 85 wereldwijd voorkomende posttraumasymptomen. De lijst maakt duidelijk dat zij veel symptomen vonden die geen deel uitmaakten van PTSS of van de bijbehorende kenmerken. Toch werden de meeste DSM-5-PTSS-

symptomen in alle regio's genoemd (met uitzondering van het onvermogen zich specifieke aspecten van het trauma te herinneren; en zichzelf of anderen de schuld geven van de gebeurtenis).

Hinton en Lewis-Fernández (2011) vonden eveneens bewijs voor de crossculturele validiteit van PTSS, maar zij concludeerden dat er meer empirisch onderzoek nodig is naar essentiële symptoomconstellaties die cruciaal zijn voor de PTSS-diagnose. Zoals het belang dat lokaal gehecht wordt aan vermijding en *numbing*, aan lokale interpretaties in de uiting van symptomen, aan de relevantie van somatische symptomen, en aan de overlap of comorbiditeit met andere stoornissen waar ik eerder aan refereerde.

Hun bevindingen komen overeen met die van onze eigen studies met meer dan 1500 variabelen. Daarbij bleek dat het PTSS-construct een goed herkenbare diagnostische entiteit is in een verscheidenheid aan culturen (bij Algerijnen, Cambodjanen, Afghanen, Bhutanen, Ethiopiërs, Tibetanen en Sri Lankanen). Zonder dat secundaire voordelen een rol speelden, en vaak ook zonder dat er een lokaal concept bestond van PTSS (de Jong & Hinton 2018).

Ook het historiciteitsdebat rond PTSS gaat over validiteit, maar dan vanuit transhistorisch perspectief. Uit dat debat kun je concluderen dat - net als bij andere uitingen van psychische aandoeningen - de symptomen van een traumagerelateerde stoornis in de tijd veranderen. En dat een historisch tijdperk zich tot op zekere hoogte op een idiosyncratische manier uit in de presentatie van individueel lijden.

### Medicalisering en politisering

Sommige critici van het PTSS-concept vinden dat clinicus een sociaal probleem individualiseren en medicaliseren. Sommigen zien dit als een uiting van psychologisch imperialisme dat 'onbewust de koloniale overheersing van de niet-westerse geest voortzet' of als de export van 'westerse emotionologie'. Ze stellen dat psychiaters en andere hulpverleners de macht van de medische wetenschap en van de industrie promoten; dat zij zichzelf verheerlijken; en dat zij zich bezighouden met pseudocondities. PTSS wordt afgeschilderd als 'een venster op menselijk lijden, op actoren die politieke agenda's bij de VN bevorderen' die onderdeel zijn van een 'trauma-industrie', en die 'menselijke reacties op *distress* pathologiseren'. Elders hebben we geprobeerd dit debat in een breder perspectief te plaatsen (de Jong & Hinton 2018).

## DISCUSSIE

De afgelopen eeuw toonde een evolutie in de richting van een ecosociale kijk op psychische stoornissen. Nieuwe onderzoeksmethodologie helpt ons bij het ontrafelen van de relatie tussen cognitieve, ontwikkelings- en biologische processen waarbij de context medebepalend is voor het ontstaan, de beleving en het beloop

van ziekte. Met het *Research Domain Criteria* (RDoC)-programma probeert men een biologisch kader te creëren voor psychiatrische stoornissen en een nauwkeuriger taxonomie te ontwikkelen. Culturele neurowetenschap en neuroantropologie bestuderen de relatie tussen cultuur en brein. De netwerktheorie laat zien hoe symptomen op elkaar inwerken en het ziektebeloop beïnvloeden (Borsboom 2017). Deze nieuwe ontwikkelingen zullen waarschijnlijk worden geïntegreerd in DSM en ICD. Mogelijkerwijs zullen ze de bestaande classificatiesystemen geleidelijk aan vervangen.

