

Dank voor het downloaden van dit artikel. Dit artikel is gepubliceerd in tijdschrift *Gedragstherapie* volgens het Gold Open Access-model.

© 2026 De auteur(s). De auteur(s) behouden het auteursrecht op dit artikel.

Dit artikel wordt verspreid onder de voorwaarden van de Creative Commons Naamsvermelding-GeenAfgeleideWerken 4.0 Internationale licentie (CC BY-ND 4.0). Deze licentie staat toe dat het artikel vrij wordt gelezen, gedownload, gedeeld en verder verspreid, ook voor commerciële doeleinden, mits de oorspronkelijke auteur(s), titel, bron en publicatiegegevens correct worden vermeld en het artikel ongewijzigd wordt verspreid. Het maken en verspreiden van bewerkte versies, vertalingen of andere afgeleide werken is niet toegestaan zonder voorafgaande toestemming van de auteur(s).



Tijdschrift *Gedragstherapie* wordt uitgegeven door Koninklijke Boom Uitgevers in samenwerking met de Stichting voor Gedragstherapie.

# Boom

# Culturele adaptatie van psychologische interventies

---

## *Een nieuw conceptueel raamwerk<sup>1</sup>*

---

► EVA HEIM & BRANDON KOHRT

**Samenvatting** Culturele verschillen spelen een rol in hoe psychische symptomen worden ervaren en verklaard. Onderzoek naar culturele adaptatie van interventies laat gemengde resultaten zien en mist systematische onderscheidingen tussen verschillende aanpassingstypen. Dit artikel stelt op basis van bestaande studies een nieuw raamwerk voor culturele adaptatie voor, dat is bedoeld als basis voor toekomstig onderzoek en praktijk. Het raamwerk bevat drie elementen: culturele concepten van *distress*, behandelcomponenten en wijze van aanbieden. Deze onderdelen zijn in de literatuur wel beschreven, maar zelden grondig onderzocht. Vernieuwend onderzoek is nodig om hun effect te bepalen. Theoriegestuurd, vernieuwend onderzoek kan niet alleen leiden tot betere zorg voor diverse groepen, maar ook bijdragen aan kennis over werkzame ingrediënten van psychotherapie in het algemeen.

TREFWOORDEN — *culturele adaptatie, psychologische interventies, cultureel diverse groepen, migrantenpopulaties*

### **Kernboodschappen voor de klinische praktijk**

- De fenomenologie van veelvoorkomende psychische stoornissen, evenals opvattingen over de relatie tussen lichaam en geest, variëren tussen culturen.
- Culturele adaptatie kan de acceptatie en effectiviteit van psychologische interventies, waaronder cognitieve gedragstherapie, vergroten.
- Er is een gebrek aan empirisch bewijs over welke substantiële aanpassingen binnen culturele adaptatie daadwerkelijk van belang zijn.
- Theoriegestuurde, experimentele benaderingen zijn nodig in onderzoek naar culturele adaptatie.

1 Dit artikel is een bewerkte vertaling van Heim & Kohrt (2019). De vertaling en bewerking zijn verzorgd door S. Ghane en J. W. Knipscheer, met toestemming van de auteurs.

## Inleiding

In de literatuur bestaat een voortdurende discussie over de vraag in hoeverre psychologische interventies die zijn ontwikkeld in zogenaemde ‘WEIRD-samenlevingen’ (waarin ‘WEIRD’ staat voor *western, educated, industrialized, rich en democratic*) (Henrich et al., 2010) culturele adaptatie behoeven om effectief te zijn in de behandeling van veelvoorkomende psychische stoornissen bij cultureel diverse groepen. Literatuur wijst op culturele variatie in hoe symptomen van veelvoorkomende psychische stoornissen worden geuit (Bovey et al., 2024; Haroz et al., 2017; Hosny et al., 2023). Daarnaast geven verschillende culturele groepen uiteenlopende verklaringen voor het ontstaan van deze symptomen, waarin hun (impliciete) aannamen over de relatie tussen lichaam en geest, en hun religieuze of spirituele overtuigingen tot uiting komen (zie bijvoorbeeld: Kohrt & Hruschka, 2010).

## *Culturele variatie vraagt om nuance*

Ondanks deze culturele variatie in symptomen en veronderstelde oorzaken, suggereert meta-analytisch bewijs dat evidencebased psychologische interventies effectief zijn voor de behandeling van veelvoorkomende psychische stoornissen bij cultureel diverse groepen (Cuijpers et al., 2018; Singla et al., 2017). In welke mate culturele adaptatie de acceptatie en effectiviteit van dergelijke interventies verder kan vergroten, is echter onderwerp van een lopend debat in de literatuur. Dit debat is om verschillende redenen bijzonder relevant voor cognitieve gedragstherapie (CGT). Ten eerste is CGT de meest gebruikte psychologische interventie in de reguliere klinische praktijk, evenals in transculturele zorgcontexten. Het vergroten van de acceptatie en effectiviteit van CGT zou de behandeluitkomsten voor veel patiënten in uiteenlopende settings direct kunnen verbeteren. Ten tweede maakt het gestructureerde en protocollaire karakter van CGT het relatief eenvoudig om aanpassingen door te voeren, in vergelijking met veel andere vormen van psychotherapie. Ten slotte hanteert CGT vaak een relatief gedecontextualiseerde benadering van psychische gezondheid en lijden. Juist daardoor kan CGT aanzienlijk profiteren van culturele en contextuele aanpassingen die de behandeling beter laten aansluiten bij de opvattingen, waarden en geleefde ervaringen van patiënten.

## Culturele adaptatie van psychologische interventies

Bernal en collega’s (2009) definiëren culturele adaptatie als ‘de systematische aanpassing van een evidencebased behandeling of interventieprotocol waarbij rekening wordt gehouden met taal, cultuur en context, zodanig dat deze aansluit bij de culturele patronen, betekenissen en waarden van de cliënt’ (p. 362). Culturele adaptatie kan variëren van aanpassingen die relatief weinig middelen vergen (bijvoorbeeld het aanpassen van illustraties of

casusvoorbeelden) tot aanpassingen die een aanzienlijke investering van tijd en personele middelen vereisen, bijvoorbeeld aanpassingen aan culturele concepten van distress (Kohrt et al., 2014).

Bernal en collega's (Bernal et al., 1995; Bernal & Sáez-Santiago, 2006) ontwikkelden een raamwerk voor culturele adaptatie van psychologische interventies dat acht elementen omvat: (1) taal, (2) therapeutische relatie, (3) metaforen, (4) inhoud van de interventie, (5) ziekteconcept, (6) behandeldoelen, (7) wijze van aanbieden, en (8) context. Meta-analytisch bewijs suggereert dat cultureel aangepaste psychologische interventies effectief zijn, in vergelijking met verschillende controlegroepen ( $d = 0,45$ ) (Griner & Smith, 2006), en effectiever dan niet-aangepaste versies van dezelfde interventie wanneer ze direct worden vergeleken ( $g = 0,52$ ) (Hall et al., 2016). Bovendien lieten twee meta-analyses zien dat effectgroottes toenamen naarmate meer adaptatie-elementen uit het raamwerk van Bernal werden geïmplementeerd (Harper Shehadeh et al., 2016; Smith et al., 2011). Niettemin zijn er in de literatuur over culturele adaptatie verschillende knelpunten gerapporteerd.

Ten eerste is het raamwerk van Bernal en collega's (Bernal et al., 1995; Bernal & Sáez-Santiago, 2006) bekritiseerd vanwege met name de opsommende indeling ervan en de gerapporteerde knelpunten bij het implementeren van de verschillende elementen in de dagelijkse klinische praktijk (Chu & Leino, 2017). De acht elementen zijn bovendien niet duidelijk van elkaar te onderscheiden, maar overlappen elkaar. Zo is het moeilijk om onderscheid te maken tussen aanpassingen in taal of metaforen, die nauw met elkaar verweven zijn. Daarnaast is het raamwerk oorspronkelijk ontwikkeld voor face-to-facebehandelingen, waardoor de toepasbaarheid ervan voor andere behandelvormen, zoals zelfhulpinterventies, beperkt is (Harper Shehadeh et al., 2016).

Ten tweede blijkt – bij nadere beschouwing van de oorspronkelijke studies die in de bovengenoemde meta-analyses zijn opgenomen – dat zeer uiteenlopende interventies werden onderzocht, zoals psycho-educatie, ouderprogramma's, cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke therapie, vaardigheidstraining, systeemtherapie en probleemoplossende therapie. De veronderstelde werkingsmechanismen achter deze benaderingen verschillen sterk, waardoor waarschijnlijk niet al deze interventies in dezelfde mate culturele adaptatie behoeven. Bovendien geven de meeste oorspronkelijke studies en meta-analyses slechts beperkte beschrijvingen van de culturele adaptaties die daadwerkelijk in de oorspronkelijke studies zijn uitgevoerd, met enkele uitzonderingen (zie bijvoorbeeld: Abi Ramia et al., 2018).

