

Kulturalno-specifični sindromi: izazov za kliničku praksu

Stela Jovetić

Filozofski fakultet u Zagrebu

Odsjek za psihologiju

ORCID: 0000-0002-8361-8572

Sažetak

Kultura je snažna odrednica doživljavanja emocionalnih nevolja i prikladnih načina njihova izražavanja, a usmjerava i način na koji osobe koje pate traže pomoć. Kulturalno-specifični sindromi obrasci su psihičkih smetnji i abnormalnog ponašanja koji se smatraju jedinstvenima za određenu kulturu i ne pripadaju u kategorije standardnih klasifikacija psihijatrijskih poremećaja. *Hikikomori* sindrom u Japanu i *dhat* sindrom u Indiji samo su neki od mnogih primjera tih sindroma. Jedna je od hipoteza da su navedeni sindromi zapravo samo različite manifestacije već opisanih psihičkih smetnji u standardnim klasifikacijskim sustavima koje su nastale zbog utjecaja jezika i kulture pa se čine jedinstvenima za određenu kulturu. U ovome radu navest će se dokazi koji podržavaju tu hipotezu, ali i argumenti koji podržavaju hipotezu o njihovoj specifičnosti i jedinstvenosti za kulturu unutar koje su prvotno opisani. Također, u radu će biti objašnjene razlike u opisivanju i imenovanju tih sindroma u dvama glavnim psihijatrijskim klasifikacijskim sustavima: Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje (DSM) i Međunarodnoj klasifikaciji mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja (ICD). Nadalje, bit će opisani problemi klasificiranja, dijagnosticiranja i istraživanja kulturalno-specifičnih sindroma te štetne posljedice njihovog pogrešnog dijagnosticiranja. Na kraju će biti navedeni prijedlozi i smjernice za buduća istraživanja kulturalno-specifičnih sindroma.

Ključne riječi: *dhat* sindrom, DSM-5, ICD-11, *hikikomori*, kulturalno-specifični sindromi.

Uvod

Pojam kultura odnosi se na posebne običaje, vrijednosti, vjerovanja, znanje, umjetnost i jezik društva ili zajednice koji se prenose s generacije na generaciju i temelj su svakodnevnog ponašanja ljudi u određenom društvu ili zajednici (Američka psihijatrijska udruga [APU], 2014). Kultura oblikuje način na koji ljudi doživljavaju emocionalne smetnje, kako ih izražavaju te kako i od koga traže pomoć. U zapadnjačkim kulturama anksioznost i depresija ubrajaju se u psihičke poremećaje, no u nekim kulturama one se smatraju uobičajenim problemima s kojima se ljudi susreću u životu. Primjerice, u kineskoj kulturi smatra se da su uzroci tih poremećaja loše misli i slaba osobnost (Sun i sur., 2018). Jedno od mogućih objašnjenja za umanjivanje značaja ovih poremećaja u odnosu na njihovo shvaćanje u zapadnjačkim kulturama jest povećana stigma prema psihičkim poremećajima u kineskoj kulturi. Psihička bolest loše se odražava i utječe na ugled obiteljske linije oboljele osobe, stoga je moguće da Azijati, svjesno ili nesvjesno, psihičku nevolju više izražavaju kroz somatske, tjelesne simptome (Chun i sur., 1996). Primjerice, kineski Amerikanci vjerojatnije će pokazivati somatske simptome depresije nego Afroamerikanci ili bijelci (Chang, 1985), a Kinezi s poremećajima raspoloženja pokazuju više somatskih simptoma nego bijeli Amerikanci (Hsu i Folstein, 1997).

Kulturalno-vezani ili kulturalno-specifični sindromi obrasci su psihičkih bolesti i abnormalnog ponašanja koji su jedinstveni za određenu etničku ili kulturnu populaciju i nisu u skladu sa standardnim klasifikacijama psihijatrijskih poremećaja (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Neki su od primjera ovih sindroma *hikikomori* i *dhat* sindrom. *Hikikomori* sindrom definira se kao psihosocijalno stanje koje karakterizira dugotrajno i ozbiljno društveno povlačenje od najmanje šest mjeseci (Pozza i sur., 2019). To stanje otkriveno je i najprije proučavano u japanskom društvu ili kulturi. Kriteriji su za njegovo dijagnosticiranje: pojedinac vodi životni stil usredotočen na dom (rijetko ili uopće ne izlazi), nema interesa ili volje pohađati školu ili raditi, ne može ili se ne bavi društvenim aktivnostima (npr. ide u školu ili radi, ali nema bliskih prijatelja), isključena je mentalna retardacija, shizofrenija ili drugi psihički poremećaj (Ministry of Health, Labour & Welfare, 2003, prema Teo, 2010). Osobe koje pate od *hikikomori* sindroma razočarane su školom i društvom, nemaju motivaciju da se uključe u svijet i žele se pobuniti protiv društvenih načela, ali povlače se u sebe zbog tjeskobe i straha od osude društva (Ogino, 2004). Koriste se izolacijom kao obranom od prijelaza iz adolescencije u odraslu dob u društvu s kojim se ne slažu. U prosjeku četiri puta češće pogađa muškarce u odnosu na žene i uglavnom pogađa starije sinove obitelji višeg socioekonomskog statusa koji su u mlađoj odrasloj dobi (Pozza i sur., 2019). *Dhat* sindrom definira se kao zabrinutost zbog pretjeranog gubitka sjemena, što onda uzrokuje niz tjelesnih i psihičkih simptoma, uključujući slabost, umor, gubitak apetita, bol, tjeskobu i seksualne disfunkcije (Rajkumar i Bharadwaj, 2014). Ti se simptomi pripisuju gubitku sjemena tijekom noćnog izlučivanja, masturbacije ili spolnog odnosa prije

braka. Sindrom je uobičajen u medicinskim i psihijatrijskim okruženjima na indijskom potkontinentu, kao i među imigrantima iz ove regije u drugim zemljama.

Postoje li uistinu kulturalno-specifični sindromi poput *hikikomorija* i *dhata* ili su to samo drugačiji nazivi za iste psihičke poremećaje s kojima se susrećemo u zapadnjačkim klasifikacijskim sustavima? Kulturalno-specifični sindromi često se slabo razumiju i pogrešno dijagnosticiraju, što dovodi do neučinkovitog liječenja i nepotrebne patnje. Ovaj rad pruža pregled kulturalno-specifičnih sindroma, njihovo podrijetlo, simptome i tretmane, kao i šire implikacije ovih sindroma, njihov utjecaj na zdravstvene sustave i ulogu kulturne kompetencije u pružanju učinkovite skrbi. Cilj je ovoga rada prikaz aktualnih problema u dijagnosticiranju i klasifikaciji psihičkih poremećaja s obzirom na utjecaj kulture te povećanje svijesti i razumijevanja kulturalno-specifičnih sindroma. Povećavanjem svijesti i razumijevanja kulturalno-specifičnih sindroma i njihovog utjecaja na pogođene pojedince i zajednice, moguće je promicati međukulturalno razumijevanje te poboljšati ishode zdravstvene skrbi za različite populacije. Svrha je ovoga rada pružanje alata čitatelju za kritički pristup pri razmatranju psihičkih poremećaja te promicanje kulturno osjetljivijih pristupa mentalnom zdravlju.

