

# Niet-westerse allochtonen met SOLK

## Casus

Een 38-jarige vrouw van Marokkaanse afkomst presenteert zich op het spreekuur van de aios met buikpijn en vermoeidheid. Uit het dossier wordt duidelijk dat mevrouw in het afgelopen jaar zesmaal eerder bij de huisarts en de huisartsenpost geweest is met deze klachten. Ook in de jaren daarvoor heeft zij de huisarts veelvuldig bezocht vanwege buikpijn, vermoeidheid en klachten van het bewegingsapparaat. Een somatische verklaring voor deze klachten is tot nu toe niet gevonden.

## INLEIDING

Men spreekt van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) indien lichamelijke klachten langer dan enkele weken duren en er bij adequaat medisch onderzoek geen of onvoldoende verklaring voor wordt gevonden. In de Nederlandse huisartsenpraktijk komt SOLK veel voor: de in 2013 verschenen NHG-Standaard meldt dat 40% van de consulten bij de huisarts over dergelijke klachten gaat. De prevalen-

## Samenvatting

Los AM, Cents RAM, Harmsen JAM, Bindels PJE. Niet-westerse allochtonen met SOLK. *Huisarts Wet* 2016;59(4):172-5.

Somatisch onvoldoende verklaarde klachten (SOLK) zijn vaak complex. Soms aarzelt de arts om eventuele psychische factoren ter sprake te brengen, omdat hij denkt dat de patiënt daar weinig inzicht in heeft. Als het gaat om patiënten van niet-westerse afkomst, kan de situatie nog complexer worden door communicatieproblemen en verschillen in opvattingen over ziekte. Veel huisartsen nemen aan dat er in niet-westerse culturen een stigma rust op psychische klachten, maar dit stigma is minder sterk dan men denkt. Als niet-westerse allochtonen een klacht als somatisch presenteren, betekent dat niet per se dat zij de psychische oorzaken ontkennen: in veel culturen is de scheiding van lichaam en geest niet zo sterk als in de westerse cultuur. Het is dan ook zeker mogelijk, en zelfs aan te bevelen, om psychische factoren ter sprake te brengen in het consult. De NHG-Standaard SOLK bevat bruikbare adviezen en geeft een model om de anamnese te structureren: SCEGS (somatisch-cognitief-emotioneel-gedragsmatig-sociaal). Bij niet-westerse allochtonen is het beter de volgorde te veranderen naar SGSCe, waardoor de gedragsmatige en sociale consequenties van de klacht voorop komen te staan. Het is belangrijk een vertrouwensrelatie op te bouwen met de patiënt, zo nodig met behulp van het cultureel interview. Bij het aan de orde stellen van psychische klachten kan het helpen te beginnen bij de basale emoties (boos-bang-blij-bedroefd), metaforen te gebruiken en waar mogelijk het probleem te omschrijven in de eigen woorden van de patiënt. Van belang is ook het beroepsgeheim te benadrukken.

tie van langdurige, ernstige SOLK is in de huisartsenpraktijk overigens veel lager: 2,5%.<sup>1</sup>

Op dit moment wonen er in Nederland 1,9 miljoen niet-westerse allochtonen, dat is 11,9% van de bevolking.<sup>2</sup> De zorgconsumptie in deze groep – met name bij Nederlanders van Turkse herkomst – is hoger dan gemiddeld,<sup>3</sup> dus de kans is reeel dat de huisarts regelmatig ook niet-westerse allochtonen met SOLK op consult krijgt.