Ten derde is er weinig empirisch bewijs om vast te stellen welke elementen van culturele adaptatie in het bijzonder relevant zijn om de acceptatie en effectiviteit van behandelingen te vergroten. Benish en collega's (2011) toonden bijvoorbeeld aan dat culturele adaptatie van de *illness myth* – dat wil zeggen het verklaringsmodel voor symptomen dat patiënten aangereikt wordt (Bhui et al., 2006) – de enige moderator was van grotere effectgroottes van cultureel aangepaste psychotherapieën ten opzichte van

andere actieve behandelingen ( $d = 0,21$ ). Deze bevinding was echter gebaseerd op zwak empirisch bewijs.

Naast het raamwerk van Bernal zijn het afgelopen decennium verschillende andere raamwerken gepubliceerd (Domenech Rodríguez & Bernal, 2012). In een poging de verscheidenheid aan elementen uit deze raamwerken te ordenen, voerden Chu en Leino (2017) een systematische review uit. Zij ontwikkelden een nieuw, evidencebased raamwerk voor culturele adaptatie, dat onderscheid maakt tussen de adaptatie van kernaspecten versus perifere aspecten van psychotherapie. Kerncomponenten zijn de therapeutische ingrediënten waarvan men op basis van psychologische theorieën aanneemt dat zij symptoomverandering veroorzaken, terwijl perifere componenten betrekking hebben op behandelkenmerken die samenhangen met de haalbaarheid en acceptatie van de interventie (bijvoorbeeld taal of casusvoorbeelden). In hun review vonden Chu en Leino (2017) dat alle geïnccludeerde studies perifere aanpassingen hadden geïmplementeerd, terwijl 11% kerncomponenten had gewijzigd en 60% kerncomponenten had toegevoegd.

*Adaptatie werkt,  
maar hoe precies?*

Het nieuwe adaptatiekader van Chu en Leino (2017) vormt een verbetering ten opzichte van andere raamwerken, met name omdat het gebaseerd is op empirische studies, in plaats van op expertopinion. Bovendien maakt de indeling van behandelkenmerken in perifere aspecten (bijvoorbeeld de wijze van aanbieden) en kernaspecten het model duidelijker en eenvoudiger, in vergelijking met andere raamwerken. Tegelijkertijd is dit raamwerk gebaseerd op wat tot nu toe is onderzocht en kan het daardoor geen aspecten omvatten die mogelijk in de literatuur zijn verwaarloosd. Daarnaast biedt het vanwege zijn pragmatische aard niet de noodzakelijke theoretische aannamen over hoe en waarom culturele adaptatie de acceptatie en effectiviteit van psychologische interventies zou kunnen vergroten. Een meer theoriegestuurd raamwerk kan de basis vormen voor empirisch onderzoek dat deze vragen onderzoekt.

Wanneer men in plaats van een pragmatische benadering een dergelijke theoriegestuurde hanteert, blijkt de scheiding tussen kernaspecten en perifere aspecten van psychologische interventies mogelijk minder eenduidig dan Chu en Leino (2017) suggereren. Twee prominente systematische reviews concluderen dat het huidige bewijs onvoldoende is om verandingsmechanismen in psychotherapie te verklaren (Cuijpers, Cristea et al., 2019; Lemmens et al., 2016). Het is goed mogelijk dat psychotherapie werkt via gemeenschappelijke factoren, zoals de therapeutische alliantie, positieve verwachtingen en een overtuigende behandelrationale, in plaats van via specifieke technieken waarvan wordt aangenomen dat zij veranderingen in symptomen veroorzaken (Cuijpers, Reijnders, & Huibers, 2019). Factoren die door Chu en Leino (2017) als perifeer worden geclassificeerd, zoals psycho-educatie, zouden daarom in feite de kerningrediënten van psychotherapie kunnen zijn, zoals hieronder verder wordt toegelicht.

In meer algemene zin maken Resnicow en collega's (1999) onderscheid tussen *surface*-adaptaties en *deep-structure*-adaptaties van gezondheidsinterventies. Surface-adaptaties verwijzen naar het afstemmen van materialen (bijvoorbeeld illustraties en taal) en settings voor interventie op observeerbare kenmerken van de doelgroep. Deep-structure-adaptaties houden daarentegen rekening met de manier waarop culturele, sociale, omgevings- of historische factoren gezondheidsgedrag beïnvloeden. Dergelijke aanpassingen zijn gebaseerd op aannamen over hoe leden van een bepaalde culturele groep de oorzaak, het verloop en de behandeling van een ziekte begrijpen. Resnicow en collega's (1999) ontwikkelden hun raamwerk voor gezondheidsinterventies in het algemeen. Wanneer deze logica wordt toegepast op de culturele adaptatie van psychologische interventies voor de behandeling van veelvoorkomende psychische stoornissen, kan bij de ontwikkeling van deep-structure-adaptaties rekening worden gehouden met bevindingen uit etnopsychologisch onderzoek.

### **Theoretische en empirische fundamenten voor culturele adaptatie**

Etnopsychologie maakt gebruik van etnologisch onderzoek om de opvattingen te bestuderen van verschillende populaties over psychologische concepten, zoals het zelf, emoties en de menselijke natuur (White, 1992). Etnopsychologisch onderzoek heeft een omvangrijke hoeveelheid evidentie opgeleverd over *cultural concepts of distress* (CCD's), een term die in de DSM-5 werd geïntroduceerd om culturele fenomenen met betrekking tot mentale gezondheid te beschrijven (APA, 2013). CCD's omvatten andere termen die in de literatuur al langer worden gebruikt, zoals *culture-bound syndromes* (APA, 1994), *idioms of distress* (Nichter, 1981, 2010), *explanatory models* (Bhui & Bhugra, 2002) en *illness narratives* (Groleau et al., 2006).

Kohrt en collega's (2014) hebben evidentie over CCD's uit verschillende delen van de wereld samengevat in een systematische review. Zij vonden dat beter uitgevoerde studies CCD's identificeerden die duidelijk verschilden van westerse diagnoses van veelvoorkomende psychische stoornissen. Dergelijke studies onderzochten de manieren waarop mensen lijden uitdrukken, hun aannamen over de oorzaken van psychisch lijden en mogelijke manieren om dit te overwinnen, de fysiologische en spirituele betekenissen die aan lijden worden toegekend, en het onderscheid tussen universeel menselijk lijden en psychische stoornissen (zie bijvoorbeeld: Keys et al., 2012; Kohrt & Hruschka, 2010; Shala, Morina, Salis Gross et al., 2020).

Een voorbeeld van het aanpassen van psychologische interventies aan dergelijke CCD's werd geleverd door Hinton en collega's (2012), die *culturally adapted cognitive behavioural therapy* (CA-CBT) voor PTSS ontwikkelden. CA-CBT is oorspronkelijk ontwikkeld voor Cambodjaanse overlevenden van het regime van de Rode Khmer. De behandeling richt zich op het CCD van *khyâl attacks*, dat gebaseerd is op Cambodjaanse opvattingen over een windachtige substantie die door het lichaam circuleert (Hinton et

al., 2010). Volgens deze opvatting veroorzaakt een verstoring van de khyâl-stroom symptomen als duizeligheid en angst, die gepaard gaan met catastrofale overtuigingen en traumaherinneringen. CA-CBT is gebaseerd op dit specifieke concept van de relatie tussen lichaam en geest, en de belangrijkste behandelcomponenten zijn emotionele exposure en technieken voor emotieregulatie (bijvoorbeeld meditatie en yoga-achtige rekoefeningen). CA-CBT maakt dus gebruik van technieken die niet uniek zijn voor Cambodjanen, maar de behandelrationale die aan patiënten wordt aangeboden is geworteld in hun eigen verklaringsmodel, dat gebaseerd is op khyâl.

Dit voorbeeld illustreert een van de fundamentele debatten binnen het psychotherapieonderzoek, namelijk over de vraag of het effect van behandeling is geworteld in de technieken zelf of eerder in de rationale die voor het gebruik ervan wordt gegeven (Wampold & Imel, 2015). Zoals Wampold (2007) het formuleert: 'Psychotherapie is niet simpelweg het voertuig voor de overdracht van psychologische ingrediënten, maar vormt eerder een sterk verweven systeem dat taal gebruikt om de interpretaties van cliënten over de wereld te construeren, of beter gezegd te reconstrueren' (p. 8). In psychotherapieonderzoek komen oudere en meer recente meta-analyses consequent tot de conclusie dat we, na decennia van gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's), nog steeds niet weten wat de 'werkzame ingrediënten' van psychotherapie zijn (Ahn & Wampold, 2001; Cuijpers, Cristea, et al., 2019; Lemmens et al., 2016). Met 'werkzame ingrediënten' worden de behandelcomponenten bedoeld die (verondersteld worden te) leiden tot symptoomverandering. De huidige bevindingen laten niet toe om te concluderen of symptoomverbetering wordt veroorzaakt door specifieke interventies (bijvoorbeeld gedragsactivatie of technieken voor stressmanagement) of door niet-specifieke factoren, zoals de therapeutische alliantie, positieve verwachtingen over de uitkomst of het bieden van een overtuigende behandelrationale (Cuijpers, Cristea, 2019).