Povijest istraživanja i razvoj naziva kulturalno-specifičnih sindroma

Transkulturalna je psihijatrija grana psihijatrije koja istražuje utjecaj kulture na uzroke, kliničku sliku, liječenje i učestalost psihičkih i psihijatrijskih poremećaja, kao i primjenu zapadne psihijatrijske prakse u drugim kulturama (Leksikografski zavod Miroslav Krleža, n.d.). Emil Kraepelin, njemački psihijatar 19. stoljeća, objavio je članak *Usporedna psihijatrija* (1904), u kojem je opisao učestalost i simptome afektivne psihoze na Javi, u Keniji, Nigeriji, Južnoj Africi i na Haitiju. Uz taj članak veže se početak transkulturalne psihijatrije koja je usko vezana uz proučavanje kulturalno-specifičnih sindroma. Kraepelin je također razvio sustav klasifikacije psihičkih bolesti koji je snažno utjecao na kasnije klasifikacije (Ebert i Bär, 2010). Podijelio je psihičke bolesti na egzogene poremećaje, za koje je smatrao da su uzrokovani vanjskim uvjetima i da se mogu liječiti, i endogene poremećaje, koji su imali biološke uzroke kao što su organsko oštećenje mozga, metaboličke disfunkcije ili nasljedni čimbenici i stoga su se smatrali neizlječivima (Ebert i Bär, 2010). On i mnogi njegovi suvremenici usmjerili su se na psihoze bioloških uzroka te je smatrao da je karakteristično obilježje takvih psihoza univerzalnost (jednake su za sve pacijente, bez obzira na kulturu) (Littlewood, 1990). Psihijatri 19. stoljeća smatrali su da kulturalni čimbenici zamagljuju „stvaran“ opis poremećaja koji je univerzalan i biološki uzrokovan. Kod pacijenata iz vlastite kulture nisu imali problema s nalaženjem univerzalnih kategorija psihičkih poreme-

ćaja jer nisu uočavali utjecaj kulture (Littlewood, 1990), stoga se društveni kontekst zapadnjačkih pacijenata zanemarivao pri objašnjavanju interpersonalnih varijacija u poremećajima. No kada su te kategorije primjenjivali u drugim društvima, naišli su na teškoće jer obrasci koji su na Zapadu prepoznati kao abnormalni nisu uvijek lokalno prepoznati kao neobični i nepoželjni (Littlewood, 1990). S obzirom na to da je europska psihijatrija imala najsnažniji utjecaj, lokalni psihijatrijski sustavi ispitivani su ne samo kao samostalni, značajni i funkcionalni kulturni obrasci već kao više ili manje točne aproksimacije „stvarne“ (zapadne) klasifikacije (Littlewood, 1990). Psihijatri i mnogi antropolozi ignorirali su postojeće autohtone sustave zdravstvene skrbi i terapijske intervencije kojima se koriste te populacije (Ventriglio i sur., 2015).

Ključni problem transkulturalne psihijatrije u vrijeme njezinog nastanka bio je nedostatak iskustva mnogih psihijatara u problemima kliničke prakse u kulturalno raznolikim zajednicama, a mnogi psihijatri nisu priznavali vrijednost epidemioloških istraživanja u različitim kulturama. Međutim, taj stav psihijatara uskoro se mijenja s objavom Yapova klasičnog rada (1962) koji je pokrenuo val istraživanja u tome području i tako značajno doprinio razvoju transkulturalne psihijatrije. Yap (1962) prvi opisuje kulturalno vezane psihogene ili reaktivne psihoze i naglašava da su one različite od onih koje se obično nalaze kod zapadnjačkih pacijenata i u psihijatrijskim kliničkim priručnicima. Izraz ‘psihogeno’ odnosi se na proces u kojem mentalno iskustvo dovodi do abnormalne reakcije u osobe, a ako je osoba predisponirana za takvo iskustvo, tada se ‘psihogeno’ poklapa s ‘reaktivnim’ (Yap, 1967). Yap (1967) stoga naizmjenično koristi izraz psihogeno i reaktivno u opisivanju kulturalno vezanih psihoza te ističe da stupanj u kojem je iskustvo traumatično ovisi o učinku sociokulturnih čimbenika u oblikovanju odgovora pojedinca na podražaje. U svojem kasnijem radu Yap mijenja naziv psihogene psihoze u kulturalno-vezane sindrome i taj se naziv zadržao i danas u dijelu literature, posebice na engleskom jeziku (eng. *cultural-bound syndromes*), a pojavljuje se i u DSM-4 (APU, 1996). Međutim, u ICD-10 se upotrebljava izraz ‘kulturalno-specifični poreme-

DSM i ICD vs. kultura

Dva glavna psihijatrijska klasifikacijska sustava, DSM i ICD, drugačije opisuju kulturalno-specifične sindrome (Ventriglio i sur., 2015). ICD-10 i ICD-11 prepoznaju važnost razumijevanja i uzimanja u obzir kulturnih čimbenika u dijagnozi i liječenju poremećaja mentalnog zdravlja, no različito im pristupaju. ICD-10 u Dodatku 2 navodi nekoliko kulturalno-specifičnih sindroma koji dijele dvije zajedničke značajke: nije ih lako smjestiti u utvrđene i međunarodne dijagnostičke kategorije te su inicijalno opisani u određenoj populaciji ili kulturnom području, a njihov kasniji opis povezan

je s tom zajednicom ili kulturom (SZO, 1999). Ventriglio i suradnici (2015) tvrde da se ti sindromi pojavljuju i u drugim kulturama, odnosno, nisu specifični za kulturu u kojoj su inicijalno opisani. Nadalje, ICD-10 upozorava kliničke psihologe i psihijatre da se potreba za zasebnom kategorijom poremećaja kao što su *latah*, *amok*, *koro* i drugi poremećaji specifični za kulturu posljednjih godina „rjeđe izražava“. Paniagua (2018) kritizira taj izbor riječi jer to implicira da stručnjaci mentalnog zdravlja pri dijagnostici-ranju ne bi trebali obratiti pozornost na razmatranje poremećaja specifičnih za kulturu. Navodi da su kulturalno-specifični poremećaji trenutno temeljno dijagnostičko pitanje u kliničkoj praksi s pacijentima različitih kultura (npr. razne afričke i azijske kulture, Latinoamerikanci) kojima su dijagnosticirani mentalni poremećaji pomoću ICD-a ili DSM-5 (Paniagua, 2018). U odnosu na ICD-10, ICD-11 sadrži smjernice za razmatranje kulture pri korištenju ICD-11 koje bi trebale pomoći kliničkim psiholozima i psihijatrima u donošenju informiranih odluka. Glavni je cilj smjernica osigurati „zajednički jezik“ koji bi poslužio kao osnova za lakšu komunikaciju i donošenje odluka u zaštiti mentalnog zdravlja (Gureje i sur., 2019).

