

Het begrip posttraumatische stress-stoornis in cross-cultureel perspectief

Mogelijkheden, beperkingen en bedenkingen

Rolf J. Kleber

De auteur bespreekt de mogelijkheden en beperkingen en enkele conceptuele problemen van het concept posttraumatische stress-stoornis (PTSS) vanuit een cross-cultureel perspectief. Lang niet elke door oorlog of geweld getroffen reageert met psychopathologie. Soms is er sprake van 'normale' verwerking. Bovendien is het concept afkomstig uit een individualiserende visie op psychische gezondheid. Tegelijk heeft het begrip PTSS weldegelijk waarde, zowel ter aanduiding van geweldsslachtoffers en vluchtelingen en andere categorieën van getroffen personen als in de gezondheidszorg voor hen. De auteur wijst op het gevaar van 'reïficatie', zeker in cross-culturele situaties. PTSS is daarmee een 'mixed blessing'. Het gebrek aan adequaat empirisch onderzoek naar psychotrauma in niet-westerse situaties is een ernstige tekortkoming in de psychotraumatologie en in de discussie over cultuur en trauma.

In de jaren tachtig en negentig is zowel de maatschappelijke als de wetenschappelijke belangstelling voor het onderwerp 'psychotrauma' in hoog tempo gegroeid. De psychische en sociale gevolgen van rampen, oorlogservaringen, geweldsmisdrijven, seksueel geweld, verkeersongevallen en andere extreme gebeurtenissen krijgen tegenwoordig de aandacht die ze jarenlang in de psychiatrie en psychologie hebben moeten ontberen. Deze aandacht heeft ook de moderne media bereikt, getuige de televisieprogramma's en krantenartikelen die aan de door zeer ingrijpende gebeurtenissen veroorzaakte problematiek gewijd zijn.

De karakteristieke psychische moeilijkheden na extreme gebeurtenissen worden tegenwoordig veelvuldig aangeduid met de term posttraumatische stress-stoornis (PTSS), een begrip dat in 1980 voor het eerst werd geformuleerd in het diagnostische en statistische handboek (de DSM-III classificatie) van de 'American Psychiatric Association' (American Psychiatric Association 1987, herziene versie). Later werd hetzelfde concept ook opgenomen in de 'International Classification of Diseases' van de World Health Organization (1992). De aanleiding vormden de ernstige problemen van de enkele miljoenen Vietnamveteranen in de Verenigde Staten die in de jaren zestig en zeventig grote moeite hadden zich aan te passen aan het maatschappelijke leven na terugkeer van het

front. Zij kampten met depressies, relatieproblemen, nachtmerries, spanningen in het werk en vele pijnlijke herinneringen aan de oorlog. Voor hun moeilijkheden vonden zij in de jaren zeventig slechts met zeer veel moeite gehoor bij de bestaande instanties. De introductie van het concept PTSS betekende voor hen een grote erkenning van hun lot en lijden.

Inmiddels is in een betrekkelijk korte tijd een rijke literatuur ontstaan over allerlei aspecten van psychotrauma: de gevolgen na uiteenlopende gebeurtenissen, vormen van hulpverlening aan getroffen en direct na een calamiteit, verschillende wijzen van psychotherapeutische behandeling, diverse vormen van trauma-gerelateerde psychische stoornissen, de tijdsduur van de gevolgen, etc. Recent is er de aandacht voor de geheugenprocessen die optreden bij extreme gebeurtenissen en voor de biologische mechanismen die met trauma gepaard gaan (Kleber 1996). De culturele dimensie van trauma is echter een onderwerp dat in de internationale literatuur nog onderbelicht blijft (Van Dijk 1995, Kleber, Figley & Gersons 1995). Treden soortgelijke klachten na schokkende gebeurtenissen en verwerkingsprocessen bij mensen uit andere culturen op? Is het begrip posttraumatische stress-stoornis van toepassing in andere culturen of ontnemt het ons het zicht op de problemen die mensen in andere samenlevingen ervaren? Weliswaar verschijnen er geleidelijk steeds meer publikaties over deze vragen, maar het aantal is en blijft zeer beperkt.

In dit artikel wordt aandacht geschonken aan de culturele dimensie van het begrip posttraumatische stress-stoornis. Aan de hand van een beschouwing van het gebruik van het concept in cross-culturele situaties wordt ingegaan op de dilemma's rondom het begrip. Wat zijn de beperkingen van het begrip wanneer het wordt gebruikt om de moeilijkheden van mensen in niet-westerse situaties aan te duiden? Welke mogelijkheden biedt het? Welke aanwijzingen zijn er voor de mogelijke aanwezigheid van posttraumatische stress-stoornis in andere culturen? Welke gevaren houdt het gebruik van deze diagnose in?

Het belang van cultuur

Wat is een cultuur? Het kader waarbinnen mensen (als ze daar tenminste voor in de wieg zijn gelegd) gelukkig kunnen zijn. De vreemde, ongerijmde of ondraaglijke omstandigheden, waaronder dat gebeurt zijn alleen voor buitenstaanders goed waarneembaar, maar hun gevoelens van geluk en liefde binnen dat kader onttrekken zich aan beoordeling (Kousbroek 1987: 61).

Denken, voelen en handelen van een mens worden door de cultuur beïnvloed. De wijzen waarop iemand waarneemt, kennis ontwikkelt en betekenis verleent aan zichzelf en de omgeving zijn geworteld in de cultuur. Zij manifesteert zich in uitdrukkingswijzen, dromen en wensen. Evenzeer draagt de ontwikkelingsgang van elk individu een duidelijk cultureel stempel. Normen, waarden en ideeën kunnen per cultuur sterk verschillen. Kortom, het gedrag van een individu wordt mede gevormd door de cultuur waarin hij of zij is groot gebracht.

Helaas wordt in de reguliere psychologische en psychiatrische literatuur de culturele dimensie van gedrag en ervaring meestal verwaarloosd. Ook indien deze dimensie wel aandacht krijgt, dan nog is voor het merendeel van de psychologen en psychiaters cultuur niet veel meer dan een externe factor die meegenomen kan worden in onderzoek en hulpverlening en die mogelijkwijze inter-individuele verschillen kan verklaren.

Het is daarom nuttig om dit artikel te beginnen met een korte beschrijving van de inhoud van de term cultuur (zie ook Fortmann 1971). Hagendoorn (1986: 11), die betekenis centraal stelt in zijn beschouwingen over cultuur, schrijft: "Cultuur is meer dan alleen gewoonten en gedragingen. Cultuur is ook en wellicht zelfs op de eerste plaats een systeem van regels, codes en symbolen van de interpretatie van gedrag." Cultuur heeft betrekking op voorschriften, regels en symbolen, die te maken hebben met betekenisgeving. Groepen van mensen verschillen immers, omdat zij aan personen en zaken een verschillende betekenis toekennen.