Deze conclusie is zeer relevant voor het onderzoek naar culturele adaptatie van psychologische interventies. Chu en Leino (2017) beschouwden 'psycho-educatie' als een perifere aspect van culturele adaptatie. Het doel van een specifieke therapeutische techniek uitleggen op een manier die beter aansluit bij het wereldbeeld van de patiënt kan echter veel meer zijn dan slechts een perifere aanpassing om de interventie acceptabeler te maken. Dergelijke aanpassingen in taal kunnen raken aan impliciete verklaringsmodellen van patiënten, die op hun beurt de onderliggende werkingsmechanismen kunnen veranderen, zelfs wanneer de interventie zelf (bijvoorbeeld een stressmanagementtechniek) hetzelfde blijft. Eenzelfde aanpassing kan dus als zowel een kerncomponent als een perifere component worden beschouwd.

Samenvattend zijn theoriegestuurde, experimentele studies nodig om beter te begrijpen of en hoe culturele adaptatie bijdraagt aan de acceptatie en effectiviteit van psychologische interventies. Dergelijke studies kunnen op langere termijn tevens bijdragen aan een beter begrip van de werkzame ingrediënten van psychotherapie zelf. Wij beogen de basis te leggen voor

dergelijk onderzoek door een nieuw conceptueel raamwerk voor te stellen. De elementen van dit raamwerk zijn gebaseerd op empirische bevindingen uit etnopsychologisch onderzoek, onderzoek naar culturele adaptatie van psychologische interventies, en psychotherapieonderzoek zoals hiervoor uiteengezet.

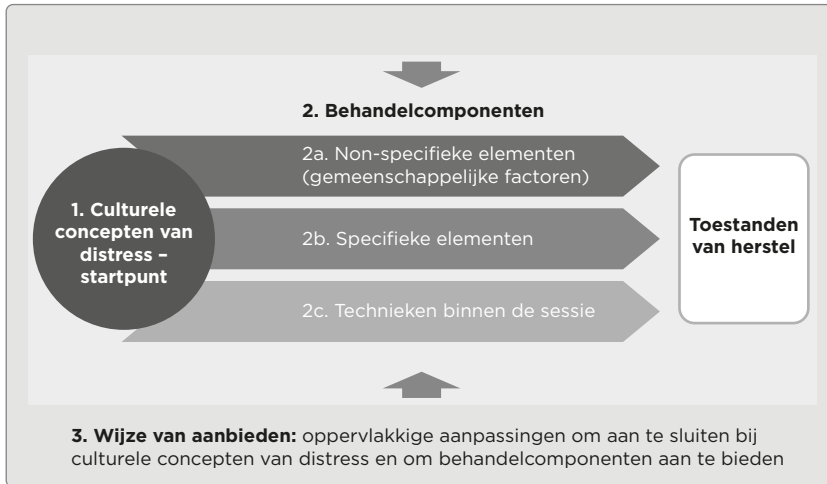
### **Een nieuw raamwerk voor culturele adaptatie**

Ons raamwerk is gebaseerd op de elementen van psychologische interventies die potentieel aangepast kunnen worden, ongeacht of dit in eerder onderzoek al is gedaan of niet. Alvorens empirische studies uit te voeren, lijkt het belangrijk om eerst een conceptuele benadering te hanteren, zodat alle aspecten van een interventie die mogelijk kunnen bijdragen aan symptoomverandering worden meegenomen.

Ons raamwerk voor culturele adaptatie (figuur 1) bestaat uit drie hoofdelementen, die hierna nader worden beschreven. Wij formuleren geen voorafgaande aannamen over welke componenten symptoomverandering veroorzaken. Omdat bewijs voor substantiële modificaties ontbreekt, worden alle elementen als even relevant beschouwd voor empirische toetsing. De elementen weerspiegelen in algemene zin de twee dimensies die door Resnicow en collega's (1999) zijn voorgesteld, namelijk surface-adaptaties en deep-structure-adaptaties (zie hiervoor). Terwijl het raamwerk van Resnicow en collega's meer werd ontwikkeld voor gezondheidsinterventies in het algemeen, hebben wij mogelijke deep-structure-adaptaties nader gespecificeerd voor psychologische interventies gericht op de behandeling van veelvoorkomende psychische stoornissen.

De elementen worden gepresenteerd in wat wij beschouwen als een plausibele volgorde, beginnend bij wat mogelijk de kern vormt van culturele adaptaties, namelijk de culturele concepten van distress (CCD's). Vanuit de CCD's – dat wil zeggen de verklaringsmodellen en idiomen van distress – kunnen relevante behandelcomponenten worden afgeleid en hypothesen geformuleerd over de wijze van aanbieden. In het vervolg beschrijven wij de drie hoofdelementen en de bijbehorende subelementen van het nieuwe raamwerk, en geven wij voorbeelden uit de literatuur ter onderbouwing van onze aannamen. Tegelijkertijd doen wij suggesties voor de implementatie van deze adaptaties. Ons primaire doel is om een raamwerk te bieden als basis voor empirische toetsing, maar de hierna beschreven elementen kunnen ook worden gebruikt voor adaptaties in de klinische praktijk.

*Deep structure gaat verder dan taal en voorbeelden*



**Figuur 1** Nieuw raamwerk voor culturele adaptatie

**Culturele concepten van distress** Het eerste element van het raamwerk richt zich op kernopvattingen over distress en de mate waarin de behandelrationale aansluit bij culturele theorieën over herstel en genezing. Dit omvat twee aspecten: [1] verklaringmodellen (dat wil zeggen: etiologische aannamen) en [2] idiomen van distress (dat wil zeggen: de uitdrukking van symptomen). Verschillende semigestructureerde interviewrichtlijnen zijn ontwikkeld om CCD's te onderzoeken, bijvoorbeeld het Cultural Formulation Interview in DSM-5 (APA, 2013), het Short Explanatory Model Interview (SEMI; Lloyd et al., 1998), het Barts Explanatory Model Inventory (BEMI; Rüdell et al., 2009) of het McGill Illness Narrative Interview (MINI; Groleau et al., 2006). Deze interviews bestrijken beide aspecten – zowel idiomen van distress als verklaringmodellen – en kunnen helpen om de leefwereld van patiënten beter te begrijpen.

*1. Verklaringsmodellen* — Mensen die psychisch lijden ervaren, ontwikkelen verklaringen voor hun symptomen (Wampold, 2007). Deze verklaringen zijn gebaseerd op intuïtieve en cultureel gevormde opvattingen over de interactie tussen geest en lichaam (Kirmayer, 2001; Kirmayer & Bhugra, 2009). Hiervoor hebben wij het voorbeeld besproken van *khyâl*-aanvallen onder Cambodjaanse overlevenden van het Rode Khmer-regime (Hinton et al., 2010). Andere voorbeelden zijn het concept van de *heart-mind*, dat in Nepal wordt beschreven (Kohrt & Hruschka, 2010), of van de *heart narratives*, die in Haïti worden gebruikt om psychisch lijden te beschrijven (Keys et al., 2012).

Een ander voorbeeld betreft bevindingen rond fatalisme. Een etnopsychologische studie liet zien dat Albanees-sprekende immigranten in Zwitserland hun lijden begrijpen als onderdeel van het normale leven, gegeven

door God of het lot (*fati*), en als iets wat niet kan worden genezen, maar met volharding moet worden gedragen (*durim*) (Shala, Morina, Salis Gross et al., 2020). Fatalisme werd ook gevonden onder Turkse immigranten in Duitsland (Franz et al., 2007; Reich et al., 2015). In vergelijking met Duitse patiënten vertoonden Turkse immigranten meer fatalistische, extern georiënteerde attributies voor psychisch lijden, wat resulteerde in een lagere motivatie voor psychotherapie. Het concept van het lot komt ook voor in islamitische opvattingen over lijden: ‘De notie van *qadar* (القَدْر, “lot”) staat centraal in deze context. Deze acceptatie van het lot moet niet worden gelijkgesteld met fatalisme, maar kan beter worden begrepen binnen een kader van overgave, wat tot uitdrukking komt in de waarde die wordt gehecht aan geduld in het aangezicht van machteloosheid en tegenspoed, zoals ziekte en verlies. Het leven kan worden gezien als een voorbijgaande fase van het bestaan, een beproeving voor het eeuwige leven dat na de dood komt’ (Hassan et al., 2015, p. 27).