Hoewel men probeert om de twee bestaande diagnostische systemen op elkaar af te stemmen en rekening te houden met culturele factoren, zijn beide systemen bij lange na niet in staat om hun wereldwijde ambities te realiseren. Maar dit staat natuurlijk open voor discussie. Een fervent universalist kan volhouden dat de twee voorbeelden van depressie en PTSS aantonen dat de twee categorieën internationaal goed presteren. Ook al maken 4 van de wereldwijd meest genoemde depressiekenmerken geen deel uit van de diagnostische DSM-5-criteria. Een soortgelijke redenering gaat op voor PTSS als stoornis of syndroom, of het ecologisch nut van het diagnostisch construct. We zagen dat onze visie op psychische aandoeningen gecompliceerd of verrijkt kan worden door andere uitingen van psychisch lijden. En deze uitingvormen kunnen vaker voorkomen, sociaal manifest of prominent zijn, zoals het geval kan zijn bij idiomen van lijdensdruk (*idiom of distress*) of bij culturele syndromen.

### Drie vormen van bias

Voor een clinicus is het belangrijk om de lokale varianten van een syndroom te kunnen ontleden in hun constitutieve symptomen, en om er goed bij patiënten naar te informeren. Daarbij kunnen drie bronnen van vertekening (*bias*) in de culturele psychiatrie en psychologie optreden.

Ten eerste de categoriefout. Kleinman (1980) sprak van een categoriefout (*category fallacy*) wanneer 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. Het gaat dus over een probleem van constructvaliditeit. Of eenvoudiger geformuleerd is de categoriefout het klakkeloos plakken van diagnostische categorieën uit de ene cultuur op de andere en ze vervolgens voor waar aan te nemen. Zo erkennen Haroz e.a. (2017) dit methodologisch probleem in het eerdergenoemde depressieonderzoek omdat zij gebruikmaakten van studies die a priori uitgaan van het depressieconstruct.

Een tweede bron van vertekening betreft *looping*-effecten. Hierbij gaat het om de wijze waarop categorieën worden gereïficeerd bij het ordenen van een narratief in de interactie tussen patiënt en hulpverlening. Bijvoorbeeld wanneer een vluchteling aankomt in Europa en zijn problemen verwoordt in metaforen of

idiomen van lijdensdruk uit het land van herkomst. Het regelmatig gebruik van PTSS- of depressiesymptomen door een immigratiebeambte of huisarts kan leiden tot *looping* en resulteren in een klachtenpresentatie in ICD- of DSM-termen.

Het derde probleem is de categorieafknotting (*truncation*). Hinton heeft bijvoorbeeld beschreven hoe trauma-gerelateerde symptomen lokaal worden geïnterpreteerd in bepaalde etnopsychologieën en etnofysiologieën. Categorieafknotting treedt op als het volle spectrum van de beleving van een patiënt over het hoofd wordt gezien (Hinton & Good 2016). Eerder in dit artikel beschreef ik een paar idiomen onder Syrische vluchtelingen. Inmiddels zijn er op allerlei plaatsen in de wereld honderden idiomen beschreven die zowel voor onderzoekers als hulpverleners relevant zijn (o.a. Ventevogel 2016; Van Duijl e.a. 2013).

## Besluit

Ten slotte blijkt uit dit artikel hoe belangrijk het is voor een hulpverlener of onderzoeker om de fenomenoloog of etnograaf in zichzelf te ontwikkelen. Dat is dé manier om lokale idiomen, metaforen of cultuureigen volksuitdrukkingen in beeld te krijgen. Zo'n open en *bottom-up*-benadering toetst de toepasbaarheid van diagnostische criteria aan lokale idiomen en zegswijzen.

Het is goed om ons de klassieke les te herinneren dat een diagnose een voorlopige werkhypothese is die tijdens een behandeling wordt verfijnd. En dat wij ons realiseren dat een diagnose onze manier van werken met patiënten niet mag koloniseren.