Hagendoorn verwijst hiermee naar twee benaderingen van het begrip cultuur, die vaak tegenover elkaar worden gezet, maar die eigenlijk in elkaars verlengde liggen: enerzijds cultuur als iets zichtbaars, zoals gedragingen of materiële producten, anderzijds cultuur als iets onzichtbaars zoals normen en waarden. Bij een analyse van een bepaald verschijnsel in een samenleving zijn beide invalshoeken noodzakelijk. De onderzoeker bestudeert concrete zaken, maar houdt zich tegelijk bezig met "het ontcijferen van het systeem van tekens en symbolen dat bepaalt hoe gedragingen en gebeurtenissen worden geïnterpreteerd" (Hagendoorn 1986: 19). Een gedraging staat ergens voor. In termen van de gewoonten om te groeten: iemand de hand schudden en de achternaam vermelden heeft een andere betekenis dan de kamer binnenkomen met de groet "Hoi, ik ben Jan". De kern van een cultuur schuilt in het systeem van betekenissen dat aan de werkelijkheid, de dingen en het handelen van de mensen, wordt gehecht. En dat geldt evenzeer voor de zeer ingrijpende gebeurtenissen waarmee mensen in hun leven te maken krijgen.

Het begrip posttraumatische stress-stoornis: beperkingen

De verbinding tussen cultuur en trauma is een belangwekkend thema. In alle samenlevingen worden mensen geconfronteerd met geweld, verlies, rampen en oorlog, zodat de vraag vanzelf oprijst of men op soortgelijke of op verschillende wijze omgaat met dergelijke ingrijpende gebeurtenissen. In de moderne samenlevingen krijgt men voorts steeds meer te maken met mensen die zich – vrijwillig of onvrijwillig – hebben moeten verplaatsen en zodoende in heel andere culturele situaties terecht zijn gekomen. Ook deze confrontatie met vluchtelingen en migranten roept de vraag op naar verschillen en overeenkomsten in de gevolgen van schokkende levensgebeurtenissen en in de bruikbaarheid van westerse concepten in de hulpverlening aan deze mensen.

Het begrip posttraumatische stress-stoornis wordt tegenwoordig in de psychologische en psychiatrische literatuur zeer frequent gehanteerd. Het overheerst, zo niet tiraniseert, het huidige denken over extreme ervaringen en de gevolgen ervan (zie Kleber et al. 1995, Simpson 1995). Het concept wordt daarbij ook steeds meer gebruikt om de problematiek van niet-westerse mensen aan te duiden. Het is de vraag of dit gebruik

gerechtvaardigd is. Het aantal onderzoeken naar trauma in niet-westerse situaties is te beperkt om dit vraagstuk alleen op basis van empirische bevindingen op te lossen. Er zijn daarnaast ook inhoudelijke argumenten aan te geven voor de (on)bruikbaarheid van het concept posttraumatische stress-stoornis in niet-westerse situaties. Allereerst gaan wij in op de beperkingen.

De definitie van de stressor

De term posttraumatische stress-stoornis is betrekkelijk uniek in de psychiatrische diagnostiek, omdat zij welhaast het enige begrip is waarbij zo nadrukkelijk een externe oorzaak centraal staat welke bovendien in de formele definitie van stoornis is opgenomen. De omschrijving van deze externe oorzaak lijkt vrij simpel: het gaat tenslotte om extreme situaties zoals oorlog, geweld, rampen en dood. Zo simpel blijkt het echter niet te zijn bij nadere beschouwing.

In DSM-III-R wordt gesteld: "The essential feature of this disorder is the development of characteristic symptoms following a psychologically distressing event that is outside the range of usual human experience" (American Psychiatric Association 1987: 247). Voorbeelden van deze 'distressing events' zijn onder meer: ernstige bedreiging van iemands leven; ernstige bedreiging van of letsel toegebracht aan iemands kinderen, echtgenoot of andere nauwe verwanten of vrienden, alsmede het zien van iemand die recentelijk of juist op dat moment ernstig gewond of gedood is door een ongeluk of lijfelijk geweld. Voorwaarde om te kunnen spreken van een bepaald klachtenbeeld, namelijk de posttraumatische stress-stoornis, is dus dat de persoon een hepaalde stressor heeft meegemaakt die buiten het patroon van de gebruikelijke menselijke ervaring ligt.

Deze definitie leidt echter tot merkwaardige consequenties. Een identieke gebeurtenis kan soms wel en soms niet tot een posttraumatische stress-stoornis leiden, afhankelijk van het land waar de gebeurtenis plaatsvindt. Zo behoorden tijdens de lange jaren van het terreurbewind van Pol Pot in Cambodja moord en liquidaties tot de orde van de dag. Het aanschouwen van door geweld ernstig gewonde of gedode mensen maakte dus deel uit van de (daar) 'gebruikelijke menselijke ervaring'. Strikt logisch vanuit de definitie redenerend zouden de moordpartijen in het Cambodja van de jaren 70 of vergelijkbare alles overheersende situaties van (oorlogs)geweld of verlies niet tot posttraumatische stress-stoornissen hebben kunnen leiden (zie voor het tegendeel Kinzie 1988). Het zouden immers 'gebruikelijke' ervaringen zijn. Dit is een onzinnig argument. Ook voor de getroffen en in de genoemde situaties zijn de gebeurtenissen van geweld en verlies ervaringen van extreme machteloosheid en een in het persoonlijke bestaan diep insnijdende ontwrichting. Het zijn juist deze karakteristieken die een gebeurtenis tot een traumatische gebeurtenis maken. De controle over het eigen bestaan is verdwenen en er is geen structuur in het eigen leven meer, terwijl men wordt geconfronteerd met intense doodsangst en met de eigen kwetsbaarheid.

Het zijn vooral vraagstukken die te maken hebben met het vaststellen van de grenzen die de omschrijving van de stressor in posttraumatische stress-stoornis bemoeilijken. Wat is nog wel een calamiteit en wat niet meer? Hoort het verlies van een dierbare persoon wel of niet tot de oorspronkelijke stressor-definitie (DSM is daar zeer onduidelijk over:

zie Van den Bout, Kleber & Brom 1991). Zeker voor cross-culturele studies is het problematisch dat de betekenis van een stressor voor het individu en zijn gemeenschap snel over het hoofd wordt gezien wanneer men alleen afgaat op de formele definitie van posttraumatische stress-stoornis. Wat houdt een verlies of een geweldsdelict nu precies in en hoe zijn de reacties van mensen te koppelen aan de aard van de gebeurtenissen? Dan kan men niet volstaan met de schijnbaar simpele aanduiding uit DSM.