Psychologische interventies bieden idealiter verklaringen die verschillen van de opvattingen van de patiënt, maar die niet zó sterk afwijken van diens intuïtieve aannamen dat ze worden verworpen (Wampold, 2007). Voor therapietrouw en behandelcompliance is het essentieel dat patiënten de rationale achter de behandeling begrijpen en die tot op zekere hoogte delen. Tegelijkertijd is het belangrijk om patiënten een nieuwe verklaring en behandelrationale te bieden, teneinde hen te motiveren therapeutische technieken uit te proberen en ermee te oefenen. Reich en collega’s (2021) ontwikkelden bijvoorbeeld een online interventie om fatalisme onder Turkse immigranten in Duitsland aan te pakken en hun motivatie voor psychotherapie te vergroten. In een pilotstudie vonden zij dat deze interventie de behandelmotivatie verhoogde en fatalistische overtuigingen verminderde.

*2. Idiomen van distress* — Dit element onderzoekt de culturele relevantie van de symptomen waarop een interventie zich richt. Veelvoorkomende psychische stoornissen kunnen worden begrepen als latente (dat wil zeggen: niet-zichtbare) concepten die symptomen en hun expressie (dat wil zeggen: hun fenomenologie) veroorzaken (Chentsova-Dutton & Ryder, 2025). Er bestaat een omvangrijke literatuur over verschillen in symptoom-expressie tussen culturen, bijvoorbeeld met betrekking tot emotionele versus somatische klachten (zie bijvoorbeeld: Kirmayer, 2001; Ma-Kellams, 2014; Ryder et al., 2008). Daarnaast hebben etnopsychologische studies uit verschillende delen van de wereld een breed scala aan benamingen opgeleverd die worden gebruikt om psychisch lijden op een sociaal en cultureel aanvaardbare manier te uiten (zie bijvoorbeeld: Haroz et al., 2017). Een voorbeeld is de uitdrukking *thinking too much*, die in veel delen van de wereld wordt aangetroffen en in gezondheidscommunicatie kan worden gebruikt als een niet-stigmatiserende manier om symptomen van psychisch lijden te beschrijven (Kaiser et al., 2015).

Het zou echter onjuist zijn te veronderstellen dat dergelijke labels simpelweg verschillende uitdrukkingen zijn van hetzelfde latente construct (bijvoorbeeld depressie of angst). Dergelijke lokale uitdrukkingen weerspiegelen vaak impliciete aannamen over interacties tussen geest en lichaam, zoals hiervoor beschreven. Daarom is het relevant om cultureel prominente symptomen zorgvuldig in kaart te brengen en behandelcomponenten dienovereenkomstig te selecteren.

Het is bovendien van belang dat CCD's niet worden opgevat als coherente 'syndromen' (bijvoorbeeld khyâl-aanvallen) die men zou aantreffen in homogene groepen mensen (bijvoorbeeld Cambodjanen) (Lewis-Fernández & Kirmayer, 2019). In recentere literatuur is de term 'cultuur' vervangen door 'sociaal-culturele context', die wordt gevormd door een grote verscheidenheid aan factoren, zoals leeftijd, gender en sociaal-economische status (Markus & Hamedani, 2019). 'Culturele adaptatie' brengt het risico van stereotypering met zich mee: de aanname dat groepen mensen noodzakelijkerwijs dezelfde opvattingen over mentale gezondheid delen. Het verkennen van CCD's en idiomaten van distress moet daarom eerder worden opgevat als een patiëntgerichte benadering, waarin de sociaal-culturele identiteit van de patiënt, diens idiomaten van distress, aannamen en verwachtingen worden onderzocht, om samen een verklaringsmodel en behandelplan te construeren dat zowel begrijpelijk voor de patiënt als voldoende 'nieuw' is om therapeutische verandering te initiëren (Heim et al., 2026).

**Behandelcomponenten** Om behandelcomponenten te beschrijven, baseren wij ons op een bestaande taxonomie van Singla en collega's (2017), die een systematische review en meta-analyse uitvoerden van psychologische interventies in lage- en middeninkomenslanden. In meerdere stappen analyseerden zij de bestaande taxonomieën van gangbare psychologische behandelcomponenten en gedragsveranderingstechnieken die worden toegepast bij veelvoorkomende psychische stoornissen. Op basis van deze analyse stelden zij een taxonomie van behandelcomponenten voor, die de volgende drie elementen omvat: [1] specifieke therapeutische elementen (dat wil zeggen gedragsmatige, cognitieve, interpersoonlijke en emotiegerichte interventies); [2] niet-specifieke elementen ter bevordering van de behandelbetrokkenheid (bijvoorbeeld empathie, actief luisteren, en het bespreken van de voor- en nadelen van behandeling); en [3] technieken die tijdens de sessie worden toegepast (bijvoorbeeld doelbepaling, rollenspellen en het geven van complimenten). In hun meta-analyse vonden zij dat twee specifieke technieken (namelijk interpersoonlijke en emotiegerichte technieken), evenals niet-specifieke elementen, de sterkste samenhang vertoonden met de effectiviteit van trials. Hierna beschrijven wij hoe deze componenten cultureel aangepast kunnen worden. Hoewel de taxonomie werd ontwikkeld voor interventies in lage- en middeninkomenslanden die worden uitgevoerd door lekenhulpver-

*Behandelcomponenten  
zijn cultureel  
vormbaar*

leners (een benadering die vaak wordt gekozen om schaalbaarheid te vergroten in contexten met schaarse middelen), vormt zij tevens een bruikbaar kader om de verschillende ‘ingrediënten’ van psychotherapie in het algemeen te beschrijven. De taxonomie helpt ook te beschrijven hoe deze ingrediënten kunnen worden aangepast aan diverse sociaal-culturele contexten.

*1. Specifieke therapeutische elementen* — Studies die psychologische interventies in lage- en middeninkomenslanden testen, geven vaak redenen om te kiezen voor de ene techniek boven de andere. Zo wordt betoogd dat gedragsactivatie eenvoudiger uit te leggen is dan cognitieve technieken, met name wanneer de interventie wordt uitgevoerd door lekenhulpverleners (Dawson et al., 2015). Idealiter is de selectie van therapeutische technieken gebaseerd op kernopvattingen over menselijk lijden en herstel binnen de doelgroep, alsmede op cultureel relevante symptomen van psychisch lijden.

Gedragsactivatie bijvoorbeeld is gebaseerd op de theoretische aanname dat inertie en vermijding centrale werkingsmechanismen zijn bij depressie (Ferster, 1973; Lewinsohn, 1974; Veale, 2008). Een kwalitatieve studie die in Libanon werd uitgevoerd ten behoeve van de culturele adaptatie van een online (CGT-georiënteerde) interventie (Abi Ramia et al., 2018) liet echter zien dat inertie en inactiviteit daar geen kernsymptomen van depressie zijn. Mensen met een depressie in Libanon blijken hun noodzakelijke activiteiten eerder voort te zetten; terwijl ze blijven functioneren, worden ze echter prikkelbaar, vermoeid, somber, gefrustreerd of boos. Dit lijkt een wereldwijd fenomeen te zijn: een kwalitatieve systematische review van depressieonderzoek uit verschillende delen van de wereld liet vergelijkbare bevindingen zien, waarbij prikkelbaarheid, boosheid en pijn prominent naar voren kwamen, maar ‘de meerderheid van de onderzochte populaties problemen met dagelijks functioneren niet noemde als onderdeel van hun subjectieve ervaring van depressie’ (Haroz et al., 2017, p. 160).

In contexten met schaarse middelen, waar mensen zich eenvoudigweg geen inactiviteit kunnen veroorloven en waar culturele waarden sociale terugtrekking belemmeren, is gedragsactivatie mogelijk niet de eerste keuze als psychologische interventie voor de behandeling van depressie. Daarnaast is een focus op stemmingsverbetering (door patiënten bijvoorbeeld te laten deelnemen aan plezierige activiteiten) mogelijk geen overtuigende behandelrationale in samenlevingen waar het nastreven van affectief positieve ervaringen voor het individu geen centrale culturele waarde is (Schwartz, 2006).

Een ander voorbeeld is het onderzoek van Tol en collega’s (2018), die betoogden dat voor mensen die lijden aan een breed scala aan symptomen van psychisch lijden die niet eenvoudig als een psychische stoornis kunnen worden gecategoriseerd – zoals niet-pathologische angst, rouwreacties en demoralisatie – algemene stressmanagementtechnieken mogelijk relevanter zijn dan stoornisspecifieke behandelingen. Stressmanagementtechnieken die zich richten op het omgaan met negatieve emoties als boosheid, verdriet of nervositeit kunnen in dergelijke contexten beter aansluiten (Hinton et al., 2012; Tol et al., 2018).

2. *Niet-specifieke elementen (gemeenschappelijke factoren)* — Singla en collega's (2017) beschrijven niet-specifieke elementen als elementen die ofwel universeel zijn voor alle behandelingen, ofwel worden gebruikt om behandelbetrokkenheid te bevorderen, zoals actief luisteren of het bespreken van de voor- en nadelen van behandeling. Met betrekking tot elementen die universeel zijn voor alle behandelingen (bijvoorbeeld actief luisteren) kan culturele adaptatie beperkt blijven tot meer oppervlakkige aspecten (zie hierna), zoals de manier waarop actief luisteren verbaal of non-verbaal tot uitdrukking wordt gebracht.