Daarmee komen twee lastige aspecten samen. Ten eerste is SOLK een complexe en voor de huisarts vaak lastige klacht: zowel huisartsen als patiënten zijn over SOLK-consulten gemiddeld minder tevreden.<sup>4,5</sup> Ten tweede kunnen er in het contact met patiënten van niet-westerse afkomst communicatieproblemen ontstaan door een taalbarrière, en kan er onbegrip zijn doordat arts en patiënt afwijkende, cultureel bepaalde opvattingen hebben over ziekte.<sup>6-8</sup> Een consult met een SOLK-patiënt van niet-westerse afkomst is daarom vaak extra moeilijk en kan vooral bij jonge artsen aanleiding geven tot onzekerheid en frustratie.<sup>9</sup>

Veel artsen hebben de indruk dat SOLK vaker voorkomt bij niet-westerse allochtonen.<sup>10</sup> Een verklaring die wel genoemd wordt, is dat deze patiënten hun emotionele stress somatiseren omdat er een stigma rust op psychische symptomen.<sup>11</sup> Deze redenatie kan ertoe leiden dat de arts schroomt om psychische factoren bij SOLK met de patiënt te bespreken.

## SOMATISATIE BIJ NIET-WESTERSE ALLOCHTONEN

De prevalentie van SOLK onder niet-westerse huisartspatiënten in Nederland is niet bekend. Een aantal risicofactoren voor SOLK, zoals beperkte gezondheidsvaardigheden en de ingrijpende ervaring van migratie, komt binnen deze groep inderdaad vaker voor, dus het is mogelijk dat de prevalentie re-

## De kern

- SOLK-consulten bij niet-westerse allochtonen worden als moeilijk ervaren door de huisarts.
- Wanneer de huisarts vermoedt dat er een stigma rust op psychische klachten, kan dat een rem zijn op het bespreken van mogelijke psychische oorzaken. Dit stigma is minder sterk dan gedacht.
- Vaak ontkent de patiënt het belang van psychische factoren niet zozeer, maar is hij gewend psychische klachten op een somatisch georiënteerde manier uit te drukken.
- Het is van belang een vertrouwensrelatie op te bouwen en het beroepsgeheim te benadrukken
- Bespreek psychische factoren bij niet-westerse SOLK-patiënten 'van buiten naar binnen': somatisch-gedragsmatig-sociaal-cognitief-emotioneel.
- Benoem psychische factoren in termen van basale emoties, gebruik metaforen en de eigen bewoordingen van de patiënt.

latief hoog is. Somatisatie, psychische klachten presenteren in de vorm van lichamelijke klachten, kan een oorzaak zijn van SOLK. Of somatisatie meer voorkomt onder niet-westerse allochtonen in Nederland is minder duidelijk. Onderzoek in verschillende etnische groepen heeft aanwijzingen opgeleverd dat somatisatie in niet-westerse culturen vaker voorkomt,<sup>12</sup> maar anderzijds laat een wereldwijd onderzoek van de World Health Organization zien dat de prevalentie van somatisatie alleen in Zuid-Amerika significant hoger is.<sup>13,14</sup>

Onderzoeken naar somatisatie onder migranten geven een wisselend beeld. Somatisatie komt vaker voor bij migranten uit Zuid-Amerika en bij migranten met postmigratieproblemen (verminderde toegang tot gezondheidszorg, werkproblemen, discriminatie, sociale problemen).<sup>15,16</sup> Turkse migranten zijn geneigd om gevoelens van angst te uiten als 'benauwdheid' en uiten bij de dokter ook vaker somatische, psychische en stressklachten dan de autochtone bevolking.<sup>17</sup> Toch lijkt er bij hen geen sprake van verhoogde somatisatie, want zij zijn zich bewust van hun psychische klachten en zijn ook in staat emoties psychologisch te duiden.<sup>18-20</sup> In de onderzoeken onder migranten is geen onderscheid gemaakt tussen verschillende redenen van migratie. Die redenen zijn relevant omdat onder vluchtelingen meer onverklaarde lichamelijke klachten voorkomen – met name gerelateerd aan posttraumatische stressstoornissen – dan onder arbeidsmigranten.<sup>16,21</sup> Dit artikel gaat hier niet verder op in, aangezien de grootste groep niet-westerse allochtonen in Nederland arbeidsmigrant is.<sup>2</sup>

Kortom, er zijn aanwijzingen dat SOLK meer voorkomt bij niet-westerse vluchtelingen, en dat somatisatie vaker voorkomt bij Zuid-Amerikaanse migranten en migranten met postmigratieproblemen. De prevalentie van somatisatie is bij andere niet-westerse allochtonen niet aantoonbaar hoger dan in de autochtone bevolking.