In de nieuwe definitie van posttraumatische stress-stoornis in DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) zijn deze bezwaren gedeeltelijk weggenomen. Er is meer ruimte voor de subjectieve betekenis die aan een gebeurtenis wordt geschonken. Desondanks zijn de bezwaren omtrent de definitie van de stressor niet volledig weggenomen (McFarlane 1995, Simpson 1995).

De normale verwerkingmechanismen worden veronachtzaamd

De wetenschappelijke literatuur op het gebied van trauma is in zekere zin eenzijdig. Het grootste deel van de publikaties is gericht op patiënten en andere categorieën van hulp vragende personen, met andere woorden op degenen die lijden aan ernstige psychische moeilijkheden. Overzichten van representatieve steekproeven van groepen mensen na een zeer ingrijpende ervaring (ongeacht of ze hulp vroegen of niet) laten echter zien dat tussen de 10 % en de 40 % van hen kampt met ernstige stoornissen zoals posttraumatische stress-stoornis (Kleber & Brom 1989). 'Slechts' een deel van door geweld en andere calamiteiten getroffen personen ontwikkelt psychische stoornissen in die zin dat ernstige emotionele reacties blijven bestaan die het dagelijkse functioneren hinderen. De psychologische verwerking van de gebeurtenis stagneert of blokkeert bij hen.

Belangrijk is het hiermee samenhangende gegeven dat de in de definitie van posttraumatische stress-stoornis genoemde symptomen in milde vorm even kenmerkende reacties zijn voor personen die geen specialistische hulp nodig hebben en die op eigen kracht en met behulp van de naaste omgeving de ervaring te boven komen. Men kan dus zeggen: normale en pathologische reacties op een traumatische ervaring liggen op een continuüm; pathologische traumaverwerking is een uit de hand gelopen 'normale' verwerking. Er is voornamelijk een verschil in de intensiteit en de duur van de symptomen, maar niet in de aard ervan (Horowitz 1986, Kleber & Brom 1992).

Hoe zijn de gevolgen op schokkende gebeurtenissen te begrijpen? Zij moeten gezien worden in het licht van een algemeen psychologisch verwerkingsproces. Ervaringen, gekenmerkt door machteloosheid en ontwrichting van het individuele bestaan, leiden tot een psychologisch verwerkingsproces met bepaalde eigenschappen. Soms wordt dit proces aangeduid als posttraumatisch syndroom, maar ook deze term is te stigmatiserend en bovenal te zeer geformuleerd vanuit een medisch kader. Elders is dit proces schokverwerking genoemd (zie voor een schets Kleber 1994).

Het verlies van controle is bij schokkende gebeurtenissen essentieel, en met name verlies in cognitieve zin. Basale veronderstellingen, verwachtingen en ideeën van mensen die ten grondslag liggen aan hun gedrag en beleving raken fundamenteel ontregeld. De persoonlijke leefwereld van het individu is ondermijnd. Men voelt zich plotseling niet meer veilig en niet meer zeker. Na een geweldsdelict of een natuurramp is het

slachtoffer het vertrouwen in zijn omgeving kwijtgeraakt en is hij of zij met de eigen kwetsbaarheid geconfronteerd. Veiligheden en vanzelfsprekendheden zijn verdwenen en de eigen leefwereld heeft een andere, dreigender gedaante gekregen. Verlies van dergelijke basale zekerheden speelt dan ook bij elke traumatische gebeurtenis een cruciale rol.

Het gegeven dat niet iedereen met psychopathologie reageert en dat er sprake is van 'normale' verwerking roept wel de vraag op wat het onderscheid is tussen normale en gestoorde schokverwerking. Dit blijkt vooral een kwestie van intensiteit (van symptomen) en tijdsduur te zijn. Scherpe maatstaven voor 'cut-off' criteria bestaan er echter niet. Daarbij komt gelijk ook de aloude kwestie van normaliteit-abnormaliteit in andere culturen naar boven: dat wat abnormaal is in de ene cultuur is wellicht normaal in de andere cultuur. De wetenschappelijke literatuur (zowel de antropologische als de psychologische) geeft weinig uitsluitend over deze kwestie.

Het voortdurende karakter van stress wordt niet erkend

Het begrip posttraumatische stress-stoomis is gericht op psychische stoomissen die zich ontwikkelen *na* extreme stressoren. Wat nu als de situatie langdurig is en het einde niet in zicht is? Een voorbeeld is Sarajevo, waar de inwoners constant geconfronteerd werden met terreur, geweld, belegering en honger. Zij verkeerden in een voortdurende toestand van machteloosheid en ontwrichting, zonder dat het einde in zicht was. Ook in andere, meestal niet-westerse landen bestaat een dergelijke situatie (men denke aan Somalia, Rwanda en Tjetjenië).

Kunnen de reacties van de inwoners begrepen worden in termen van het begrip posttraumatische stress-stoomis? In zekere zin, ja. Veel reacties op extreme stress wijken niet zozeer af van de klachten van posttraumatische stress-stoomis: vermijdingsreacties, herbelevingen, wanhoop en dergelijke. Maar aan de andere kant is het antwoord ook nee. De stressreacties zijn ook tekenen van overlevingsgedrag en te beschouwen als een vorm van 'coping'. Hypervigilantie (voortdurend op de hoede zijn, waakzaamheid, schrikreacties) en ontkenning zijn wijzen om de gebeurtenissen te hanteren. Hypervigilantie houdt mensen alert voor mogelijk gevaar in een belegerde stad. Emotionele dofheid zorgt ervoor dat men zich niet al te zeer de hopeloosheid van de situatie realiseert. Het gaat hier niet om een omgaan met een beëindigde traumatische situatie, maar om een omgaan met een 'ongoing traumatization' (Becker 1995).

Veel inzichten over hulpverlening over trauma zijn afkomstig uit situaties waar een redelijke rust en veiligheid aanwezig is. Zo stelt Herman (1992) in haar overigens zeer lezenswaardige boek *Trauma and recovery* als eerste eis dat er een veilige omgeving wordt geschapen: "for no ... therapeutic work can possibly succeed if safety has not been adequately secured" (1992: 159). Dat is natuurlijk niet gemakkelijk in de eerder genoemde situaties van voortdurende oorlog.

Reacties op schokkende gebeurtenissen worden vanuit een individualiserend kader beschreven

Het bovenstaande geeft al aan dat posttraumatische stress-stoornis een begrip is dat ontwikkeld is voor de beschrijving van reacties van individuen in de westerse samenlevingen. Het is opgesteld vanuit een psychologische en psychiatrische praktijk waarin de innerlijke beleving van het individu en niet zozeer diens sociale context centraal staat (zie Summerfield 1995).