Kao i ICD, DSM-4 i DSM-5 prepoznaju važnost razumijevanja i uzimanja u obzir kulturnih čimbenika u dijagnozi i liječenju poremećaja mentalnog zdravlja. DSM-4 kulturalno-specifične sindrome definira kao ponavljajuće obrasce aberantnog ponašanja i problematičnog iskustva, specifične za lokalitet, koji mogu, ali ne moraju biti povezani s određenom dijagnostičkom kategorijom DSM-4 (APU, 1996). Također navodi niz karakteristika koje se smatraju ključnima za kulturalno-vezane sindrome: kultura unutar koje su definirani smatra ih bolestim ili tegobama (priznanje unutar društva kao odstupanje od normalnog ili zdravog); imaju lokalne nazive; simptomi, tijekom poremećaja i društveni odgovor na poremećaj često su pod utjecajem lokalnih kulturalnih čimbenika (npr. postoje narodni sustavi liječenja simptoma); sindrom je ograničen na određena društva ili kulturna područja i lokaliziran (Ventriglio i sur., 2015). DSM-4 pri opisu svakog poremećaja navodi odjeljak koji pruža smjernice pri dijagnosticiranju u svezi s varijacijama u prezentaciji poremećaja s obzirom na kulturu, dob i rod/spol. Osim toga, u Dodatku 1, DSM-4 opisuje *Nacrt za kulturalnu formulaciju* koji služi kao pomoć kliničkim psiholozima i psihijatrima u sustavnoj procjeni utjecaja kulturnog konteksta na pojedinca te *Rječnik kulturalno-specifičnih sindroma*.

DSM-5 odbacuje koncept kulturalno-specifičnih sindroma dajući prednost nazivu ‘kulturalni koncepti uznemirenosti’. Oni se definiraju kao načini na koje kulturne skupine doživljavaju, razumiju i komuniciraju patnju, probleme u ponašanju ili uznemirujuće misli i emocije. Također su navedena tri kulturalna koncepta: sindromi (nakupine simptoma i atribucija koje se javljaju među pojedincima u određenim kulturama); idiomi uznemirenosti (zajednički načini komuniciranja, izražavanja ili dijeljenja nevolje); i

objašnjenja (oznake, atribucije koje sugeriraju uzročnost simptoma ili nevolje) (APU, 2014). DSM-5 naglašava da su sve psihičke nevolje pod utjecajem kulture: različite populacije nose kulturalno uvjetovane načine komuniciranja nevolje, objašnjenja uzročnosti, metode suočavanja i ponašanja traženja pomoći (APU, 2014). Nadalje, DSM-5 upozorava kliničke psihijatre i psihologe na razmatranje kulturalnih varijabli prije dijagnosticiranja pacijenta s određenim DSM-5 psihičkim poremećajem. Primjeri su ovih varijabli problemi u odnosima (prvenstveno obiteljski odgoj), zlostavljanje i zane-marivanje, obrazovni i profesionalni problemi, osobna povijest, stambeni i ekonomski problemi te ostali problemi društvene okoline među kojima su, u kontekstu kulture, najznačajniji problemi akulturacije i diskriminacije (APU, 2014).

Osim skretanja pozornosti na važnost kulturalnih varijabli, DSM-5 daje smjernice za procjenu kulturalnih značajki problema mentalnog zdravlja pojedinca. Te su smjernice raspoređene u tri dijela: dio koji se bavi dijagnostičkim pitanjima povezanim s kulturom u većini psihičkih poremećaja u DSM-5; kulturalna formulacija koja predstavlja okvir za procjenu informacija o kulturalnim značajkama problema mentalnog zdravlja pojedinca i kako se to odnosi na društveni i kulturni kontekst i povijest; te intervju o kulturalnoj formulaciji koji liječnici mogu koristiti tijekom procjene mentalnog zdravlja. Kada se uspoređuju dva spomenuta dijagnostička sustava, DSM-5 detaljnije pristupa kulturalnim problemima pri dijagnosticiranju i procjeni mentalnih poremećaja. DSM-5 sadrži rječnik kulturnih koncepata uznemirenosti (tj. kulturalno-specifičnih sindroma; npr. *ataques de nervios*, *dhat*, *susto* itd.). Također sadrži dijagnoze i kliničko liječenje s naglaskom na kulturalnoj formulaciji (npr. prepoznavanje kulturnog identiteta pacijenta te kulturalne razlike između pacijenta i stručnjaka za mentalno zdravlje). Time DSM-5 naglašava kulturalnu definiciju problema, kulturalnu percepciju uzroka, kontekst i ostale sociokulturne varijable (Lewis-Fernández i Kirmayer, 2019). Zbog navedenih argumenata može se reći da DSM-5 prikladnije pristupa pitanju utjecaja kulture na klasificiranje i dijagnosticiranje mentalnih poremećaja. Prepoznata je potreba za razmatranjem kulturalno-specifičnih sindroma u nekim mentalnim poremećajima (npr. *taijin kyofusho* u slučaju društvenog anksioznog poremećaja) te općenito naglašava kulturalne varijacije u većini poremećaja (APU, 2014). U tome je obuhvatniji u odnosu na ICD sustave, s obzirom na to da niti jedna varijanta ICD-a ne uzima opisane varijacije u obzir. Ipak, nedostatak definiranja kulturalno-specifičnih poremećaja u DSM-5 jest to što se ne navodi utjecaj kulturalnih varijabli na, primjerice, narcisoidni poremećaj osobnosti, seksualni sadizam i trajni depresivni poremećaj (distimija). U budućim revizijama trebalo bi navesti utjecaj kulture na sve mentalne poremećaje (Alarcón, 2010; Paniagua, 2018). Nadalje, kultura je dinamičan i promjenjiv sustav, stoga se javlja pitanje kako je pravilno uključiti u klasifikacijski sustav DSM-5 čije su kategorije statične. Drugim riječima, u DSM-5 sustavu kultura se poistovjećuje s etničkom pripadnošću, a

rasa ili etnička pripadnost rabe se kao zamjena za kulturne čimbenike. Korištenje grubo definiranih etničkih skupina kao što su Afroamerikanci, Hispanoamerikanci ili Azijati u epidemiološkim studijama ne pomaže pri objašnjenju utjecaja kulture na psihopatološke procese jer su čak i naizgled dobro definirane etničke skupine vrlo heterogene (Bredström, 2017). Također, u današnje vrijeme pojedinac je na društvenim mrežama i internetu te mogućnostima međunarodnih putovanja izložen različitim kulturama koje utječu na njegov osobni identitet i način razmišljanja. Zbog tih obilježja kulture važno je izbjegavati generaliziranje kulturnih informacija ili stereotipnih skupina u smislu fiksnih kulturnih obilježja.