Wat betreft het bevorderen van behandelbetrokkenheid kan het aanbieden van een overtuigend en cultureel congruent verklaringsmodel relevant zijn (zie hiervoor). Daarnaast kan het bij het bespreken van de voor- en nadelen van behandeling belangrijk zijn om rekening te houden met cultuurspecifieke opvattingen over stigma, en met de wijze waarop stigma rond mentale gezondheid de levensdomeinen bedreigt die voor leden van een bepaalde culturele groep het meest van betekenis zijn (*what matters most*; Yang et al., 2014), zoals huwelijk, werk of sociale netwerken. Voor- en nadelen van behandeling kunnen samenhangen met dergelijke cultuurspecifieke opvattingen over stigma. Mensen met psychische problemen kunnen beducht zijn voor stigmatisering wanneer zij behandeling accepteren. Tegelijkertijd kunnen patiënten beseffen dat behandeling en symptoomreductie kunnen bijdragen aan het verminderen van stigma rond mentale gezondheid, met name wanneer zij opnieuw worden geïntegreerd in werk of andere maatschappelijke domeinen. Een ander voordeel van behandeling kan zijn dat zij beter functioneren in belangrijke sociale rollen, zoals 'een goede vader/moeder' of 'een goede echtgenoot/echtgenote' zijn. Dit impliceert een verschuiving van een geïndividualiseerde focus op persoonlijke verbetering naar een meer sociaal georiënteerd doel, namelijk het vervullen van sociale rollen (Shala, Morina, Burchert et al., 2020), wat mogelijk vooral relevant is in meer interdependente samenlevingen (Kitayama & Salvador, 2024).

3. *Technieken binnen de sessie* — Singla en collega's (2017) scharen onder technieken binnen de sessie een breed scala aan technieken, zoals rollenspellen, doelbepaling, huiswerkopdrachten en gedragsexperimenten. Verkennend onderzoek (bijvoorbeeld interviews met sleutelpersonen of focusgroepen) kan helpen om beter te begrijpen of dergelijke technieken acceptabel zijn binnen een bepaalde doelgroep, of hoe deze technieken zo kunnen worden aangepast dat zij toegankelijk zijn voor leden van deze groep (Ramaiya et al., 2017).

Het is belangrijk nogmaals te benadrukken dat het afstemmen van behandelcomponenten op CCD's moet gebeuren op een patiëntgerichte manier, en niet als een stereotyperende benadering waarbij interventies eenvoudigweg worden 'toegesneden op specifieke groepen'.

**Wijze van aanbieden** Zodra de behandelcomponenten zijn vastgesteld, kan de wijze van aanbieden worden gekozen, of kunnen verschillende vormen worden ingezet voor verschillende doelgroepen (bijvoorbeeld face-to-face-interventies voor oudere deelnemers en mobiele applicaties voor jongeren). Bij de culturele adaptatie van deze elementen kan rekening worden gehouden met factoren als niveau van geletterdheid, sociaal-economische status, gender of opvattingen over de patiënt-therapeutrelatie.

*1. Format van de behandeling* — Dit element beschrijft culturele voorkeuren en de aanvaardbaarheid van verschillende behandelmodaliteiten. Zo is in verschillende trials onderzoek gedaan naar groepsgewijze vormen van mogelijk schaalbare interventies, als alternatief voor individuele behandel sessies (Epping-Jordan et al., 2016; Sangraula et al., 2018; Verdeli et al., 2003). Daarnaast worden momenteel online interventies naar voren geschoven als een mogelijke oplossing om de wereldwijde behandelkloof in de geestelijke gezondheidszorg te verkleinen, omdat zij op grote schaal kunnen worden verspreid onder moeilijk bereikbare populaties (Schröder et al., 2016).

Er is een debat gaande over de noodzaak van professionele begeleiding bij online of andere zelfhulpinterventies (Baumeister et al., 2014). Theoretisch is het mogelijk dat het antwoord op die vraag cultureel relatief is, wat wil zeggen dat begeleiding voor sommige culturele groepen relevanter is dan voor andere. Empirisch onderzoek is nodig om deze vraag te beantwoorden.

*2. Oppervlakkige aspecten* — Dit element komt het dichtst in de buurt van wat Chu en Leino (2017) beschouwen als perifere aspecten van psychologische interventies, en wat Resnicow en collega's (1999) omschrijven als *surface adaptations*. In de literatuur is een grote verscheidenheid aan beschrijvingen van dergelijke adaptaties te vinden, zoals het gebruik van cultureel aangepaste taal en metaforen (Ramaiya et al., 2017), het aanbieden van cultureel relevante illustraties en casusvoorbeelden (Verdeli et al., 2003), of het gebruik van gemakkelijk te begrijpen teksten (Carswell et al., 2018). Bewijs voor het nut van dergelijke adaptaties is samengevat in systematische reviews (Chowdhary et al., 2014; Harper Shehadeh et al., 2016). Tot op heden is er echter geen bewijs waaruit blijkt in welke mate dergelijke adaptaties noodzakelijk zijn om de acceptatie en effectiviteit van psychologische interventies te vergroten.

Uiteraard bestaat er een morele verplichting om geen behandelmateriaal te gebruiken dat potentieel beledigend is of religieuze gevoelens kan kwetsen. En vanzelfsprekend is de kans groter dat een interventie wordt geaccepteerd wanneer patiënten ervaren dat de inhoud ervan aansluit bij hun eigen leefwereld, ervaringen en culturele waarden. Tot op heden ontbreekt echter voldoende empirische evidentie om deze aanname te ondersteunen.

**Vooruitblik: hoe empirische evidentie voor culturele adaptatie kan worden versterkt**

---

Met dit nieuwe raamwerk beogen wij een theoriegestuurde, empirische benadering van culturele adaptatie van psychologische interventies te stimuleren. Een systematische review (Hall et al., 2016) gaf aanwijzingen dat cultureel aangepaste psychologische interventies inderdaad effectiever zijn dan niet-aangepaste versies van dezelfde interventies. Er is echter een gebrek aan bewijs voor de substantiële modificaties die leiden tot de hogere effectiviteit van aangepaste interventies. In de meeste studies werden meerdere aspecten tegelijkertijd aangepast, en methoden voor culturele adaptatie worden zelden op een reproduceerbare manier gedocumenteerd.

Om onderzoek naar culturele adaptatie verder te ontwikkelen, is het belangrijk om theoriegestuurde hypothesen te formuleren over de componenten die verondersteld worden verantwoordelijk te zijn voor de hogere acceptatie en effectiviteit van aangepaste interventies, en deze componenten te toetsen met behulp van experimentele onderzoeksdesigns (Heim & Knaevelsrud, 2021).

In tegenstelling tot eerdere raamwerken voor culturele adaptatie (Bernal et al., 1995; Chu & Leino, 2017) hebben wij culturele concepten van distress (CCD's) als het centrale aangrijpingspunt genomen voor deep-structure-adaptaties (Resnicow et al., 1999). Wij stellen voor om te beginnen met een inventarisatie van CCD's met behulp van semigestructureerde interviews, zoals het Cultural Formulation Interview in DSM-5 (APA, 2013) of de Barts Explanatory Model Inventory (BEMI; Rüdell et al., 2009), om vervolgens uit de resultaten van dit verkennende onderzoek relevante adaptaties af te leiden.

Een literatuurstudie kan helpen om studies te identificeren waarin CCD's in de doelgroep al zijn onderzocht, teneinde dubbel werk te voorkomen (zie bijvoorbeeld: Hosny et al., 2023). Tegelijkertijd hebben wij ons raamwerk bewust zo geformuleerd dat het geen voorafgaande aannamen maakt over welke adaptaties substantieel zijn. Het is goed mogelijk dat experimenteel onderzoek (zie hierna) zal aantonen dat het aanpassen van psychologische interventies aan CCD's geen verschil maakt in termen van acceptatie en/of effectiviteit. Naar onze mening is het essentieel om deze stap terug te zetten en te beginnen met een conceptueel raamwerk dat omvat wat op basis van de huidige evidentie het meest plausibel lijkt. Vanuit zo'n conceptueel raamwerk kunnen vervolgens hypothesen worden geformuleerd die empirisch worden getoetst.