Dit individu gerichte kader houdt in dat hulpverlening sterk is gericht op het verbeteren van de autonomie van de persoon. Psychische problemen worden gekenmerkt door een afname van deze autonomie, genezing door het herwinnen ervan. Kortmann (1993) wijst erop dat de westerse gezondheidszorg veel aandacht heeft voor het vergroten van de zelfredzaamheid en assertiviteit van de patiënt en op het afleren van afhankelijk gedrag en het vergroten van zijn mogelijkheden voor zelfbeschikking en zelfontplooiing. Een dergelijke benadering is sterk aanwezig in de diverse vormen van psychotherapie. Zij wekt echter de suggestie dat de persoon los staat van de mensen om hem heen en dat hij idealiter zijn eigen lot in handen heeft.

Bij trauma is een dergelijke benadering ten dele maar adequaat. De door geweld of andere schokkende gebeurtenissen getroffen personen voelen zich juist machteloos door de confrontatie met externe situaties. Het herstel van een zekere controle op het eigen bestaan is belangrijk, maar mag niet los gezien worden van de sociale situatie waarin men verkeert. Traumatische stress vernietigt het geheel van zorg, bescherming en zingeving dat een mens omgeeft. Het slachtoffer voelt zich alleen en in de steek gelaten. Hij of zij ervaart een intense vervreemding van zijn omgeving ('gevoelens van losraken of vervreemding van andere mensen' is dan ook een symptoom behorend tot de diagnose PTSS). Het vertrouwen in anderen wordt wreed verstoord. De aandacht in zowel onderzoek als hulpverlening is echter meestal gericht op het individu, en dan vooral op het individu dat gebukt gaat onder psychische stoornissen. Te weinig hebben hulpverleners en onderzoekers oog voor de rol van de maatschappelijke situatie waarin traumatische ervaringen – martelingen, vluchten, incest, catastrofes zoals de Tsjernobylramp – plaats vinden. Dikwijls gaat ook het besef tot een gemeenschap te behoren door de schok verloren (Eisenbruch 1991). Het herstel van verbondenheid met de omgeving is een wezenlijk onderdeel van hulpverlening (Kleber, Figley & Gersons 1995).

Stoornissen na schokkende gebeurtenissen worden vanuit een psychotherapeutisch kader behandeld

Zoals hierboven is vermeld, is het begrip posttraumatische stress-stoornis ontwikkeld binnen een psychologische en psychiatrische praktijk waarin de innerlijke beleving van het individu. *Gevoelens, gewaarwordingen en gedachten worden benadrukt. Hulpverlening in verband met trauma benadrukt dan ook in de westerse context het intensief bespreken van gedachten en gevoelens over de meegemaakte ervaring en de confrontatie met de herinneringen aan de betreffende ervaring. Het gaat om het verwerven van inzichten door de persoon. In een samenleving waar het individu centraal staat is deze*

aanpak behoorlijk effectief (Brom, Kleber & Defares 1989). Het is de vraag of deze 'intrapsychische' gerichte aanpak met zijn grote nadruk op emoties (gepopulariseerd in moderne televisieprogramma's, zoals de Oprah Winfrey show) wel geschikt is in niet-westerse culturen, waar psychologisering van reacties op schokkende gebeurtenissen minder gehanteerd wordt.

Ook al zou het concept posttraumatische stress-stoornis een universeel te gebruiken categorie zijn, dan nog is het de vraag of psychotherapie het meest geëigende middel is om de moeilijkheden van personen in niet-westerse situaties op te lossen. Een samenleving biedt betekenissen aan om gedachten en emoties van door geweld en calamiteiten getroffen personen te kanaliseren en creëert dus middelen om het meegemaakte een plaats te geven in de eigen levensgeschiedenis. Verwerking kan ook worden gestimuleerd door beelden, rituelen en ceremonieën. Een markant voorbeeld zijn de vele standbeelden die de herinnering aan de oorlogsgetroffenen levend houden of de speciale zitplaatsen in treincoupés die men in Frankrijk voor de 'mutilés des guerres' reserveert. Zij vormen referentiekaders voor een individu en zijn gemeenschap om de emoties na een schok aan te verbinden en op die wijze de beheersing over het eigen bestaan te herwinnen ('ik heb niets voor niets geleden'). Het is hierin dat de socioculturele context een grote rol speelt. Verwerking heeft niet alleen een individuele, maar ook een collectieve dimensie. Deze wordt echter in de psychiatrische en psychologische literatuur nogal eens verwaarloosd (zie Kleber et al. 1995).

Het begrip posttraumatische stress-stoornis: mogelijkheden

Men kan veel kritiek hebben op het begrip posttraumatische stress-stoornis. Het formuleren van een verantwoord en bruikbaar alternatief is echter aanzienlijk minder gemakkelijk. Het is daarom zinvol om expliciet naar de waarde van de posttraumatische stress-stoornis te kijken.

Posttraumatische stress-stoornis als erkenning

Een positieve kant van de aandacht voor het onderwerp psychotrauma en het begrip posttraumatische stress-stoornis is het erkennen van het lijden ten gevolge van oorlog en geweld bij getroffen personen. Dit is een niet te onderschatten element. In Europese landen en in de Verenigde Staten heeft de introductie van posttraumatische stressstoornis geleid tot meer aandacht voor slachtoffers van geweld en calamiteiten en tot de ontwikkeling van zinvolle hulpverleningsactiviteiten. Velen van hen voelden zich verwaarloosd en genegeerd door zowel de samenleving als de reguliere gezondheidszorg en zagen de toegenomen aandacht als een grote ondersteuning. Zelfs de over het concept PTSS kritische wetenschapssocioloog Young wijst hierop: "Je hebt een groep mensen die in de oorlog zijn geweest. Ze hebben allerlei psychische problemen, hun leven is een rotzooi. En nu is er dit, het geeft ze waardigheid, hun leven een zin en bovendien nog een uitkering. Zelfs al zouden ze die uitkering krijgen op grond van een ziekte die er niet is, dan gun ik ze dat" (Den Hond 1991).

Een goed voorbeeld is in dit verband het onderzoek van Kinzie en collegae (1988, 1990). Zij onderzochten onder meer patiënten in een psychiatrische kliniek voor Indo-chinese vluchtelingen. Zij vonden een zeer hoge prevalentie van posttraumatische stressstoornissen onder alle patiënten (variërend van 54% tot 93%). Deze moeilijkheden traden niet alleen op bij vluchtelingen uit het door oorlog verscheurde Cambodja, maar ook bij andere etnische groepen, zoals de Vietnamezen en de Laotianen. Voorts hadden de symptomen een zeer chronisch karakter; een eventueel herstel deed zich zeer langzaam voor. De diagnose was overigens niet altijd gemakkelijk vast te stellen. De zeer ingrijpende gebeurtenissen werden niet spontaan gemeld; er diende expliciet en systematisch naar gevraagd te worden. Schaamte en angst voor gezichtsverlies belemmerden het bespreken van de verschrikkingen uit de oorlog. Dergelijk onderzoek heeft de gevolgen van de verschrikkingen in de oorlogen in Indo-China duidelijk gemaakt. Vele vluchtelingen zijn getraumatiseerd; zij kampen met zeer pijnlijke herinneringen en andere naweeën van het geweld. Als zodanig verschaft het onderzoek en het gebruik daarbij van de diagnose posttraumatische stressstoornis aandacht en erkenning.