Problemi dijagnosticiranja, klasificiranja i proučavanja kulturalno-specifičnih sindroma

Iako i ICD i DSM sustavi prepoznaju važnost kulturalnih čimbenika u dijagnozi i liječenju psihičkih poremećaja, kulturalno-specifični sindromi nisu uvijek shvaćeni ili prihvaćeni od strane šire medicinske zajednice te su za bolje razumijevanje tih poremećaja i učinkovitih načina njihova liječenja potrebna daljnja istraživanja. Međutim, postoje brojni problemi s istraživanjem kulturalno-specifičnih sindroma, a posljedično i s njihovim dijagnosticiranjem i klasificiranjem. Prvi je problem dijagnostičko preklapanje simptoma kulturalno-specifičnih sindroma sa simptomima postojećih psihijatrijskih poremećaja. Mnogi stručnjaci vjeruju da oni nisu specifični za određenu kulturu, već se nalaze u mnogim različitim kulturama, ali se drugačije nazivaju; svaka kultura ima lokalni naziv za određeni poremećaj (Sahoo i sur., 2021). Problem se javlja i pri shvaćanju kulturalno-specifičnih sindroma kao zasebnih entiteta. Razlike u emocionalnim, simptomatskim i kontekstualnim aspektima tih sindroma ukazuju na različite komorbidne odnose s psihijatrijskom dijagnozom ili čak nedostatak takvog odnosa. Kako bi se omogućilo istraživanje i klinička praksa, međunarodni klasifikacijski sustavi imaju krute, fenomenološke granice poremećaja. Međutim, pripajanje kulturalno-specifičnih sindroma kategorijama deskriptivno orijentiranih klasifikacijskih sustava dovelo bi do gubitka njihovog jedinstvenog značenja iz kulturne perspektive. Kraepelin (1904) naglašava da se u različitim kulturama ne izvještava o različitim psihijatrijskim poremećajima, već da različite kulture modificiraju njihovu fenomenologiju. To podržava koncepciju kulturalno-specifičnih sindroma kao varijanti kategorija u DSM ili ICD klasifikacijskom sustavu koje se jednostavno različito shvaćaju i izražavaju u različitim kulturama.

Klasificiranje kulturalno-specifičnih poremećaja problematično je i zbog određivanja prevladavajućih simptoma: različite kulture i stručnjaci pridaju veću važnost različitim simptomima kulturalno-specifičnih sindroma. Primjerice, *koro* je kulturalno-specifični sindrom koji se javlja u jugoistočnoj Aziji, a karakterizira ga intenzivan strah da se

penis smanjuje ili uvlači i da će nestati u abdomenu. Često je popraćen uvjerenjem da će to rezultirati vlastitom smrću (APU, 2014). Neki stručnjaci smatraju *koro* somatoformnim poremećajem dok drugi smatraju da pripada grupi anksioznih poremećaja. *Koro* obuhvaća simptome disocijativnih, seksualnih, anksioznih i somatoformnih poremećaja (Sahoo i sur., 2021). Pri opisivanju *dhat* sindroma, neki se stručnjaci usredotočuju na depresiju, a drugi na somatske simptome. Dakle, grupiranje prevladavajućih simptoma ne rješava problem klasifikacije zbog nejasnih granica raznolike prezentacije tih simptoma.

Istraživanje kulturalno-specifičnih sindroma otežano je iz više razloga. Da bi proveo istraživanje o određenom sindromu u svezi s kulturom koji je ograničen na određeno zemljopisno područje, istraživač mora opažati slučajeve. Vjerojatno će morati putovati i oslanjati se na prevoditelje da bi razumio ponašanje opaženih, kao i kontekst u kojem se ono javlja. Prepričavajući simptome tih poremećaja, domoroci ili regionalni tumači mogu nenamjerno iskriviti činjenice i izostavljati neke informacije zbog čega se dobivaju netočni opisi sindroma i teže ih je klasificirati (Sahoo i sur., 2021). Osim toga, postoje problemi u svezi s objavljivanjem istraživanja o različitim kulturalno-specifičnim sindromima. Istraživanja su ovih sindroma ograničena, posebice iz nezapadnih zemalja iz kojih većina njih potječe. Postoji veća vjerojatnost da će članci iz zemalja s niskim i srednjim dohotkom biti odbijeni (Patel i Kim, 2007). Dohodak je određen klasifikacijom Svjetske banke i temelji se na bruto nacionalnom dohotku (BND) po glavi stanovnika (The World Bank, n.d.). Usto, u zemljama s niskim i srednjim dohotkom općenito je niska znanstvena produkcija te nedostaju radna snaga i financijski resursi za znanstvena istraživanja relevantnih pitanja u svezi s različitim kulturalno-specifičnim sindromima (Sahoo i sur., 2021). Zbog navedenih poteškoća u razradi odgovarajućih istraživačkih strategija za različite kulturalno-specifične sindrome istraživanja vezana uz ovo područje neadekvatna su, a potrebno je provesti više studija o svakom kulturalno-specifičnom sindromu kako bi se utvrdio učinak na određenu pogođenu populaciju.

Konačno, mogu postojati etička razmatranja kada se provode istraživanja o kulturalno-specifičnim sindromima, osobito kada se radi o ranjivim populacijama ili u kulturama s tradicionalnim praksama liječenja. Istraživač se mora detaljno informirati o kulturi kojoj pripadaju sudionici njegova istraživanja i pristupiti im s poštovanjem i uvažavanjem. Istraživači bi trebali uzeti u obzir i postojanje stigme oko poremećaja mentalnog zdravlja u nekim kulturama, što pojedincima može otežati traženje liječenja ili sudjelovanje u istraživačkim studijama (Sahoo i sur., 2021). Navedeni problemi mogu otežati točno dijagnosticiranje, klasificiranje i istraživanje kulturalno-specifičnih sindroma te posljedično spriječiti napore za poboljšanje mentalnog zdravlja i dobrobiti pojedinaca pogođenih ovim poremećajima.