Naast een nieuw raamwerk zijn ook nieuwe onderzoeksbenaderingen nodig om de evidentie rond culturele adaptatie van psychologische interventies verder te ontwikkelen. Directe vergelijkingen tussen aangepaste en niet-aangepaste versies van dezelfde interventies vormen nog altijd eerder de uitzondering dan de regel (Hall et al., 2016). Dat is begrijpelijk, omdat

*Een nieuw raamwerk  
vraagt om nieuw  
onderzoek*

dergelijke directe vergelijkingen zeer grote steekproeven vereisen: wanneer twee vergelijkbare behandelingen met slechts kleine verschillen worden vergeleken, zijn de te verwachten effecten doorgaans klein (Cuijpers, Cristea et al., 2019). Bovendien is het lastig om therapeuten te trainen in het aanbieden van twee verschillende versies van dezelfde interventie: een aangepaste en een niet-aangepaste versie. Innovatieve onderzoeksbenaderingen, zoals factoriële experimenten (Collins, 2018), kunnen worden toegepast, waarbij meerdere componenten tegelijkertijd worden gemanipuleerd. Dergelijke onderzoeksdesigns kunnen bijdragen aan een beter begrip van de substantiële modificaties bij culturele adaptatie.

Resultaten uit onderzoek naar culturele adaptatie kunnen bovendien bijdragen aan fundamenteel psychotherapieonderzoek. Al lange tijd bestaat er een debat over de specifieke en niet-specifieke componenten van psychotherapie, en een recente meta-analyse kwam tot de volgende conclusie: 'Op basis van deze set studies kan slechts één conclusie worden getrokken: we weten eenvoudigweg niet of specifieke componenten van specifieke therapieën werkzame ingrediënten zijn van deze therapieën, of dat alle effecten worden veroorzaakt door universele, niet-specifieke factoren die gemeenschappelijk zijn voor alle therapieën' (Cuijpers, Cristea et al., 2019, p. 12).

Onderzoek naar culturele adaptatie biedt een veelbelovende nieuwe invalshoek voor deze vraag. Zo kan worden gekeken of een en dezelfde interventie (bijvoorbeeld een stressmanagementtechniek) hetzelfde effect heeft ongeacht het verklaringsmodel dat patiënten wordt aangeboden. Wanneer dat het geval is, vormt dat een aanwijzing dat de specifieke interventie verantwoordelijk is voor de symptoomverandering. Als dezelfde interventie daarentegen een groter effect laat zien wanneer zij wordt gepresenteerd in een cultureel gevormd kader, is dat een aanwijzing dat het aanbieden van een overtuigende rationale inderdaad een 'sleutelingredient' van psychotherapie is, zoals verondersteld door Ahn en Wampold (2001). Op die manier kan onderzoek naar culturele adaptatie niet alleen de toegang van cultureel diverse groepen tot behandelingen verbeteren, maar ook een belangrijke bijdrage leveren aan psychotherapieonderzoek als geheel.

Een belangrijke uitdaging betreft de selectie van de doelgroep voor culturele adaptatie. Hoe definiëren we een 'culturele groep'? Bernal en collega's (1995) bijvoorbeeld ontwikkelden hun raamwerk in de context van hun werk met Amerikaanse 'Latino's', en Hinton en collega's (2010) werkten met 'Cambodjaanse vluchtelingen'. Een culturele groep kan worden gedefinieerd op basis van taal, land, regio, religie of andere sociodemografische kenmerken. Migratie is een ander belangrijk aspect, aangezien immigranten in de loop van de tijd culturele waarden en normen van het gastland beginnen over te nemen, wat relevant kan zijn voor de culturele adaptatie van psychologische interventies. Voor onderzoeksdoeleinden is het van groot belang om de doelgroep zorgvuldig te definiëren en transparant te zijn over de criteria waarmee de betreffende populatie wordt afgebakend, zodat de resultaten van studies

in dat licht kunnen worden geïnterpreteerd (Heim et al., 2021). In individuele therapie kunnen semigestructureerde interviews worden gebruikt om interventies af te stemmen op de specifieke kenmerken van de patiënt.

## Conclusie

Wereldwijd hebben miljoenen mensen behoefte aan psychologische behandelingen (Turrini et al., 2017; WHO World Mental Health Survey Consortium, 2004), terwijl de middelen voor de geestelijke gezondheidszorg beperkt zijn (Patel et al., 2018). Daarnaast is er sprake van culturele diversiteit binnen veelvoorkomende psychische stoornissen (Kohrt et al., 2014) en is er een verscheidenheid aan behandelcomponenten die potentieel relevant zijn voor adaptatie (Bernal et al., 1995; Bernal & Sáez-Santiago, 2006; Chu & Leino, 2017). Gezien deze factoren is het van belang de empirische evidentie te vergroten, teneinde te kunnen bepalen in welke mate en op welke punten moet worden geïnvesteerd in de culturele adaptatie van psychologische interventies.

Dit artikel presenteert een conceptueel raamwerk dat de basis legt voor dergelijk empirisch onderzoek. De drie elementen die in dit raamwerk worden voorgesteld, zijn gebaseerd op empirisch bewijs uit etnopsychologisch onderzoek, onderzoek naar culturele adaptatie en psychotherapieonderzoek. Innovatieve onderzoeksdesigns zijn nodig om de relevantie van deze elementen te evalueren. Met een theoriegestuurde benadering en innovatieve experimentele designs heeft onderzoek naar culturele adaptatie niet alleen het potentieel om psychologische behandelingen toegankelijker te maken voor cultureel diverse groepen, maar ook om empirisch onderzoek naar de basisvraag rond de werkzame ingrediënten en werkingsmechanismen van psychotherapie verder te ontwikkelen.

*Financiering.* EH werd ondersteund door de Swiss National Science Foundation (subsidie 10001C\_169780) en de Swiss Foundation for Psychiatry and Psychotherapy. BAK wordt ondersteund door het US National Institute of Mental Health (subsidies K01MH104310 en R21MH11280). Daarnaast maken beide auteurs deel uit van Indigo. Het onderzoeksprogramma Indigo Partnership maakt deel uit van het Indigo Network, een samenwerkingsverband van onderzoekers uit meer dan 30 landen wereldwijd, dat zich inzet voor de ontwikkeling van kennis over stigma en discriminatie rond psychische aandoeningen, wat betreft zowel de oorsprong als de bestrijding ervan. Het programma wordt gecoördineerd door het Centre for Global Mental Health, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, aan King's College London. Dit werk werd gedeeltelijk ondersteund door de Medical Research Council (subsidienummer MR/R023697/1).

*Belangenconflict.* De auteurs verklaren geen belangenconflicten te hebben.

*Dankwoord.* De auteurs hebben geen aanvullende ondersteuning te melden.

**Eva Heim** is werkzaam bij het Institut de Psychologie, Université de Lausanne, Zwitserland.

**Brandon Kohrt** is verbonden aan het Department of Psychiatry, George Washington University, Washington, DC, VS.

*Correspondentieadres:* Eva Heim, Université de Lausanne, Institut de Psychologie, Géopolis, 1015 Lausanne, Zwitserland. E-mail: eva.heim@unil.ch

### Summary

*Cultural adaptation of scalable psychological interventions: A new conceptual framework*  
Cultural differences play a role in how psychological symptoms are experienced and explained. Research into the cultural adaptation of interventions shows mixed results and lacks systematic distinctions between different adaptation types. Based on existing studies, this article proposes a new framework for cultural adaptation, that lays the groundwork for future research and practice. The framework contains three elements: cultural concepts of distress, treatment components, and delivery methods. While these components have been described, they have rarely been thoroughly investigated. Innovative research is needed to determine their effect. Theoretical and innovative research into cultural adaptation can not only lead to better care for diverse groups, but also contribute to knowledge about psychotherapy.

**Keywords** *cultural adaptation, psychological interventions, culturally diverse groups, migrant populations*

### Referenties

- Abi Ramia, J., Harper Shehadeh, M., Kheir, W., Zoghbi, E., Watts, S., Heim, E., & El Chammay, R. (2018). Community cognitive interviewing to inform local adaptations of an e-mental health intervention in Lebanon. *Global Mental Health, 5*, e39. <https://doi.org/10.1017/gmh.2018.29>
- Ahn, H.-n., & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 48*, 251-257. <https://doi.org/10.1037//0022-0167.48.3.251>
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association.
- Baumeister, H., Reichler, L., Munzinger, M., & Lin, J. (2014). The impact of guidance on internet-based mental health interventions: A systematic review. *Internet Interventions, 1*, 205-215. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2014.08.003>
- Benish, S. G., Quintana, S., & Wampold, B. E. (2011). Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth: A direct-comparison meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 58*, 279-289. <https://doi.org/10.1037/a0023626>
- Bernal, G., Bonilla, J., & Bellido, C. (1995). Ecological validity and cultural sensitivity for outcome research: Issues for the cultural adaptation and development of psychosocial treatments with Hispanics. *Journal of Abnormal Child Psychology, 23*, 67-82. <https://doi.org/10.1007/BF01447045>
- Bernal, G., Jiménez-Chafey, M. I., & Domenech Rodríguez, M. M. (2009). Cultural adaptation of treatments: A resource for considering culture in evidence-based practice. *Professional Psychology: Research and Practice, 40*, 361-368. <https://doi.org/10.1037/a0016401>
- Bernal, G., & Sáez-Santiago, E. (2006). Culturally centered psychosocial interventions. *Journal of Community Psychology, 34*, 121-132. <https://doi.org/10.1002/jcop.20096>
- Bhui, K., & Bhugra, D. (2002). Explanatory models for mental distress: Implications for clinical practice and research. *The*