PTSS als uitgangspunt voor hulp

Een andere positief element is dat inzichten over psychotrauma en posttraumatische stressstoornis een startpunt kunnen zijn voor 'counselling programs' en voorlichtingsprogramma's ('psycho-educatie') in landen buiten West-Europa en de Verenigde Staten. Zo voert Artsen zonder Grenzen sinds 1994 een omvangrijk project uit om de geestelijke gezondheidszorg in Sarajevo en andere door de oorlog geteisterde steden in Bosnië-Herzegovina te bevorderen. Kleine counselling-centra worden opgericht, bemand door plaatselijke hulpverleners die direct hulp verschaffen aan de lokale bevolking en die gesuperviseerd worden door eveneens in dit project getrainde psychologen en psychiaters. De hulp die zij bieden aan de oorlogsgetroffenen is zeer divers: van huisbezoeken aan behoeftige ouderen tot gespreksgroepen voor teruggekeerde militairen en kortdurende psychotherapieën. Counsellors en supervisoren worden in een intensieve cursus van verscheidene maanden getraind door Nederlandse deskundigen. Onderwerpen zijn afkomstig uit de algemene psychiatrie, uit de hulp aan kinderen en vrouwen in oorlogstijd, uit het werk met vluchtelingen en uit de psychotraumatologie. Ofschoon psychotrauma zeker niet het enige thema is in dit project, vormt het wel de leidraad in de diverse activiteiten (Kleber & Mittendorff 1994).

Op zich betreft een dergelijk project een zinvol initiatief. Het is de moeite waard 'westerse' expertise omtrent normale schokverwerking, posttraumatische stressstoornissen, de opvang van gewelds- en oorlogsslachtoffers en vormen van primaire en secundaire preventie door te geven (zie hiervoor ook De Jong 1993). De geboden kennis moet daarbij wel worden aangepast en getransformeerd (de kortdurende projecten van grote hulpverleningsorganisaties zijn om die reden tamelijk nutteloos). Ook doet een benadering louter in termen van posttraumatische stressstoornis onrecht aan de al eerder genoemde 'normale' verwerkingsprocessen. Een dergelijke benadering in termen van stoornissen is te individualistisch en te ziekteudidend. Bovendien mag zeker de veerkracht van mensen in dergelijke door oorlog en geweld geteisterde gebieden niet worden onderschat.

Traumazorg is niet altijd individualiserend

Het hierboven genoemde kritiekpunt van de individuele aanpak van trauma moet bovendien genuanceerd worden. Inderdaad is de vigerende benadering in de westerse psychotherapie en in de psychiatrie sterk individualiserend, maar daar staat tegenover dat dit minder opgaat voor de op psychotrauma gerichte zorg dan de reguliere gezondheidszorg en dat ook in westerse samenlevingen hulp aan door schokkende gebeurtenissen getroffen personen dikwijls wordt gegeven vanuit een meer sociaal en collectief perspectief. Erkenning en steun vanuit de omgeving – of het uitblijven ervan – spelen immers een grote rol in de bepaling van de gevolgen. Deze elementen worden dan ook gebruikt in de diverse vormen van hulp aan door (oorlogs)geweld of calamiteiten getroffen personen. Een goede bejegening vanuit de omgeving kan het verwerkingsproces danig stimuleren. De verbondenheid met anderen en met de gemeenschap wordt op deze wijze hersteld. Het contact met mensen die in dezelfde situatie verkeren kan daarbij een grote rol spelen. Het is dan ook niet toevallig dat vooral in de zorg omtrent trauma en rouw lotgenotenhulp een voornamelijk plaats inneemt. Vergelijkbare voorbeelden in Nederland zijn de lokale bureaus voor slachtofferhulp en de bedrijfsgerichte benaderingen in organisaties. Daarbij moet opgemerkt worden dat veel van deze hulp uit de sfeer van de psychotherapie is gehaald. Het gaat om benaderingen die een duidelijk preventief effect beogen.

Ook op het terrein van psychotherapie moet het eerder genoemde kritiekpunt genuanceerd worden. Er zijn pogingen ondernomen om cultuurspecifieke verklaringmodellen te combineren met de psychotherapeutische methode. Zo schetsen Bilu, Witzum en Van der Hart (1990) een behandeling van een patiënt lijdend aan een posttraumatische stress-stoornis met behulp van orthodoxe joodse gebruiken en metaforen zoals het op afstand houden van een demon of spreken met een persoonlijke engel.

Het tekort aan onderzoek

Als een positief aspect van het begrip posttraumatische stress-stoornis zou men kunnen stellen dat de weinige onderzoeken naar posttraumatische stress-stoornis onder niet-westerse groeperingen geen grote verschillen laten zien. De overeenkomsten zijn inderdaad opvallend. Hierbij zijn twee kanttekeningen te maken. Deze onderzoeken betreffen allereerst voornamelijk de problematiek van Indochinese vluchtelingen en niet-blanke Vietnamveteranen in de Verenigde Staten (zie Marsella, Friedman & Spain 1993). Verder kan men tegen deze onderzoeken inbrengen dat zij de diagnose posttraumatische stress-stoornis niet ter discussie hebben gesteld. Onderzoekers zoals Kinzie (1988) hebben de term als vaststaand uitgangspunt gebruikt en het is dan ook niet verwonderlijk dat zij geen aanwijzingen vonden voor twijfel. Van der Veer (1992) wijst erop dat de diagnose PTSS slechts ten dele bruikbaar zou zijn voor geestelijke gezondheidsproblematiek van vluchtelingen. Zij dekt onvolledig de vele klachten die dikwijls ook in andere categorieën zoals depressie zijn onder te brengen.

Het aantal onderzoeken naar trauma in niet-westerse situaties is zeer beperkt. Verantwoord onderzoek waarin schokverwerking en mogelijk optredende ernstige stoornissen

(waaronder de mogelijkheid van posttraumatische stress-stoornis) worden geanalyseerd in een niet-westerse context is niet voorradig. Om die reden willen wij ter vergelijking enkele bevindingen uit het empirische onderzoek van een verwante stoornis – depressie – beschrijven.

Een analogie met het onderzoek naar depressie

In de transculturele psychiatrie is altijd veel te doen geweest over de enorme variatie in de uiting van stoornissen (Tan 1980). Er heerst dan ook twijfel aan de eenduidigheid van de begrippen, zeker op psychisch terrein, maar tegelijk is er het besef dat in alle aandoeningen zekere universalia te onderkennen zijn. Deze complexiteit van de relatie tussen een psychische aandoening en cultuur is goed te illustreren aan de hand van depressie, een aandoening gekenmerkt door een reeks van gedragsmatige, affectieve, cognitieve en lichamelijke klachten. Op diverse niveaus kunnen zich verschillen voordoen.