Posljedice pogrešnog dijagnosticiranja i liječenja kulturalno-specifičnih poremećaja

Pripisivanje pogrešne dijagnoze ima niz kaskadnih posljedica. Pogrešna dijagnoza može dovesti do neodgovarajućeg liječenja koje može biti neučinkovito ili čak štetno te može dovesti do pretjeranog oslanjanja na lijekove. Za neke je tretmane malo vjerojatno da će imati negativne nuspojave (npr. kognitivno-bihevioralna terapija za anksiozne poremećaje) dok drugi tretmani mogu imati opasne nuspojave kao što su antipsihotici druge generacije koji se daju odraslim osobama s dijagnozom shizofrenije (Clark i sur., 2017). Moguća je posljedica uporabe psihofarmaka i pojava otpornosti na njihovo djelovanje. Neodgovarajuće liječenje, pogoršanje simptoma te kašnjenje u primanju odgovarajućeg liječenja mogu dovesti do osjećaja beznada i očaja te osoba može odustati od tretmana i prestati tražiti pomoć. Kod dijagnosticiranja kulturalno-specifičnih sindroma postoji još veći rizik pripisivanja pogrešne dijagnoze zbog neupoznatosti pružatelja zdravstvenih usluga s kulturalnim kontekstom u kojem se sindromi pojavljuju te nedostatka iskustva u njihovom prepoznavanju i liječenju. Pružatelj zdravstvene skrbi može zamijeniti kulturalno-specifični sindrom za općenitiji poremećaj mentalnog zdravlja, što dovodi do nepravilnog liječenja (Kar i Sarkar, 2015). Naprimjer, posljedice neadekvatne dijagnoze i liječenja *hikikomori* sindroma mogu biti još veća izolacija oboljele osobe i još manja povezanost s obitelji i zajednicom, što može dovesti do osjećaja beznada i očaja. Produljena društvena i fizička izolacija mogu dovesti do problema fizičkog zdravlja, kao što su pretilost, hipertenzija i dijabetes zbog nedostatka tjelesne aktivnosti i loše prehrane (Yuen i sur., 2018). Također, neadekvatno liječenje *hikikomori* sindroma može povećati opterećenje članova obitelji osobe jer se *hikikomori* pojedinci često oslanjaju na članove obitelji za svoje dnevne potrebe poput hrane, skloništa i financijske potpore. To može dovesti do sukoba i napetosti unutar obitelji jer se članovi obitelji mogu osjećati frustrirano i bespomoćno u svojim pokušajima da pomognu pojedincu.

Dijagnosticiranje pogrešnog mentalnog poremećaja umjesto *hikikomori* sindroma može dovesti do stigme i diskriminacije jer pojedinci mogu biti označeni netočnim dijagnozama kao što su shizofrenija ili depresija, što se može povezati s negativnim stereotipima. U Japanu, kao i u većini azijskih zemalja, postoji velika stigma oko dijagnosticiranja psihičkih poremećaja koja se, osim oboljelog pojedinca, može odnositi i na njegovu obitelj, što šteti samopoštovanju oboljele osobe i njegovim obiteljskim odnosima (Wahl i Harman, 1989). Međutim, upravo zbog stigme oko psihičkih poremećaja u azijskim zemljama dolazi do smanjenog dijagnosticiranja težih psihičkih poremećaja kao što je shizofrenija (Rubinstein i Sakakibara, 2020). U tom slučaju češće se dijagnosticira *hikikomori* sindrom. Neki liječnici i roditelji oboljelih osoba smatraju

hikikomori eufemizmom za psihičku bolest, to jest, načinom na koji ljudi mogu normalizirati ono što bi se s pravom trebalo smatrati patološkim ponašanjem. Roditelji mogu tolerirati ili zanemariti aberantno ponašanje djece koja pate od spomenutog sindroma jer ih ne smatraju bolesnima te smatraju opravdanim ne odvesti svoju djecu u bolnicu, što bi bio dugotrajan, naporan i stigmatizirajući proces koji pogađa cijelu obitelj (Rubinstein i Sakakibara, 2020). Potrebno je oprezno pristupati dijagnosticiranju poremećaja jer pogrešne dijagnoze mogu imati brojne i nepovoljne posljedice.

Iako sada u ICD-11 i DSM-5 postoje smjernice za probleme dijagnosticiranja kulturalno-specifičnih poremećaja, upitno je koriste li ih pružatelji zdravstvene skrbi u praksi. Jedno od rješenja, osim educiranja liječnika kliničke prakse o utjecaju kulture i o samoj kulturi pacijenata, moglo bi biti uključivanje kulturnih intervencija u okviru „klasične“ terapije kakvom se koristilo u zapadnjačkoj kulturi. Primjerice, liječenje kulturno vezanih sindroma može uključivati kombinaciju savjetovanja, psihofarmaka i uključivanje tradicionalnih praksi liječenja. Kar i Sarkar (2015) predlažu integrirani pristup liječenju *dhat* sindroma, pri čemu se razvija dijalog između psihijatrije i srodnih disciplina (npr. psihologije), drugih medicinskih disciplina (npr. opća medicina i neurologija) te alternativnih sustava liječenja i tradicionalnih iscjelitelja (suradnja s ajurvedskim, homeopatskim, Unnani i Siddha praktičarima). Navode da se liječnici obučeni u zapadnom sustavu medicine ne susreću s *dhat* sindromom u svom nastavnom planu i programu, što njihovo znanje o prezentaciji i liječenju ovog poremećaja povezanog s kulturom čini manjkavim. Nasuprot tomu, tradicionalnim iscjeliteljima medicinska konceptualizacija *dhat* sindroma može se činiti suprotnom učenjima Ayurvede i Siddhe koje naglašavaju očuvanje sjemena. Integracija tih pristupa trebala bi pomoći u pružanju sveobuhvatnog, usredotočenijeg i kulturno prihvatljivijeg načina liječenja *dhat* sindroma. Istovremeno, mogla bi pomoći u smanjenju stigme povezane s *dhat* sindromom, kao i u prenošenju informacija o seksualnom zdravlju (Kar i Sarkar, 2015).

Prijedlozi i smjernice za istraživanja kulturalno-specifičnih sindroma

Među ključnim područjima za buduća istraživanja kulture i psihopatologije utjecaji su promjenjivih konfiguracija kulture, što uključuje pojavu novih oblika kulturne hibridnosti omogućene globalizacijom, međunarodnom migracijom i elektroničkim komunikacijama. Društvene odrednice mentalnog zdravlja povezane s urbanizacijom, prisilnom migracijom, klimatskim promjenama, ratom i političkim nasiljem ključne su za razumijevanje ranjivosti suvremenog stanovništva. Nove informacijske tehnologije i društveni mediji također vjerojatno mijenjaju značenja kulture i zajednice, stvarajući nove oblike identiteta i nove vrste psihopatologije (Kirmayer i Ryder, 2016). Nadalje,

potrebno je provesti istraživanja koja ispituju interakcije između društvenih i neurobioloških procesa. Kirmayer i Ryder (2016) navode da kulturalna neuroznanost obećava objašnjenje nekih aspekata kulturnih varijacija u psihopatologiji, u smislu razvojnih i kontekstualnih učinaka na neurobiološke osnove specifičnih funkcija. Međutim, psihopatologija ne prebiva samo na razini neuralnih sklopova već uključuje psihološke, društvene i kulturne procese. Stoga će razumijevanje podrijetla i odrednica mnogih oblika psihopatologije zahtijevati društvene i razvojne neuroznanstvene modele koji uključuju interakcije s drugima tijekom vremena u određenim kulturnim kontekstima. Integracija znanja o kulturnim utjecajima na psihopatologiju u kliničku praksu zahtijeva pomak prema društveno-kontekstualnom pogledu na osobu. Društveno-kontekstualni pogled može pružiti konceptualni okvir za kulturno kompetentno prevođenje znanja i prilagodbu modela, mjera i intervencija. Prepoznavanje načina na koje kultura i kontekst oblikuju psihopatologiju također može utjecati na dinamiku istraživanja i kliničkih primjena, omogućujući istraživačima i praktičarima da se uključe u dublju razmjenu znanja, učeći od autohtonih psihologija o cijelom nizu problema mentalnog zdravlja, kao i različite putove prilagodbe, ozdravljenja i oporavka (Kirmayer i Ryder, 2016).