#### Casus (vervolg)

Nadat bij anamnese en lichamelijk onderzoek geen afwijkingen zijn gevonden, probeert de aios de patiënte ervan te overtuigen dat de buikpijn gelukkig geen ernstige oorzaak heeft. De aios benoemt dat het baarmoederonderzoek en het urineonderzoek goed is. De patiënte geeft aan dat ze gerustgesteld is, maar diezelfde week gaat zij naar de huisartsenpost vanwege de buikpijn en bezoekt een collega-arts die een echo van de bovenbuik laat verrichten (geen afwijkingen). Daarna komt zij opnieuw bij de aios met dezelfde bezorgdheid om haar buikpijn. De aios denkt aan maagklachten en start pantoprazol.

Vier maanden later komt de patiënte opnieuw bij de aios met buikpijn, vermoeidheid, misselijkheid en pijnlijke handen en voeten. De aios verricht uitgebreid lichamelijk onderzoek en laat bloedonderzoek verrichten. Een week later komt de patiënte voor de uitslagen, die goed zijn. De aios bespreekt de uitslagen en neemt de aspecten van de klacht door volgens het SCEGS-model [tabel 1], maar vindt daarbij geen aanknopingspunten. De aios heeft het idee dat er een spanningscomponent meespeelt, maar aarzelt deze te benoemen gezien de Marokkaanse achtergrond van de patiënte. Het consult levert een advies op (meer bewegen), waarvan de patiënte al bij voorbaat zegt dat ze dat niet gaat doen.

Vier maanden later komt de patiënte wederom op het spreekuur van de aios met dezelfde klachten. Ze heeft gehoord over schildklierproblemen en vraagt of haar schildklierfunctie nagekeken kan

worden. Recent bloedonderzoek laat een goede schildklierfunctie zien. Bij verdere exploratie zegt de patiënte dat zij soms denkt dat het 'allemaal alleen maar stress is'. Nadat mevrouw zelf het ijs gebroken heeft, kan de aios met haar doorpraten over de spanning en over het verband met de klachten. De patiënte blijkt haar klachten goed in het perspectief van spanning te kunnen plaatsen. Ze bespreekt met de aios hoe die haar lichamelijke klacht beïnvloedt en mogelijk in stand houdt.

#### BESPREKEN VAN PSYCHISCHE FACTOREN

In de casus worstelt de aios met het bespreekbaar maken van een mogelijke spanningscomponent in de klachten van patiënte. Bij SOLK is het juist van belang psychische factoren bespreekbaar te maken, om in kaart te kunnen brengen welke factoren de klachten initiëren of het herstel belemmeren, en om een eventuele psychiatrische stoornis te kunnen uitsluiten.<sup>1</sup> Dat artsen terughoudend zijn in het ter sprake brengen van psychische factoren, met name bij niet-westerse allochtonen met SOLK, kan verschillende redenen hebben.

#### Stigma

Artsen vermoeden weleens dat er voor niet-westerse allochtonen een stigma rust op psychische klachten.<sup>11</sup> Dat stigma bestaat wereldwijd en is bijvoorbeeld sterk aanwezig bij Chinezen in de Verenigde Staten en in Taiwan.<sup>22,23</sup> Er zijn echter aanwijzingen dat het minder sterk is dan men denkt. In een onderzoek naar het gebruik van ggz-voorzieningen door Chinezen in Nederland bleek dat zij zonder schroom over psy-

#### Abstract

Los AM, Cents RAM, Harmsen JAM, Bindels PJE. Non-western migrants with medically unexplained physical symptoms. *Huisarts Wet* 2016;59(4):172-5.