- British Journal of Psychiatry*, 181, 6-7. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.1.6>
- Bhui, K., Rudell, K., & Priebe, S. (2006). Assessing explanatory models for common mental disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 964-971. <https://doi.org/10.4088/jcp.v67n0614>
- Bovey, M., Hosny, N., Dutray, F., & Heim, E. (2024). PTSD and complex PTSD manifestations in Sub-Saharan Africa: A systematic review of qualitative literature. *SSM - Mental Health*, 5, 100298. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2024.100298>
- Carswell, K., Harper-Shehadeh, M., Watts, S., van 't Hof, E., Abi Ramia, J., Heim, E., Wenger, A., & van Ommeren, M. (2018). Step-by-Step: A new WHO digital mental health intervention for depression. *mHealth*, 4, 34. <https://doi.org/10.21037/mhealth.2018.08.01>
- Chentsova-Dutton, Y. E., & Ryder, A. G. (2025). Internalizing disorders as shape-shifters: Understanding individual and cultural heterogeneity in the presentation of symptoms. *Psychological Review*, 10.1037/rev0000577. <https://doi.org/10.1037/rev0000577>
- Chowdhary, N., Jotheeswaran, A. T., Nadkarni, A., Hollon, S. D., King, M., Jordans, M. J., Rahman, A., Verdelli, H., Araya, R., & Patel, V. (2014). The methods and outcomes of cultural adaptations of psychological treatments for depressive disorders: A systematic review. *Psychological Medicine*, 44, 1131-1146. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001785>
- Chu, J., & Leino, A. (2017). Advancement in the maturing science of cultural adaptations of evidence-based interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85, 45-57. <https://doi.org/10.1037/ccp0000145>
- Collins, L. M. (2018). *Optimization of behavioral, biobehavioral, and biomedical interventions: The Multiphase Optimization Strategy (MOST)*. Springer International Publishing.
- Cuijpers, P., Cristea, I. A., Karyotaki, E., Reijnders, M., & Hollon, S. D. (2019). Component studies of psychological treatments of adult depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 29, 15-29. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1395922>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Reijnders, M., Purgato, M., & Barbui, C. (2018). Psychotherapies for depression in low- and middle-income countries: A meta-analysis. *World Psychiatry*, 17, 90-101. <https://doi.org/10.1002/wps.20493>
- Cuijpers, P., Reijnders, M., & Huibers, M. J. H. (2019). The role of common factors in psychotherapy outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15, 207-231. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424>
- Dawson, K. S., Bryant, R. A., Harper, M., Kuwei Tay, A., Rahman, A., Schafer, A., & van Ommeren, M. (2015). Problem Management Plus (PM+): A WHO transdiagnostic psychological intervention for common mental health problems. *World Psychiatry*, 14, 354-357. <https://doi.org/10.1002/wps.20255>
- Domenech Rodríguez, M. M., & Bernal, G. (2012). Frameworks, models, and guidelines for cultural adaptation. In G. Bernal & M. M. Domenech Rodríguez (Eds.), *Cultural adaptations: Tools for evidence-based practice with diverse populations* (pp. 23-44). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13752-002>
- Epping-Jordan, J. E., Harris, R., Brown, F. L., Carswell, K., Foley, C., García-Moreno, C., Kogan, C., & van Ommeren, M. (2016). Self-Help Plus (SH+): A new WHO stress management package. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 15, 295-296. <https://doi.org/10.1002/wps.20355>
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857-870. <https://doi.org/10.1037/h0035605>
- Franz, M., Lujčić, C., Koch, E., Wüsten, B., Yürük, N., & Gallhofer, B. (2007). Subjektive Krankheitskonzepte türkischer Migranten mit psychischen Störungen: Besonderheiten im Vergleich zu deutschen Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 34, 332-338. <https://doi.org/10.1055/s-2007-971015>
- Griner, D., & Smith, T. B. (2006). Culturally adapted mental health intervention: A meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 531-548. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.4.531>

- Groleau, D., Young, A., & Kirmayer, L. J. (2006). The McGill Illness Narrative Interview (MINI): An interview schedule to elicit meanings and modes of reasoning related to illness experience. *Transcultural Psychiatry*, *43*, 671-691. <https://doi.org/10.1177/1363461506070796>
- Hall, G. C. N., Ibaraki, A. Y., Huang, E. R., Marti, C. N., & Stice, E. (2016). A meta-analysis of cultural adaptations of psychological interventions. *Behavior Therapy*, *47*, 993-1014. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.005>
- Haroz, E. E., Ritchey, M., Bass, J. K., Kohrt, B. A., Augustinavicius, J., Michalopoulos, L., Burkey, M. D., & Bolton, P. (2017). How is depression experienced around the world? A systematic review of qualitative literature. *Social Science & Medicine* (1982), *183*, 151-162. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.12.030>
- Harper Shehadeh, M., Heim, E., Chowdhary, N., Maercker, A., & Albanese, E. (2016). Cultural adaptation of minimally guided interventions for common mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *JMIR Mental Health*, *3*, e44. <https://doi.org/10.2196/mental.5776>
- Hassan, G., Kirmayer, L. J., Mekki-Berrada, A., Quosh, C., el Chammay, R., Deville-Stoetzel, J. B., Youssef, A., Jefee-Bahloul, H., Barkeel-Oteo, A., Coutts, A., Song, S., & Ventevogel, P. (2015). *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*. UNHCR. [www.unhcr.org/africa/sites/afr/files/legacy-pdf/55f6b90f9.pdf](http://www.unhcr.org/africa/sites/afr/files/legacy-pdf/55f6b90f9.pdf)
- Heim, E., & Knaevelsrud, C. (2021). Standardised research methods and documentation in cultural adaptation: The need, the potential and future steps. *Clinical Psychology in Europe*, *3*, e5513. <https://doi.org/10.32872/cpe.5513>
- Heim, E., & Kohrt, B. A. (2019). Cultural adaptation of scalable psychological interventions: A new conceptual framework. *Clinical Psychology in Europe*, *1*, e2555. <https://doi.org/10.32872/cpe.v1i4.37679>
- Heim, E., Mewes, R., Abi Ramia, J., Glaesmer, H., Hall, B. J., Harper Shehadeh, M., Inçe Ünlü, B., Kananian, S., Kohrt, B. A., Lechner-Meichsner, F., Lotzin, A., Moro, M. R., Rahmet, R., Salamanca-Sanabria, A., Singla, D. R., Starck, A., Sturm, G., Tol, W. A., Weise, C., ... Knaevelsrud, C. (2021). Reporting cultural adaptation in psychological trials: the RECAPT criteria. *Clinical Psychology in Europe*, *3*, e6351. <https://doi.org/https://doi.org/10.32872/cpe.6351>
- Heim, E., Wirth, K., Bovey, M., Hosny, N., Hossaini, M., Rahme, T., & Bachem, R. (2026). Towards a contextualized assessment of trauma: Development and pilot testing of the Socio-Cultural and Structural Addendum (SCSA) to the International Trauma Interview. (Manuscript submitted for publication)
- Henrich, J., Heine, S. J., & Norenzayan, A. (2010). The weirdest people in the world? *Behavioral and Brain Sciences*, *33*, 61-83. <https://doi.org/10.1017/S0140525X0999152X>
- Hinton, D. E., Pich, V., Marques, L., Nickerson, A., & Pollack, M. H. (2010). Khyâl attacks: A key idiom of distress among traumatized Cambodia refugees. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, *34*, 244-278. <https://doi.org/10.1007/s11013-010-9174-y>
- Hinton, D. E., Rivera, E. I., Hofmann, S. G., Barlow, D. H., & Otto, M. W. (2012). Adapting CBT for traumatized refugees and ethnic minority patients: Examples from culturally adapted CBT (CA-CBT). *Transcultural Psychiatry*, *49*, 340-365. <https://doi.org/10.1177/1363461512441595>
- Hosny, N., Bovey, M., Dutray, F., & Heim, E. (2023). How is trauma-related distress experienced and expressed in populations from the Greater Middle East and North Africa? A systematic review of qualitative literature. *Social Science and Medicine – Mental Health*, *4*, 100258. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2023.100258>
- Kaiser, B. N., Haroz, E. E., Kohrt, B. A., Bolton, P. A., Bass, J. K., & Hinton, D. E. (2015). 'Thinking too much': A systematic review of a common idiom of distress. *Social Science & Medicine*, *147*, 170-183. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.10.044>
- Keys, H. M., Kaiser, B. N., Kohrt, B. A., Khoury, N. M., & Brewster, A. R. (2012). Idioms of distress, ethnopsychology, and the clinical encounter in Haiti's Central Plateau. *Social Science & Medicine*, *75*, 555-564. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.03.040>