Prince i Tchong-Laroche (1987) predlažu redefiniciju kulturalno-specifičnih sindroma kako bi se omogućilo njihovo istraživanje. Sindrom se definira kao skup simptoma i znakova koji se redovito pojavljuju zajedno i tvore kliničku sliku tipičnu za neki poremećaj ili neku bolest (Leksikografski zavod Miroslav Krleža, n.d.). U kontekstu kulturalno-specifičnih sindroma, sindromi (skupovi znakova i simptoma koji su opisi prirode bolesti) ostaju prilično konstantni tijekom vremena i potencijalno ih mogu identificirati svi istraživači. Međutim, predodžbe o uzrocima sindroma uvelike se razlikuju u kulturama (npr. „Bol je u mojim prsima zbog probavnih smetnji“ nasuprot „Bol je u vašim prsima zbog začepljenja koronarnih žila“ ili „Bol je u vašim prsima zbog vrijeđanja vještica“). Vrlo su varijabilne i oznake za sindrome koje često uključuju njihove uzroke (npr. malarija = tal. *mal'aria*, ‘loš zrak’ kao uzrok sindroma). Dakle, želi li se utvrditi javlja li se bolest u nekim kulturama, ali ne i u drugim, treba zanemariti pojmove uzroka i oznaka bolesti, a usredotočiti se na skup znakova i simptoma, tj. sindrome.

Kaiser i Weaver (2019) radije koriste naziv *idiomi uznemirenosti* umjesto *kulturalno-specifični sindromi* jer su neki od tih sindroma, za koje se smatralo da su ograničeni na određene skupine ljudi na određenim lokacijama, postali globalizirani utjecajem medija i širenjem biomedicinske psihijatrije. Autori smatraju da konstrukt idiom uznemirenosti omogućuje proučavanje kulturalno-specifičnih sindroma bez pribjegavanja kategorizaciji i reifikaciji te da je vodeći princip istraživanja idioma uznemirenosti ispitivanje kako ljudi govore o nevolji i kako se ponašaju u vezi s njom. Nadalje, Kaiser

i Weaver (2019) navode nekoliko neriješenih pitanja unutar literature idioma uznemirenosti. Jedno je od njih pitanje u kojoj su mjeri idiomi uznemirenosti nužno jezične konstrukcije za razliku od ponašanja. Kada je izvorno skovao izraz *idiom uznemirenosti*, Nichter (1981) je opisivao načine ponašanja putem kojih su Havik brahmanske žene izražavale nevolju ili nezadovoljstvo kao odgovor na ponašanje članova obitelji. Druge studije također su se usredotočile na ponašajnu sastavnicu idioma uznemirenosti, primjerice, Snodgrass i suradnici (2019) opisuju intenzivnu uključenost u *online* videoigre kao ponašajnu ovisnost. Unatoč tome, ključan način na koji se idiomi uznemirenosti opisuju u literaturi jezični su izrazi (eng. *linguistic expressions*). Baš kao što idiomi uznemirenosti pružaju put za izražavanje uznemirenosti, Snodgrass i suradnici (2019) tvrde da isto vrijedi i za pozitivna unutarnja iskustva koje osoba doživljava igranjem videoigara te predlažu postojanje *idioma dobrobiti*. U primjeru *online* igranja Snodgrassa i suradnika (2019) mogli bismo se zapitati je li ponašanje (igranje videoigara) samo po sebi izraz nevolje, oblik suočavanja ili kombinacija navedenog. Također, pitanje je jesu li takve razlike uopće važne i, ako jesu, kako prosuđujemo što čini „uobičajena“ ponašanja, a što specijalizirana „idiomatska“ ponašanja. Kaiser i Weaver (2019) navode da se literatura o idiomima uznemirenosti mora baviti sljedećim pitanjima: Prvo, postoji potreba za jasnom teoretizacijom o tome što su idiomi uznemirenosti, kako se oni izražavaju i koje su granice u njihovom definiranju, kako bi se izbjeglo pomicanje tih granica. Zatim, važno je istraživanjima uspostaviti načine za produktivnu kritiku psihijatrije i razvijati održive, klinički relevantne alate (što je već u tijeku s najnovijim izdanjima ICD-11 i DSM-5). Konačno, postoji potreba za većim uključivanjem globalnih autora i autora iz podzastupljenih sredina, osobito s globalnog juga. Globalni jug je koncept nastao nakon Drugog svjetskog rata koji obuhvaća zemlje koje, općenito govoreći, imaju nezapadnu kulturnu pozadinu i koje su patile od nerazvijenosti i iskorištavanja tijekom kolonijalnog doba (Pomeranz, 2000). Globalni jug također obuhvaća kulture autohtonih ljudi u regijama svijeta kojima su nekoć (prije zapadne kolonizacije) dominirali njihovi preci, naprimjer u Australaziji i Americi (Fernando i Moodley, 2018). Suvremene društvene znanosti nastoje biti raznolike i uključive, ali tragovi povijesne dominacije zapadnoeuropskih i sjevernoameričkih akademskih institucija i dalje postoje u znanstvenim praksama. Jedna od takvih praksi je formuliranje naslova članaka: Torres i Alburez-Gutierrez (2022) tvrde da je manje vjerojatno da će članci koje izdaju istraživači globalnog sjevera u svom naslovu spominjati ime zemlje koju proučavaju u usporedbi s člancima o globalnom jugu. To potencijalno predstavlja neopravdanu tvrdnju o univerzalnosti i može dovesti do manjeg priznavanja studija o globalnom jugu. Pretpostavlja se da su dokazi proizvedeni na globalnom sjeveru i o njemu više univerzalni dok se dokazi s globalnog juga ili proizvedeni na istome smatraju valjanima samo za specifične kontekste (tj. lokalizirani su) (Torres i Alburez-Gu-

tierrez, 2022). Konvencije o imenovanju članaka tek su jedan od činitelja neravnoteže u proizvodnji znanja između globalnog sjevera i juga. Nadalje, Cummings i Hoebink (2017) utvrdili su da su akademici u zemljama u razvoju marginalizirani u proizvodnji akademskog znanja i kao autori i kao članovi uredništva. Autori ukazuju da bi odgovorna i pravednija proizvodnja znanja trebala uključivati veću suradnju s kolegama u