Medically unexplained physical symptoms (MUPS) are often complex, and general practitioners may be reluctant to discuss possible psychological factors, because they think that patients have little insight into these factors and their relevance. The situation is even more difficult with patients of non-western origin, because of possible communication problems and differences in ideas and concepts regarding ill health. Many GPs assume that there is a stigma about mental health problems in non-western cultures, but this is less strong than thought. Although non-western migrants may present with physical complaints, this does not necessarily mean that they are unaware that their complaints may have a psychological basis - in many cultures the distinction between mind and body is not so clear-cut as in western culture. It is possible, and even advised, to discuss psychological factors during the consultation. The Dutch College of General Practitioners' guideline on MUPS is helpful and provides a model for structuring the patient's history, by asking about somatic, cognitive, emotional, and social, behavioural aspects in this order. However, with non-western migrants it is better to use a different sequence, focusing on social, behavioural, somatic, cognitive, and emotional aspects, so that the behavioural and social consequences of the problems are given prominence. It is important to build a relationship of trust with patients, for example, by using the 'cultural interview'. When discussing mental health symptoms, it may help to begin with basic emotions (anger, fear, happiness, sadness), to use metaphors, and, where possible, to describe the problem in the patient's own words. It is also important to emphasize the confidentiality of the patient-doctor relationship.

chische problemen praten.<sup>24</sup> In een Duits onderzoek naar het verband tussen lichamelijke klachten, stigma en depressie bij 63 Turkse vrouwelijke migranten met depressieve klachten vond men geen relatie tussen ervaren stigma en somatisatie.<sup>11</sup> Wel zijn er verschillen gevonden tussen etnische groepen: Amerikaanse onderzoekers vonden dat het stigma op psychische klachten minder groot is voor Afro-Amerikanen en hispanics dan voor Aziatische en blanke Amerikanen.<sup>25</sup>

Kortom, in de beschikbare literatuur zijn geen aanwijzingen te vinden dat somatisatie een gevolg is van een stigma op psychische klachten.

**Ziekte-inzicht**

Een andere reden om de mogelijke invloed van psychische factoren niet te bespreken, kan zijn dat de arts aanneemt dat de patiënt zelf die invloed niet ziet. Huisartsen blijken echter slecht te kunnen inschatten hoe de patiënt zijn probleem definieert: somatisch, psychologisch of beide. Deens onderzoek onder huisartspatiënten van Scandinavische afkomst liet zien dat artsen dit in 99% van de gevallen goed inschatten wanneer de patiënt een fysieke oorzaak ziet, maar slechts in 26% wanneer de patiënt zowel een fysieke als een psychische oorzaak ziet. Artsen zijn dus geneigd de mate waarin de patiënt zelf een psychische component aan de klacht toekent, te onderschatten.<sup>4</sup> Het is aannemelijk dat dit ook opgaat voor patiënten van niet-westerse afkomst, omdat in die contacten doorgaans meer communicatieproblemen optreden en het identificeren van de reden van komst vaak moeilijker is.<sup>8,26</sup>

**Presentatie van de klachten**

Het vermoeden dat er een stigma rust op psychische factoren of dat de patiënt daar weinig zicht op heeft, wordt onder andere gevoed door de manier waarop de patiënt de klachten presenteert. Een Nederlands onderzoek laat zien dat patiënten van Turkse en Marokkaanse afkomst in eerste instantie meer lijken te somatiseren dan autochtone patiënten, maar dat dit verschil wegvalt bij systematisch uitvragen.<sup>27</sup> Dit suggereert dat vooral de uitdrukking van psychische klachten somatisch georiënteerd is: de patiënt gebruikt een andere *language of distress*. Deze bevinding wordt in andere onderzoeken beves-

tigd.<sup>17,18,28,29</sup> In culturen waarin de scheiding tussen lichaam en geest minder sterk is dan in de westerse cultuur, is het onderscheid tussen somatische en psychische klachten minder duidelijk.<sup>12</sup> Dat een patiënt het alleen maar over somatische klachten heeft, sluit niet uit dat hij inzicht heeft in psychische factoren: bij doorvragen blijkt dit inzicht vaak wel dege-lijk aanwezig.<sup>27</sup> Hierbij kan ook meespelen dat niet-westerse allochtonen het niet gewend zijn om psychische klachten met de huisarts te bespreken.