- Kirmayer, L. J. (2001). Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: Implications for diagnosis and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry, 62*, 22-28.
- Kirmayer, L. J., & Bhugra, D. (2009). Culture and mental illness: Social context and explanatory models. In I. M. Salloom & J. E. Mezzich (Eds.), *Psychiatric diagnosis: Patterns and prospects* (pp. 29-37). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470743485.ch3>
- Kitayama, S., & Salvador, C. E. (2024). Cultural psychology: Beyond east and west. *Annual Review of Psychology, 75*, 495-526. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-021723-063333>
- Kohrt, B. A., & Hruschka, D. J. (2010). Nepali concepts of psychological trauma: The role of idioms of distress, ethnopsychology, and ethnophysiology in alleviating suffering and preventing stigma. *Culture, Medicine and Psychiatry, 34*, 322-352. <https://doi.org/10.1007/s11013-010-9170-2>
- Kohrt, B. A., Rasmussen, A., Kaiser, B. N., Haroz, E. E., Maharjan, S. M., Mutamba, B. B., de Jong, J. T., & Hinton, D. E. (2014). Cultural concepts of distress and psychiatric disorders: Literature review and research recommendations for global mental health epidemiology. *International Journal of Epidemiology, 43*, 365-406. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt227>
- Lemmens, L. H., Muller, V., Arntz, A., & Huibers, M. J. H. (2016). Mechanisms of change in psychotherapy for depression: An empirical update and evaluation of research aimed at identifying psychological mediators. *Clinical Psychology Review, 50*, 95-107. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.09.004>
- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. In R. J. Friedman & M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 157-178). Wiley.
- Lewis-Fernández, R., & Kirmayer, L. J. (2019). Cultural concepts of distress and psychiatric disorders: Understanding symptom experience and expression in context. *Transcultural Psychiatry, 56*, 786-803. <https://doi.org/10.1177/1363461519861795>
- Lloyd, K. R., Jacob, K. S., Patel, V., St. Louis, L., Bhugra, D., & Mann, A. H. (1998). The development of the Short Explanatory Model Interview (SEMI) and its use among primary-care attenders with common mental disorders. *Psychological Medicine, 28*, 1231-1237. <https://doi.org/10.1017/S0033291798007065>
- Ma-Kellams, C. (2014). Cross-cultural differences in somatic awareness and interoceptive accuracy: A review of the literature and directions for future research. *Frontiers in Psychology, 5*, 1379. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01379>
- Markus, H. R., & Hamedani, M. G. (2019). People are culturally shaped shapers: The psychological science of culture and culture change. In D. Cohen & S. Kitayama (Eds.), *Handbook of cultural psychology* (pp. 11-52). Guilford Publications.
- Nichter, M. (1981). Idioms of distress: Alternatives in the expression of psychosocial distress: A case study from South India. *Culture, Medicine, and Psychiatry, 5*, 379-408. <https://doi.org/10.1007/BF00054782>
- Nichter, M. (2010). Idioms of distress revisited. *Culture, Medicine, and Psychiatry, 34*, 401-416. <https://doi.org/10.1007/s11013-010-9179-6>
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., Chisholm, D., Collins, P. Y., Cooper, J. L., Eaton, J., Herrman, H., Herzallah, M. M., Huang, Y., Jordans, M. J. D., Kleinman, A., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Niaz, U., Omigbodun, O., ... Unützer, JÜ. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet, 392*, 1553-1598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)
- Ramaiya, M. K., Fiorillo, D., Regmi, U., Robins, C. J., & Kohrt, B. A. (2017). A cultural adaptation of dialectical behavior therapy in Nepal. *Cognitive and Behavioral Practice, 24*, 428-444. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2016.12.005>
- Reich, H., Bockel, L., & Mewes, R. (2015). Motivation for psychotherapy and illness beliefs in Turkish immigrant inpatients in Germany: Results of a cultural comparison study. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities, 2*, 112-123. <https://doi.org/10.1007/s40615-014-0054-y>

- Reich, H., Zürn, D., & Mewes, R. (2021). Engaging Turkish immigrants in psychotherapy: Development and proof-of-concept study of a culture-tailored, web-based intervention. *Clinical Psychology in Europe*, 3, e5583. <https://doi.org/10.32872/cpe.5583>
- Resnicow, K., Baranowski, T., Ahluwalia, J. S., & Braithwaite, R. L. (1999). Cultural sensitivity in public health: Defined and demystified. *Ethnicity & Disease*, 9, 10-21.
- Rüdel, K., Bhui, K., & Priebe, S. (2009). Concept, development and application of a new mixed method assessment of cultural variations in illness perceptions: Barts Explanatory Model Inventory. *Journal of Health Psychology*, 14, 336-347. <https://doi.org/10.1177/1359105308100218>
- Ryder, A. G., Yang, J., Zhu, X., Yao, S., Yi, J., Heine, S. J., & Bagby, R. M. (2008). The cultural shaping of depression: Somatic symptoms in China, psychological symptoms in North America? *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 300-313. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.117.2.300>
- Sangraula, M., van 't Hof, E., Luitel, N. P., Turner, E. L., Marahatta, K., Nakao, J. H., van Ommeren, M., Jordans, M. J. D., & Kohrt, B. A. (2018). Protocol for a feasibility study of group-based focused psychosocial support to improve the psychosocial well-being and functioning of adults affected by humanitarian crises in Nepal: Group Problem Management Plus (PM+). *Pilot and Feasibility Studies*, 4, 126. <https://doi.org/10.1186/s40814-018-0315-3>
- Schröder, J., Berger, T., Westermann, S., Klein, J. P., & Moritz, S. (2016). Internet interventions for depression: New developments. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 18, 203-212. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2016.18.2/jschroeder>
- Schwartz, S. H. (2006). A theory of cultural value orientations: Explication and applications. *Comparative Sociology*, 5, 137-182. <https://doi.org/10.1163/156913306778667357>
- Shala, M., Morina, N., Burchert, S., Ceraga-Pashoja, A., Knaevelsrud, C., Maercker, A., & Heim, E. (2020). Cultural adaptation of Hap-pas-Hapi, an internet and mobile-based intervention for the treatment of psychological distress among Albanian migrants in Switzerland and Germany. *Internet Interventions*, 21, 100339. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2020.100339>
- Shala, M., Morina, N., Salis Gross, C., Maercker, A., & Heim, E. (2020). A point in the heart: Concepts of emotional distress among Albanian-speaking immigrants in Switzerland. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 44, 1-34. <https://doi.org/10.1007/s11013-019-09638-5>
- Singla, D. R., Kohrt, B. A., Murray, L. K., Anand, A., Chorpita, B. F., & Patel, V. (2017). Psychological treatments for the world: Lessons from low- and middle-income countries. *Annual Review of Clinical Psychology*, 13, 149-181. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045217>
- Smith, T. B., Domenech Rodriguez, M., & Bernal, G. (2011). Culture. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 166-175. <https://doi.org/10.1002/jclp.20757>
- Tol, W. A., Augustinavicius, J., Carswell, K., Brown, F. L., Adaku, A., Leku, M. R., García-Moreno, C., Ventevogel, P., White, R. G., & van Ommeren, M. (2018). Translation, adaptation, and pilot of a guided self-help intervention to reduce psychological distress in South Sudanese refugees in Uganda. *Global Mental Health (Cambridge, England)*, 5, e25. <https://doi.org/10.1017/gmh.2018.14>
- Turrini, G., Purgato, M., Ballette, F., Nosè, M., Ostuzzi, G., & Barbui, C. (2017). Common mental disorders in asylum seekers and refugees: Umbrella review of prevalence and intervention studies. *International Journal of Mental Health Systems*, 11, 51. <https://doi.org/10.1186/s13033-017-0156-0>
- Veale, D. (2008). Behavioural activation for depression. *Advances in Psychiatric Treatment*, 14, 29-36. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.004051>
- Verdeli, H., Clougherty, K., Bolton, P., Speelman, L., Lincoln, N., Bass, J., Neugebauer, R., & Weissman, M. M. (2003). Adapting group interpersonal psychotherapy for a developing country: Experience in rural Uganda. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 2, 114-120.
- Wampold, B. E. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*, 62, 857-873. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.8.857>

- Wampold, B., & Imel, Z. (2015). *The great psychotherapy debate*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203582015>
- White, G. M. (1992). Ethnopsychology. In C. Lutz, G. M. White, & T. Schwartz (Eds.), *New directions in psychological anthropology* (pp. 21-46). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511621857.002>
- WHO World Mental Health Survey Consortium. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 291, 2581-2590. <https://doi.org/10.1001/jama.291.21.2581>
- Yang, L. H., Thornicroft, G., Alvarado, R., Vega, E., & Link, B. G. (2014). Recent advances in cross-cultural measurement in psychiatric epidemiology: Utilizing 'what matters most' to identify culture-specific aspects of stigma. *International Journal of Epidemiology*, 43, 494-510. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu039>