Zaključak

Kulturalno-specifični sindromi obrasci su abnormalnog ponašanja i iskustava koji su specifični za određenu kulturnu skupinu. Ti su sindromi često rezultat složene interakcije između kulturnih uvjerenja, društvenih normi te psiholoških i bioloških čimbenika. Mogu se manifestirati na različite načine, uključujući somatske tegobe, abnormalna ponašanja i abnormalna psihološka stanja. Unutar različitih kulturalno-specifičnih sindroma postoje spolne i rasne razlike. Primjerice, *hikikomori* sindrom četiri puta češće pogađa muškarce nego žene, a Kinezi s poremećajima raspoloženja češće će iskazivati somatske simptome nego bijeli Amerikanci. Psihijatri 19. stoljeća smatrali su da kulturalni čimbenici ometaju opisivanje psihičkih poremećaja. Europska je psihijatrija imala najsnažniji utjecaj pa su lokalni psihijatrijski sustavi ispitivani kao aproksimacije „stvarne“ (zapadne) klasifikacije. Mnogi psihijatri nisu priznavali vrijednost epidemioloških istraživanja u različitim kulturama. Val istraživanja u tome području pokrenuo je Yapov (1962) klasični rad u kojemu opisuje kulturalno vezane psihogene ili reaktivne psihoze koje su različite od onih koje su opisane kod zapadnjačkih pacijenata i u psihijatrijskim kliničkim priručnicima. U kasnijem radu Yap mijenja naziv tih psihoza i one su danas poznate kao kulturalno-vezani sindromi. Postoji niz problema pri dijagnosticiranju, klasificiranju i istraživanju tih sindroma, kao što je dijagnostičko preklapanje simptoma kulturalno-specifičnih sindroma sa simptomima postojećih psihijatrijskih poremećaja, manjak istraživanja tih sindroma te etički prijedor oko pristupanja različitim kulturama pri dijagnosticiranju i istraživanju psihičkih poremećaja. Međutim, ti problemi ne smiju sprječavati istraživanje ovih sindroma jer oni su važno područje proučavanja za antropologiju, psihologiju i psihijatriju. Važno ih je prepoznati i razumjeti jer pružaju uvid u načine na koje kultura oblikuje naše razumijevanje i doživljaj bolesti i zdravlja te mogu imati značajan utjecaj na mentalno zdravlje i dobrobit pojedinca. Istraživanje ovih sindroma nužno je za razvoj kulturno osjetljivijih i inkluzivnijih pristupa mentalnom zdravlju. Budući da ovi sindromi mogu biti povezani s duboko ukorijenjenim kulturnim uvjerenjima i praksama, potrebno im je pristupiti s kulturalnom osjetljivošću. Kulturalni čimbenici mogu imati značajnu ulogu u razvoju i održavanju poremećaja mentalnog zdravlja te je ključno da pružatelji zdravstvenih usluga uzmu te čimbenike u obzir prilikom dijagnosticiranja i pružanja liječenja. Mentalno je zdravlje univerzalna briga, stoga je nužno prepoznati i poštivati različitost kulturnih uvjerenja i praksi.