Het is dus van belang alert te blijven op onderliggende psychische klachten bij niet-westerse allochtonen met SOLK. De patiënt ziet de factoren die bijdragen aan de klachten óók, en waarschijnlijk beter dan de arts denkt.

**ADVIEZEN**

**Structuur van de anamnese**

De NHG-Standaard Somatisch Onvoldoende Verklaarde Klachten (SOLK) biedt handvatten voor het exploreren van psychische factoren die bijdragen aan de klachten van SOLK-patiënten.<sup>1</sup> Een bruikbaar hulpmiddel is met name het SCEGS-model [tabel 1], waarbij de standaard adviseert de vraagvolgorde in de anamnese aan te passen voor patiënten van niet-westerse afkomst: ‘van buiten naar binnen’. De meerderheid van de niet-westerse allochtonen in Nederland is afkomstig uit collectivistische culturen, waarin het uiten van de eigen mening of gevoelens van minder belang geacht wordt. Vraag daarom eerst naar sociale reacties en consequenties, en pas daarna naar cognities en emoties. SCEGS wordt dan SGSC: somatisch-gedrag-sociaal-cognitie-emotie: eerst de feiten, daarna de meningen en als laatste de gevoelens. De huisarts kan na anamnese en lichamelijk onderzoek bijvoorbeeld bespreken wat de patiënt doet als er klachten zijn, en vragen wat de invloed is van de klachten op de thuissituatie: ‘Hoe reageert uw omgeving op de klachten?’ of: ‘Wat is volgens uw familie de oorzaak van uw klachten?’ Voortbordurend op de cognities en gevoelens van de omgeving kunnen dan de cognities en emoties van de patiënt zelf aan de orde komen.

**Psychische factoren ter sprake brengen**

Pharos, het expertisecentrum inzake de (gezondheids)zorg voor migranten en laagopgeleiden, heeft in 2015 het boekje *Onzichtbare pijn – Adviezen voor de implementatie van de NHG-Standaard SOLK bij patiënten met een migrantenachtergrond* uitgegeven. Dit boekje benadrukt het belang van een vertrouwensrelatie met de patiënt. Het cultureel interview kan behulpzaam zijn bij het opbouwen van zo’n vertrouwensrelatie, door met de patiënt in gesprek te gaan over diens culturele achtergrond. Aangeraden wordt ook psychische klachten niet onmiddellijk ter sprake te brengen, maar eerst te vragen naar basale gevoelens (bang, boos, bedroefd, blij), metaforen te gebruiken [tabel 2] en minder direct te communiceren. De huisarts kan daarbij uitgaan van de woorden die de patiënt zelf gebruikte bij de exploratie van de andere dimensies van de klachten, zoals bijvoorbeeld ‘spanning’ of ‘stress’. Ook moet de arts benadrukken dat hij een beroepsgeheim heeft: veel niet-westerse

**Tabel 1** Anamnese bij SOLK: het SCEGS-model

Standaard klachtexploratie		Niet-westerse allochtoon		
S	somatisch	S	somatisch	aspecten van de klacht, medicatiegebruik
C	cognitief	G	gedragmatig	gevolgen van de klacht: werkverzuim, vermijdingsgedrag, hulpzoekgedrag
E	emotioneel	S	sociaal	gevolgen voor sociale omgeving, reacties van naaste relaties
G	gedragmatig	C	cognitief	ideeën over de klacht, eigen invloed op herstel, verwachting van hulpverleners
S	sociaal	E	emotioneel	gevoelens, ongerustheid