- a. Verschillen in voorkomen van de aandoening op zich. In de westerse wereld zouden meer depressies voorkomen (zie Kleinman & Good 1965). Gezien de verschillen in klachten die hieronder worden vermeld is dit echter een wel erg globale en nauwelijks te bevestigen uitspraak.
- b. Verschillen in diagnostische categorieën. Het begrip depressie blijkt niet universeel te zijn. Termen die verwijzen naar depressie worden niet altijd gevonden bij samenlevingen die niet van Europese origine zijn, zoals Eskimo's, Chinezen, Japanners en de inwoners van Nigeria. Dit hoeft niet te betekenen dat het fenomeen op zich niet universeel zou zijn. Wellicht geeft men in een andere cultuur een verschillend 'label' aan de ervaren klachten.
- c. Verschillen in symptomatologie. Onderzoeken tonen aan dat de symptomen behoorlijk kunnen verschillen (Kleinman & Good 1965). De volledige 'range of manifestations' blijkt niet universeel te zijn. In de westerse cultuur staan schuld en zondebesef, evenals zelfverachting en suïcidale neigingen centraal in depressie. Deze symptomen zijn niet universeel. In Mexico ziet men bijvoorbeeld veel meer een complex van geagiteerde depressie, bestaande uit hostiliteit, hyperactiviteit, slapeloosheid en huilbuien. De Japanse cultuur moedigt een zekere mate van vernedering en deemoed aan, zodat zelfachting – en daarmee ook zelfminachting – niet zo belangrijk in deze cultuur is (Appels 1980).

Een grootschalige WHO-studie (Sartorius et al. 1980) die depressie met behulp van standaardinstrumenten onderzocht in vijf landen (Canada, India, Iran, Japan, Zwitserland) liet zien dat het patroon van depressie ongeveer hetzelfde was, maar dat de frequenties van symptomen behoorlijk verschilden. De percentages voor de aanwezigheid van schuldgevoelens waren bijvoorbeeld 68% in Zwitserland en 32% in Iran. Die voor lichamelijke reacties (vermoeidheid, gewichtsverlies, verlies aan seksualiteit) waren in Iran 57% en in Canada 27%. Algemeen waren vooral bedroefdheid, angst, verlies aan energie, verlies aan belangstelling, concentratieproblemen. Men moet er wel op bedacht zijn dat het hier steeds gaat om relatieve verschillen. Ook somatisatie is niet afwezig in Westerse subjecten (Moffaert & Vereecken 1989).

Opmerkelijk is echter dat de typisch psychologische uitingen – schuld, zelfverachting, wanhoop, zich ongelukkig voelen – tamelijk westers lijken te zijn. Het tegenovergestelde beeld – somatisatie – is meer kenmerkend voor veel andere culturen. In zijn studies van de Chinese situatie definieerde Kleinman (1986) somatisatie als de uiting van persoonlijk en sociaal ongenoegen (onder meer ten gevolge van werkproblemen en woonsituaties) in lichamelijke klachten en het zoeken naar medische hulp. Individuen ervaren persoonlijke en sociale problemen, maar interpreteren ze lichamenlijk en ervaren ze uiteindelijk ook als zodanig. Verlies en conflict worden dus getransformeerd tot pijn en somatische ongemakken. Lang niet alle depressieve patiënten in Chinese klinieken zijn zich ook bewust van hun neerslachtige stemming. Zij klagen wel over lichamelijke aandoeningen, maar niet over emotionele problemen. Kenmerkend is dat ze vage diffuse lichamelijke moeilijkheden rapporteren. De meest voorkomende van deze symptomen zijn: vermoeidheid, pijnen, maagklachten en hartklachten, eetproblemen met daarnaast ook slapeloosheid en hoofdpijnen. Wanneer rechtstreeks gevraagd geven zij ook gevoelens van neerslachtigheid toe. De vorm van communicatie is dus lichamenlijk. Dit heeft zeker ook te maken met het gegeven dat mentale stoornissen in China een zeer beladen etiket vormen. Kleinman wijst ook op het belang van een cultuur waarin harmonie hoog wordt gewaardeerd en waarin het openlijk uiten van persoonlijk ongenoegen streng wordt afgekeurd. Bovendien is de hulpverlening sterk gericht op lichamenlijke aandoeningen: psychische aandoeningen zijn niet echt toegelaten.

Het zou interessant zijn om te bestuderen in hoeverre de stoornissen na schokkende ervaringen ook onderhevig zijn aan somatisatie. Dergelijke bevindingen lijken zich namelijk ook voor te doen bij posttraumatische reacties. Kinzie en zijn collegae (1992) vonden dat de klachten van Indochinese vluchtelingen dikwijls meer lichamenlijk van aard waren.

Resumerend kunnen wij vaststellen dat de onderliggende emotionele conflicten en psychologische mechanismen bij psychische aandoeningen universeel zijn, maar dat de symptomen en gedragingen zijn ontleed aan een specifieke cultuur. De patiënt deelt zijn emotionele toestand door middel van in een cultuur erkende opvattingen, normen en symbolen mee zodat ze voor de groep rondom begrijpbaar zijn. In die zin zijn depressies cultuurspecifieke stoornissen, omdat de moeilijkheden van de persoon zich manifesteren via het filter van de culturele ervaring. Dan mag depressie als een wetenschappelijk concept wellicht wel een universele waarde hebben, het betekent echter wel dat het twijfelachtig is of de uitwerking ervan in een systeem zoals DSM-IV of ICD-10 voldoende de cross-culturele variatie in de inhoud van klachten dekt, daar dergelijke diagnostische systemen sterk vanuit de westerse situatie zijn geformuleerd en geen ruimte geven aan de betekenis van de klachten in de specifieke sociale context.

Het gevaar van reïficatie

Op zich is het concept posttraumatische stress-stoornis bruikbaar als een eenheid brengende noemer voor uiteenlopende moeilijkheden na zeer ingrijpende ervaringen. Een te betreuren gevolg is echter dat het sterk leunen op dit relatief recente begrip heeft

betekend dat oudere concepten (men denke aan de traumatische neurose) veronachtzaamd worden. Jammer is ook dat een in principe zinvolle term door het vele en vooral klakkeloze gebruik dreigt te verworden tot een keurslijf. Wetenschappelijke concepten worden immers al snel in zowel het formele als het informele taalgebruik tot 'dingen'. Processen worden tot afgesloten en geïsoleerde entiteiten, waarbij men grote moeite doet om in elkaar overvloeiende verschijnselen van elkaar te scheiden.