## LITERATUUR

- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. Washington: APA; 2013.
- Bair J, Robinson RL, Katon W, e.a. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med* 2003; 163: 2433-45.
- Bartholomew R, Sirois F. Occupational mass psychogenic illness: A transcultural perspective. *Transcult Psychiatry* 2000; 37: 495-524.
- Beutel ME, Jünger C, Klein EM, e.a. Depression, anxiety and suicidal ideation among 1st and 2nd generation migrants – results from the Gutenberg health study. *BMC Psychiatry* 2016; 16: 288.
- Borsboom D. A network theory of mental disorders. *World Psychiatry* 2017; 16: 5-13.
- Chiao JY. Cultural neuroscience: a once and future discipline. *Prog Brain Res* 2009; 178: 287-304.
- Dreher A, Hahna E, Diefenbacher A, e.a. Cultural differences in symptom representation for depression and somatization measured by the PHQ between Vietnamese and German psychiatric outpatients. *Journal Psychosomatic Research* 2017; 102: 71-7.
- Duijl M van, Kleijn W, de Jong J Are symptoms of spirit possessed patients covered by the DSM-IV or DSM-5 criteria for possession trance disorder? A mixed-method explorative study in Uganda. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013; 48: 1417-30.
- Evans SC, Reed GM, Roberts MC, e.a. Psychologists' perspectives on the diagnostic classification of mental disorders: results from the WHO-IUPsyS Global Survey. *Int J Psychol* 2013; 48: 177-93.
- Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet* 2005; 365: 1309-14.
- Haroz EE, Ritchey M, Bass JK, e.a. How is depression experienced around the world? A systematic review of qualitative literature. *Soc Sci Med* 2017; 183: 151-62.
- Hassan G, Kirmayer LJ, Mekki-Berrada A, e.a. Culture, context and the mental health and psychosocial wellbeing of Syrians: a review for mental health and psychosocial support staff working with Syrians affected by armed conflict. Genève: UNHCR; 2015.
- Hinton DE, Lewis-Fernández R. The cross-cultural validity of post-traumatic stress disorder: Implications for DSM-5. *Depress Anxiety* 2011; 28: 783-801.
- Hinton DE, Good BJ, red. Culture and PTSD: Trauma in historical and global perspective. Pennsylvania: University of Pennsylvania Press; 2016.
- Jong J de, Colijn S, red. Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie. Utrecht: de Tijdstroom; 2010; p. 410.
- Jong JTVM de, Reis R. Collective trauma processing: Dissociation as a way of processing postwar traumatic stress in Guinea Bissau. *Transcult Psychiatry* 2013; 50: 644-66.
- Jong JTVM de, Hinton DE. Traumascape: An ecological-cultural-historical model for extreme stress. In: Bhugra D, Bhui K, red. Textbook of cultural psychiatry. Cambridge: Cambridge University Press; 2018. p. 363-92.
- Kleinman A. Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. Berkeley: University of California Press; 1980.
- Kluckhohn C, Murray HA, Schneider DM, red. Personality in nature, society, and culture. New York: Knopf; 1953.
- Lewis-Fernandez R, Aggarwal N, Lam P, e.a. Feasibility, acceptability, and clinical utility of the Cultural Formulation Interview: Mixed-methods results from the DSM-5 field trial. *Br J Psychiatry* 2017; 210: 290-7.
- Michalopoulos LM, Meinhart M, Yung J, e.a. Global posttrauma symptoms: a systematic review of qualitative literature. *Trauma Violence Abuse* 2020; 21: 406-20.
- Reed GM, Roberts MC, Keeley J, e.a. Mental health professionals' natural taxonomies of mental disorders: Implications for the clinical utility of the ICD-11 and the DSM-5. *J Clin Psychology* 2013; 69: 1191-212.
- Ryder AG, Yang J, Zhu X, e.a. The cultural shaping of depression: somatic symptoms in China, psychological symptoms in North America? *J Abnorm Psychology* 2008; 117: 300.
- Schrier AC, Wit MAS de, Rijmen F, e.a. Similarity in depressive symptom profile in a population-based study of migrants in The Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010; 45: 941-51.
- Steel Z, Chey T, Silove D, e.a. 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: 537-49.
- Stein DJ, Szatmari P, Gaebel W, e.a. Mental, behavioral and neurodevelopmental disorders in the ICD- 11: an international perspective on key changes and controversies. *BMC Med* 2020; 18: 21.
- Thirthalli J, Zhou L, Kuma K, e.a. Traditional, complementary, and alternative medicine approaches to mental health care and psychological well-being in India and China. *Lancet Psychiatry* 2016; 3: 660-72.
- Ventevogel P. Borderlands of mental health: explorations in medical anthropology, psychiatric epidemiology and health systems research in Afghanistan and Burundi [proefschrift]. Amsterdam: University of Amsterdam; 2016.