Literatura

- Alarcón, R. D. (2010). Cultural issues in the Coordination of Dsm-V and iCD-11. U Millon, T., Krueger, R. F. i Simonsen, E. (ur.), *Contemporary directions in psychopathology: scientific foundations of the DSM-V and ICD-11* (str. 97–110). The Guilford Press.
- Američka psihijatrijska udruga. (1996). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje* (4. izdanje). Naklada Slap.
- Američka psihijatrijska udruga. (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje* (5. izdanje). Naklada Slap.
- American Psychological Association. (n.d.). APA Dictionary of Psychology. <https://dictionary.apa.org/culture-bound-syndrome>
- Bredström, A. (2017). Culture and Context in Mental Health Diagnosing: Scrutinizing the DSM-5 Revision. *Journal of Medical Humanities*, 40(3), 347–363. <https://doi.org/10.1007/s10912-017-9501-1>
- Chang, W. C. (1985). A cross-cultural study of depressive symptomatology. *Culture, Medicine, and Psychiatry: An International Journal of Cross-Cultural Health Research*, 9(3), 295–317.
- Chun, C. A., Enomoto, K. i Sue, S. (1996). Health Care Issues among Asian Americans. U P. M. Kato i T. Mann (ur.), *Handbook of Diversity Issues in Health Psychology* (str. 347–365). Springer. https://doi.org/10.1007/978-0-585-27572-7_18
- Clark, L. A., Cuthbert, B., Lewis-Fernández, R., Narrow, W. E. i Reed, G. M. (2017). Three Approaches to Understanding and Classifying Mental Disorder: ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC). *Psychological Science in the Public Interest*, 18(2), 72–145. <https://doi.org/10.1177/1529100617727266>
- Cummings, S. i Hoebink, P. (2017). Representation of Academics from Developing Countries as Authors and Editorial Board Members in Scientific Journals: Does this Matter to the Field of Development Studies? *The European Journal of Development Research*, 29(2), 369–383. <https://doi.org/10.1057/s41287-016-0002-2>
- Ebert, A. i Bär, K. J. (2010). Emil Kraepelin: A pioneer of scientific understanding of psychiatry and psychopharmacology. *Indian journal of psychiatry*, 52(2), 191–192. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.64591>
- Fernando, S. i Moodley, R. (2018). Introduction to Global Psychologies: Mental Health and the Global South. U: Fernando, S. i Moodley, R. (ur.), *Global Psychologies*: Palgrave Macmillan, str. 1–17. https://doi.org/10.1057/978-1-349-95816-0_1
- Gureje, O., Lewis-Fernandez, R., Hall, B. J. i Reed, G. (2019). Systematic inclusion of culture-related information in ICD-11. *World Psychiatry*, 18(3), 357–358. <https://doi.org/10.1002/wps.20676>
- Hsu, L. K. G. i Folstein, M. F. (1997). Somatoform disorders in Caucasian and Chinese Americans. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(6), 382–387. <https://doi.org/10.1097/00005053-199706000-00004>
- Kaiser, B. N. i Weaver, L. J. (2019). Culture-bound syndromes, idioms of distress, and cultural concepts of distress: New directions for an old concept in psychological anthropology. *Transcultural Psychiatry*, 56(4), 589–598. <https://doi.org/10.1177/1363461519862708>
- Kar, S. K. i Sarkar, S. (2015). Dhat syndrome: Evolution of concept, current understanding, and need of an integrated approach. *Journal of human reproductive sciences*, 8(3), 130–134. <https://doi.org/10.4103/0974-1208.165143>
- Kirmayer, L. J. i Ryder, A. G. (2016). Culture and psychopathology. *Current Opinion in Psychology*, 8, 143–148. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2015.10.020>
- Kraepelin, E. (1904). Vergleichende psychiatrie [Usporedna psihijatrija]. *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, 27, 433–441.
- Leksikografski zavod Miroslav Krleža. (n.d.). Sindrom. U Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje. <https://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=56097>
- Leksikografski zavod Miroslav Krleža. (n.d.). Transkulturalna psihijatrija. U Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje. <http://www.enciklopedija.hr/Natuknica.aspx?ID=62044>
- Lewis-Fernández, R. i Kirmayer, L. J. (2019). Cultural concepts of distress and psychiatric disorders: Understanding symptom experience and expression in context. *Transcultural Psychiatry*, 56(4), 786–803. <https://doi.org/10.1177/1363461519861795>
- Littlewood, R. (1990). From Categories to Contexts: A Decade of the 'New Cross-Cultural Psychiatry.' *British Journal of Psychiatry*, 156(3), 308–327. <https://doi.org/10.1192/bjp.156.3.308>
- Nichter, M. (1981). Idioms of distress: Alternatives in the expression of psychosocial distress: A case study from South India. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 5(4), 379–408. <https://doi.org/10.1007/bf00054782>
- Ogino, T. (2004). Managing categorization and social withdrawal in Japan: rehabilitation process in a private support group for hikikomori. *International Journal of Japanese Sociology*, 13(1), 120–133. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6781.2004.00057.x>
- Paniagua, F. A. (2018). ICD-10 Versus DSM-5 on Cultural Issues. *SAGE Open*, 8(1). <https://doi.org/10.1177/2158244018756165>
- Patel, V. i Kim, Y. (2007). Contribution of low- and middle-income countries to research published in leading general psychiatry journals, 2002–2004. *The British Journal of Psychiatry*, 190(1), 77–78. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025692>
- Pomeranz, K. (2000). *The Great Divergence: China, Europe, and the Making of the Modern World Economy*. Princeton University Press.
- Pozza, A., Coluccia, A., Kato, T., Gaetani, M. i Ferretti, F. (2019). The 'Hikikomori' syndrome: worldwide prevalence and co-occurring major psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis protocol. *BMJ Open*, 9(9). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025213>
- Prince, R. i Tcheng-Laroche, F. (1987). Culture-bound syndromes and international disease classifications. *Culture, Medicine, and Psychiatry: An International Journal of Cross-Cultural Health Research*, 11(1), 3–19. <https://doi.org/10.1007/BF00055003>
- Rajkumar, R. P. i Bharadwaj, B. (2014). Dhat syndrome: Evidence for a depressive spectrum subtype. *Asian Journal of Psychiatry*, 9, 57–60. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2014.01.007>
- Rubinstein, E. B. i Sakakibara, R. V. (2020). Diagnosing hikikomori. *Medicine Anthropology Theory*, 7(2). <https://doi.org/10.17157/mat.7.2.684>
- Sahoo, S., Rai, B., Mehra, A., Grover, S., Mishra, E. i Parveen, S. (2021). Conundrum of the Critiques Related to Culture Bound Syndromes and the Way Forward. *Journal of Psychosexual Health*, 3(4), 361–366. <https://doi.org/10.1177/26318318211051265>
- Satcher, D. (2001). *Mental health: Culture, Race, and Ethnicity - A Supplement to Mental Health: A Report of the Surgeon General*. U.S. Department of Health and Human Services. <https://doi.org/10.13016/jela-clcxw>
- Snodgrass, J. G., Dengah, H. J. F., Polzer, E. i Else, R. (2019). Intensive online videogame involvement: A new global idiom of wellness and distress. *Transcultural Psychiatry*, 56(4), 748–774. <https://doi.org/10.1177/1363461519844356>
- Sun, K. S., Lam, T. P. i Wu, D. (2018). Chinese perspectives on primary care for common mental disorders: Barriers and policy implications. *International Journal of Social Psychiatry*, 64(5), 417–426. <https://doi.org/10.1177/0020764018776347>
- Svjetska zdravstvena organizacija. (1999). *Međunarodna klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja* (10. izdanje). Medicinska naklada.
- Svjetska zdravstvena organizacija. (2019). *Međunarodna klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja* (11. izdanje). <https://icd.who.int/>

- Teo, A. R. (2010). A new form of social withdrawal in Japan: a review of hikikomori. *The International journal of social psychiatry*, 56(2), 178–185. <https://doi.org/10.1177/0020764008100629>
- The World Bank. (n.d.) *How does the World Bank classify countries?*. <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/378834-how-does-the-world-bank-classify-countries>
- Torres, A. i Alburez-Gutierrez, D. (2022). North and South: Naming practices and the hidden dimension of global disparities in knowledge production. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 119(10). <https://doi.org/10.1073/pnas.2119373119>
- Ventriglio, A., Ayonrinde, O. i Bhugra, D. (2015). Relevance of culture-bound syndromes in the 21st century. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 70(1), 3–6. <https://doi.org/10.1111/pcn.12359>
- Wahl, O. F. i Harman, C. R. (1989). Family Views of Stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 15(1), 131–139. <https://doi.org/10.1093/schbul/15.1.131>
- Yap, P. M. (1962). Words and things in comparative psychiatry with special reference to the exotic psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 38, 163–169. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14002481/>
- Yap, P. M. (1967). Classification of the Culture-Bound Reactive Syndromes. *Australian New Zealand Journal of Psychiatry*, 1(4), 172–179. <https://doi.org/10.3109/00048676709159191>
- Yuen, J., Yan, Y., Wong, V., Tam, W., So, K. W. i Chien, W. (2018). A Physical Health Profile of Youths Living with a “Hikikomori” Lifestyle. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(2), 315. <https://doi.org/10.3390/ijerph15020315>

Abstract

Culture is a strong determinant in experiencing emotional distress and the appropriate ways of expressing it, in addition to influencing the way in which sufferers seek help. Culture-specific syndromes are patterns of mental distress and abnormal behavior which are considered unique to a certain culture and are not included in the categories of standard classifications of psychiatric disorders. *Hikikomori* syndrome in Japan and *dhat* syndrome in India are only some of the many examples of these syndromes. There is a hypothesis that these syndromes are in fact just different manifestations of already described psychological disorders in the standard classification systems, manifestations which arose due to the influence of language and culture, therefore seeming unique to a certain culture. In this paper, the evidence that supports this hypothesis will be presented and contrasted with the arguments that support the hypothesis of their specificity and uniqueness for the culture in which they were originally described. Additionally, the paper will explain the differences in the description and naming of these syndromes in the two main psychiatric classification systems (DSM and ICD). Furthermore, the problems of classifying, diagnosing, and researching culture-specific syndromes and the harmful consequences of their misdiagnosis will be described. Finally, suggestions and guidelines for future research into culture-specific syndromes will be listed.

Keywords: culture-specific syndromes, *dhat* syndrome, DSM-5, ICD-11, *hikikomori*.