Ten aanzien van de term posttraumatische stress-stoornis treedt dit fenomeen 'reïfificatie' in sterke mate op. Hiervoor zijn drie met elkaar verweven redenen aan te geven (ontleend aan Van den Bout, Kleber & Brom 1991). In het algemeen hebben mensen – inclusief wetenschappers – in hun dagelijkse handelen en denken behoefte aan duidelijkheid, of beter nog eenduidigheid. Uit tal van sociaal-psychologische studies is duidelijk gebleken dat de onderlinge communicatie aanzienlijk *vergemakkelijkt* wordt wanneer men dezelfde begrippen steeds weer kan gebruiken, zonder telkens stil te hoeven staan bij de inhoud of de afbakening ervan. Wetenschappelijke begrippen zijn sociale constructies (constructies in de zin dat het steeds pogingen zijn van om gecompliceerde domeinen van aandacht begrijpelijk te maken, sociaal in de zin dat de termen steeds *gehanteerd en geaccepteerd worden in en vanuit een bepaalde groep van mensen*).

Daarnaast is er de overheersende rol van het gangbare model in de gezondheidszorg waarin grote prioriteit wordt gegeven aan differentiële diagnoses en de classificatie van syndromen. Het gehele systeem van DSM is er op gericht symptomen onder te brengen in afzonderlijke categorieën van aandoeningen die worden verondersteld werkelijk te bestaan. Het 'verdinglijken' van de gebruikte begrippen wordt in de hand gewerkt door het dichotome karakter van de classificatie: men heeft de betreffende stoornis wel of niet. De diagnose posttraumatische stress-stoornis heeft daarbij nog een extra moeilijkheid, omdat de etiologie van de stoornis is opgenomen in de definitie, terwijl onderzoeken (zie Kleber & Brom 1992, Wortman & Silver 1989) laten zien dat eenzelfde gebeurtenis tot verschillende gevolgen – andere stoornissen, helemaal geen psychische stoornissen – kan leiden.

Tenslotte is er de sterke behoefte in de buitenwereld (voorbeelden zijn media en beleidskringen) aan afgebakende en hanteerbare begrippen die gebruikt kunnen worden voor de besluitvorming. Overheidsinstanties en organisaties zoals verzekeringsmaatschappijen verlangen exacte aantallen waarop beleid en waarop uitkeringen gebaseerd dienen te worden. Er is een aanzienlijke druk vanuit de samenleving, zeker in verband met financiële aspecten, om 'hapklare' gegevens te verschaffen. Het simpelweg kunnen constateren of een slachtoffer wel of geen stoornis heeft is daarbij een nuttig instrument. Een term als posttraumatische stress-stoornis is dus een handig etiket, dat suggereert dat men precies weet waarover men praat.

Op zich zijn deze argumenten geen bezwaren tegen de concepten zelf als wel tegen het klakkeloze gebruik ervan. "Psychological problems are real, but are not entities. They are not discrete. They are not something that is entirely present or entirely absent, without shades in between" (Mirowsky & Ross 1989: 11). Het dichotome karakter van de diagnostische beoordeling is dus riskant, en in strijd met de gegevens van de meeste wetenschappelijke onderzoeken. Het concept PTSS mag en kan niet het onderzoek naar de gevolgen van zeer extreme ervaringen tiranniseren.

Alleen wanneer men deze overwegingen serieus neemt, is het mogelijk een verantwoord en empirisch onderbouwd perspectief op schokkende gebeurtenissen, verwerking en mogelijke problemen te ontwikkelen. Alleen dan kan men onderzoeken hoe mensen uit verschillende samenlevingen met diep ingrijpende ervaringen omgaan en kan men adviezen voor de geestelijke gezondheidszorg ter plekke formuleren.

Tot slot

In betrekkelijk korte tijd is de term posttraumatische stress-stoornis opgenomen in de psychiatrische classificaties van DSM en ICD en geworden tot een soort van universele aanduiding van de psychopathologie na zeer ingrijpende ervaringen. Uit dit artikel is naar voren gekomen dat dit een 'mixed blessing' is. Een zekere ambivalentie is dan ook kenmerkend voor deze beschouwing van PTSS. Een strikt gebruik van het concept in niet-westerse situaties is zinloos, onder meer omdat men de niet-pathologische reacties op schokkende gebeurtenissen dan ernstig veronachtzaamt en omdat men de verschijnselen te zeer vanuit een individualiserend kader analyseert. Een breder perspectief op schok- of traumaverwerking – waarin PTSS als een mogelijke categorie is opgenomen – is echter wel degelijk mogelijk.

Het gebrek aan adequaat onderzoek is een doorslaggevende tekortkoming in de psychotraumatologie als ook in de discussie over cultuur en trauma. Belangwekkende vragen zoals 'Is het schokverwerkingsproces universeel' en 'Zijn er culturele varianten in stoornissen te onderscheiden' zijn helaas daardoor moeilijk te beantwoorden. Pas na meer en beter onderzoek kan men een antwoord geven op vragen omtrent culturele variatie in het omgang met schokkende gebeurtenissen. Antropologische en psychologische cq. psychiatrische benaderingen zouden daarbij tezamen gehanteerd moeten worden. Erkende methoden uit de laatstgenoemde wetenschappen zoals het DSM-standaard-interview of gestandaardiseerde vragenlijsten zoals de Schokverwerkingslijst zijn op zich zinvol, maar er is gereede twijfel of ze zonder meer kunnen worden toegepast in niet-westerse situaties. De cross-culturele psychologie is immers vol van methodologische kritiek op het klakkeloos gebruiken van standaardinstrumenten (Segall 1986). Antropologische methoden leveren een zinvolle en noodzakelijke bijdrage, ofschoon zij zelden zijn gericht op individuele verwerkingsreacties en bijbehorende toepassingen in de hulpverlening (zie hiervoor ook Jahoda 1982). Kortom, er is dringend behoefte aan integratief onderzoek naar trauma.

Noot

Dr. Rolf J. Kleber is verbonden aan de vakgroep Klinische Psychologie & Gezondheidspsychologie van de Universiteit Utrecht en aan het Instituut voor Psychotrauma. Hij verrichtte diverse onderzoeken naar de gevolgen van de Tweede Wereldoorlog, traumatische ervaringen in de werksituatie en uiteenlopende aspecten van traumaverwerking en hulpverlening. Voor Artsen zonder Grenzen verzorgt hij 'mental health' trainingen in Bosnië-Herzegovina. Hij publiceerde onlangs

'Beyond Trauma: Cultural and societal dimensions' (1995) en 'Gezondheid en herinneringen aan de oorlogsjaren van Indische Jeugdige oorlogsgetroffenen' (1996).

Literatuur

American Psychiatric Association.

1987 *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, third edition revised (DSM-III-R)*. Washington DC: APA.