**Tabel 2** Metaforen

Stress	Lichaam en geest zijn verweven: je hebt 'vlinders in je buik' bij verliefdheid, een probleem ligt soms 'zwaar op de maag'. Je lichaam kan pijn doen als je geest lijdt.  Als je een fietsband heel hard oppompt, zal hij knappen als je over een hobbel rijdt.  Demonstreer: als je langdurig je spieren spant (vuist maken), gaat het pijn doen.  Demonstreer: een elastiekje knapt als er veel spanning op staat
Draagkracht-draaglast	Een fit persoon kan goed een berg op fietsen. Als deze persoon een zware rugzak draagt, zal het moeizamer gaan. Als deze persoon niet goed getraind is en ook nog een zware rugzak draagt, komt hij de berg niet op.  De wortels van een boom dringen diep door in de grond. Wanneer ze tegenstand ondervinden, zoals een grote kei of een rotsblok, groeien ze om dat obstakel heen. Het gaat erom dat de boom kan doorgroeien. Zo gaat het ook met mensen. Leer omgaan met de klachten, 'groeie eromheen' zoals boomwortels doen.
Fight-flight	Bij stress reageert het lichaam alsof het moet vechten of weggrennen. Hierdoor gaat je hart sneller kloppen en spannen de spieren zich aan. Als je aanhoudende stress hebt, raakt het lichaam uitgeput. Het lijkt dan alsof je in een auto tegelijk op de rem en op het gaspedaal trapt.
Trauma	Uw hoofd zit vol met nare en pijnlijke herinneringen, dan is er geen plaats meer om dingen te onthouden. Het verdriet neemt alle plaats in uw hoofd in en kost veel energie.

allochtonen zijn daarvan niet op de hoogte. Het boekje is te downloaden via [www.pharos.nl](http://www.pharos.nl).<sup>30</sup>

### TOT SLOT

Huisartsen moeten niet schromen psychische factoren ter sprake te brengen bij patiënten met SOLK, ook als de patiënt een niet-westerse allochtoon is. Uit onderzoek blijkt dat patiënten meestal meer inzicht hebben in de psychische component van lichamelijke klachten dan hun arts denkt, en ook dat het stigma op psychische klachten bij niet-westerse allochtonen minder groot is dan men vaak denkt.

De groep 'niet-westerse allochtonen' in Nederland is divers. Ga daarom in gesprek met uw patiënt en schuw het bespreken van psychische factoren niet. Het onderkennen van die psychische component kan u en uw patiënt helpen tot een gezamenlijke probleemdefinitie te komen en zo te gaan werken aan herstel. ■

### LITERATUUR

- 1 Olde Hartman T, Blankenstein A, Molenaar A, Bentz van den Berg D, Van der Horst H, Arnold I, et al. NHG-Standaard Somatisch Onvoldoende Verklaarde Klachten (SOLK). Huisarts Wet 2013;56:2-18.
- 2 [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl). Bevolking naar herkomstgroepering. Voorburg: CBS StatLine, 2014.
- 3 Van der Lucht F, Verweij A. Etniciteit en zorggebruik. Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 2010.
- 4 Frostholt L, Ornbøl E, Hansen H, Olesen F, Weinman J, Fink P. Which is more important for outcome: the physician's or the patient's understand-