1994 *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (DSM-IV)*. Washington DC: APA.

Appels, A.

1980 Beschermd door de cultuur: Waarom komt het hartinfarct in Japan zo weinig voor? *Intermediair* 44: 35-41.

Becker, D.

1995 The deficiency of the concept of post-traumatic stress disorder when dealing with victims of human rights violations. In: R.J. Kleber, Ch.R. Figley & B.P.R. Gersons (eds.), *Beyond trauma: Societal and cultural dimensions*. New York: Plenum, pp. 99-110.

Bilu, Y., E. Witztum & O. van der Hart

1990 Paradise regained: 'Miraculous healing' in an Israeli psychiatric clinic. *Culture, Medicine & Psychiatry* 14: 105-127.

Bout, J. van den, R.J. Kleber & D. Brom

1991 Traumaverwerking en rouw: Eenheid in verscheidenheid? In: J.A.M. Winnubst et al. (red.), *De metamorfose van de klinische psychologie: Nieuwe ontwikkelingen in de klinische en de gezondheidspsychologie*. Assen: Van Gorcum, pp. 73-86.

Brom, D., R.J. Kleber & P.B. Defares

1989 Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57(5): 607-12.

Dijk, R. van

1995 Cultuur en trauma: Culturele variaties in de omgang met schokkende gebeurtenissen. *Medische Antropologie* 7(1): 128-42.

Eisenbruch, M.

1991 From post-traumatic stress disorder to cultural bereavement: Diagnosis of Southeast Asian refugees. *Social Science & Medicine* 33(6): 673-80.

Fortmann, H.

1971 *Inleiding tot de cultuurpsychologie*. Bilthoven: Ambo.

Hagendoorn, L.

1986 *Cultuurconflict en vooroordeel: Essays over de waarmening en betekenis van cultuurverschillen*. Alphen aan den Rijn: Samsom.

Herman, J.L.

1992 *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.

Hond, B. de

1991 Het houvast van de Vietnamziekte: Interview met A. Young. *Trouw*, 13 maart 1991.

- Horowitz, M.J.
1986 *Stress response syndromes*. New York: Jason Aronson.
- Jahoda, G.
1982 *Psychology and anthropology: A psychological perspective*. New York: Academic Press.
- Jong, J.T.V.M. de (red.)
1993 *Handleiding bij psychotrauma*. Amsterdam: Koninklijk Instituut voor de Tropen.
- Kinzie, J.D.
1988 Therapeutic approaches to traumatized Cambodian refugees. *Journal of Traumatic Stress* 2: 75-91.
- Kinzie, J.D. et al.
1990 The prevalence of posttraumatic stress disorder and its clinical significance among Southeast Asian refugees. *American Journal of Psychiatry* 147: 913-17.
- Kleber, R.J.
1994 De schok van geweld: De psychologie van gevolgen en verwerking. In: H.J. Aelterhuis et al., *De gewelddadige samenleving*. Baarn: Ambo, pp. 13-33.
1996 Psychobiology and clinical management of posttraumatic stress disorder. In: J.A. den Boer (ed.), *Clinical management of anxiety: Theory and practical applications*. New York: Marcel Dekker Inc., in press.
- Kleber, R.J. & D. Brom
1989 Incidentie van posttraumatische stress-stoornissen na frontervaringen, geweldsmisdrijven, ongevallen en rampen. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 31(10): 675-91.
- Kleber, R.J. & D. Brom, in collaboration with P.B. Defares
1992 *Coping with trauma: Theory, prevention and treatment*. Amsterdam/Berwyn, Pennsylvania: Swets & Zeitlinger International.
- Kleber, R.J., Ch.R. Figley & B.P.R. Gersons (eds.)
1995 *Beyond trauma: Societal and cultural dimensions*. New York: Plenum.
- Kleber, R.J. & C. Mittendorff
1994 Langdurig oorlogsgeweld in Sarajevo: Gevolgen voor de geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 72: 488-89.
- Kleinman, A.
1986 *Social origins of distress and disease: Depression, neurasthenia and pain in modern China*. New Haven: Yale University Press.
- Kleinman, A. & B. Good (eds.)
1985 *Culture and depression*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Kortmann, F.A.M.
1993 Westerse normen in de geestelijke gezondheidszorg. In: F.A.M. Kortmann, H.J.G. Kempen & H. Procee, *Westerse normen in de geestelijke gezondheidszorg*. Baarn: Ambo, pp. 15-30.
- Kousbroek, R.
1987 *Nederland: Een bewoond gordijn*. Amsterdam: Stichting CPNB.
- Marsella, A.J., M.J. Friedman & E.H. Spain
1993 Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder. In: R.S. Pynoos (ed.), *Post-traumatic stress disorder: A clinical review*. Luthervill, MD: Sidran Press, pp. 17-41.

- McFarlane, A.C.
 1995 The severity of the trauma: Issues about its role in posttraumatic stress disorder. *In*: R.J. Kleber, Ch.R. Figley & B.P.R. Gersons (eds.), *Beyond trauma: Societal and cultural dimensions*. New York: Plenum, pp. 31-54.
- Mirowsky, J. & C.E. Ross
 1989 Psychiatric diagnosis as reified instrument. *Journal of Health and Social Behavior* 30: 11-25.
- Moffaert, M. Van & A. Vrecccken
 1989 Somatization of psychiatric illness in Mediterrean migrants in Belgium. *Culture, Medicine and Psychiatry* 13: 297-315.
- Sartorius, N. et al.
 1980 Collaborative study: Assessment of depressive disorders. *Psychological Medicine*, 10: 743-49.
- Segall, M.H.
 1986 Culture and behavior: Psychology in global perspective. *Annual Review of Psychology* 37: 523-64.
- Simpson, M.
 1995 What went wrong? Diagnostic and ethical problems in dealing with the effects of torture and repression in South Africa. *In*: R.J. Kleber, Ch.R. Figley & B.P.R. Gersons (eds.), *Beyond trauma: Societal and cultural dimensions*. New York: Plenum, pp. 187-212.
- Summerfield, D.
 1995 Addressing human response to war and atrocity: Major challenges in research and practices and the limitations of western psychiatric models. *In*: R.J. Kleber, Ch.R. Figley & B.P.R. Gersons (eds.), *Beyond trauma: Societal and cultural dimensions*. New York: Plenum, pp. 17-30.
- Tan, E.S.
 1980 Culture-bound syndromes among overseas Chinese. *In*: A. Kleinman & T.Y. Lin (eds.), *Normal and abnormal behavior in Chinese Culture*. Dordrecht: Reidel, pp. 371-86.
- Veer, G. van der
 1992 *Counselling and therapy with refugees: Psychological problems of victims of war, torture and repression*. New York: Wiley.
- Wortman, C.B. & R.L. Silver
 1989 The myths of coping with loss. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 57: 349-57.