- ding of a health problem? A 2-year follow-up study in primary care. Gen Hosp Psychiatry 2010;32:1-8.
- 5 Hartz A, Noyes R, Bentler S, Damiano P, Willard J, Momany E. Unexplained symptoms in primary care: perspectives of doctors and patients. Gen Hosp Psychiatry 2000;22:144-52.
- 6 Papic O, Malak Z, Rosenberg E. Survey of family physicians' perspectives on management of immigrant patients: attitudes, barriers, strategies, and training needs. Patient Educ Couns 2012;86:205-9.
- 7 Manna DR, Bruijnzeels MA, Mookink HGA, Berg M. Minder etnische kennis in de standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap over diabetes mellitus type 2, hypertensie en over astma bij volwassenen dan in de onderbouwende literatuur. Ned Tijdschr Geneesk 2003;147:1691-6.
- 8 Van Wieringen J, Harmsen J, Bruijnzeels M. Intercultural communication in general practice. Eur J Public Health 2002;12:63-8.
- 9 Junod Perron N, Hudelson P. How do junior doctors working in a multicultural context make sense of somatisation? Swiss Med Wkly 2005;135:475-9.
- 10 Seeleman C, Suurmond K. Een arts van de wereld: etnische diversiteit in de medische praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2005.
- 11 Heredia Montesinos A, Rapp M, Temur-Erman S, Heinz A, Hegerl U, Schouler-Ocak M. The influence of stigma on depression, overall psychological distress, and somatization among female Turkish migrants. Eur Psychiatry 2012;27 Suppl 2:22-6.
- 12 Kortman F. Transculturele psychiatrie: van praktijk naar theorie. 2e dr. Assen: Van Gorcum, 2010.
- 13 Gureje O, Simon G, Ustun T, Goldberg D. Somatization in cross-cultural perspective: a World Health Organization study in primary care. Am J Psychiatry 1997;154:989-95.
- 14 Gureje O. What can we learn from a cross-national study of somatic distress? J Psychosom Res 2004;56:409-12.
- 15 Aragona M, Rovetta E, Pucci D, Spoto J, Villa A. Somatization in a primary care service for immigrants. Ethn Health 2012;17:477-91.
- 16 Aragona M, Pucci D, Carrer S, Catino E, Tomaselli A, Colosimo F, et al. The role of post-migration living difficulties on somatization among first-generation immigrants visited in a primary care service. Ann Ist Super Sanita 2011;47:207-13.
- 17 Bengi-Arslan L, Verhulst F, Crijnen A. Prevalence and determinants of minor psychiatric disorder in Turkish immigrants living in The Netherlands. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2002;37:118-24.
- 18 Small R, Lumley J, Yelland J. How useful is the concept of somatization in cross-cultural studies of maternal depression? A contribution from the Mothers in a New Country (MINC) study. J Psychosom Obstet Gynaecol 2003;24:45-52.
- 19 Bekker M, Schepman R. Somatization and psychological awareness of ethnic minority clients in Western-European mental health care: a pilot study. Eur J Psychiatry 2009;23:135-9.
- 20 Beirens K, Fontaine J. Somatic complaint differences between Turkish immigrants and Belgians: do all roads lead to Rome? Ethn Health 2011;16:73-88.
- 21 Rohlf H, Knipscheer J, Kleber R. Somatization in refugees: a review. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2014;49:1793-804.
- 22 Ahmedani B, Kubiak S, Kessler R, de Graaf R, Alonso J, Bruffaerts R, et al. Embarrassment when illness strikes a close relative: a world mental health survey consortium multi-site study. Psychol Med 2013;43:2191-202.
- 23 Kleinman A. Depression, somatization and the 'new cross-cultural psychiatry'. Soc Sci Med 1977;11:3-10.
- 24 Liu C, Ingleby D, Meeuwesen L. Barriers to health care for Chinese in the Netherlands. Int J Family Med 2011;2011:635853.
- 25 Stickney S, Yanosky D, Black D, Stickney N. Socio-demographic variables and perceptual moderators related to mental health stigma. J Ment Health 2012;21:244-56.
- 26 El Haddouchi M, Aouaj Y, Brouwer HJ, Stronks K. Marokkanen bij de huisarts aan het woord; de mate waarin de huisarts de reden van komst achterhaalt. Ned Tijdschr Geneesk 2000 144:219-24.
- 27 Knipscheer J, Kleber R. Migranten in de ggz: empirische bevindingen rond gezondheid, hulpzoekgedrag, hulpbehoeften en waardering van zorg. Tijdschr Psychiatr 2005;47:753-9.
- 28 Simon G, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. N Engl J Med 1999;341:1329-35.
- 29 Kirmayer L, Young A. Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. Psychosom Med 1998;60:420-30.
- 30 Vintges M, Hosper K, Kamisetti S. Onzichtbare pijn: Adviezen voor de implementatie van de NHG-Standaard SOLK bij patiënten met een migrant-enachtergrond. Utrecht: Pharos, 2015.