

Psychische gezondheidstoestand van migranten: discrepantie tussen psychiatrische stoornissen en ervaren klachten en beperkingen

A.M. KAMPERMAN, I.H. KOMPROE, J.T.V.M. DE JONG

ACHTERGROND Er is een zwakke relatie tussen de vermeende slechte psychische gezondheid van migranten en hun ggz-gebruik.

DOEL Onderzoeken of er bij Surinaamse, Turkse en Marokkaanse migranten een discrepantie bestaat tussen de psychische gezondheidstoestand, gemeten met een klachtgerichte maat, en gemeten met een maat die uitgaat van psychiatrische stoornissen volgens de DSM.

METHODE Het Composite International Diagnostic Interview en de Medical Outcome Study, short form-36 werden afgenomen bij een steekproef van de Surinaamse (n=311), Turkse (n=648) en Marokkaanse (n=102) bevolking van Amsterdam.

RESULTATEN De Surinaamse groep vertoonde gemiddeld genomen de minste klachten en beperkingen en de meeste psychiatrische stoornissen. Het omgekeerde deed zich voor bij de Turkse onderzoeksgroep, die de meeste klachten en beperkingen meldde, en de minste hoeveelheid psychiatrische stoornissen. De Marokkaanse onderzoeksgroep neemt een tussenpositie in.

CONCLUSIE De resultaten van onderzoek naar de psychische gezondheid van migranten zijn afhankelijk van de gekozen gezondheidsindicator. Het is zinvol om bij het onderzoeken van de gezondheidstoestand onderscheid te maken tussen indicatoren.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 47(2005)11, 761-769]

TREFWOORDEN etniciteit, gezondheid, meting, migranten, psychiatrische stoornis

Er is sprake van een zwakke relatie tussen de vermeende slechte psychische gezondheidstoestand van migranten en hun gebruik van de ggz-hulpverlening. De verklaring hiervoor wordt vaak gezocht in de (on)toegankelijkheid van de zorg (Van Dijk e.a. 2000; De Jong 1996). Dit artikel biedt echter een alternatieve verklaring.

Migranten zouden onder meer door hun migratie-ervaring, acculturatiestress en sociaal-maatschappelijke positie kwetsbaarder zijn voor het ontwikkelen van psychische problematiek (o.a. Van Bakkum e.a. 1996). En hoewel betrouw-

bare prevalentiecijfers met betrekking tot psychiatrische problematiek tot nu toe ontbreken, wordt in verschillende overzichtsonderzoeken geconcludeerd dat er voldoende aanwijzingen zijn om aan te nemen dat migranten een slechtere psychische gezondheidstoestand hebben dan autochtonen (De Jong 1996; Uniken Venema e.a. 1998).

Op grond van hun vermeende slechtere psychische gezondheidstoestand zou men verwachten dat migranten ten opzichte van autochtone Nederlanders oververtegenwoordigd zijn in ggz-instellingen. Struijs & Wennink (2000) concludeer-

den echter naar aanleiding van hun overzicht dat er sprake is van een gedifferentieerd ggz-gebruik door migranten, op het gebied van zowel etniciteit als sekse. In Rotterdam uitgevoerd onderzoek laat zien dat alleen Turkse en Marokkaanse mannen oververtegenwoordigd zijn. Turkse en Marokkaanse vrouwen en Kaapverdianen, Surinamers en Antillianen zijn gelijkelijk vertegenwoordigd of zelfs ondervertegenwoordigd (Dieperink e.a. 2002).

Deze bevindingen wijzen op een zwakkere relatie tussen prevalentiecijfers van psychiatrische stoornissen en zorggebruik dan tot dusverre werd aangenomen. Narrow e.a. (2002) stelden het gebruik van uit bevolkingsonderzoek afkomstige prevalentiecijfers als voorspellers en/of indicatoren van zorggebruik ter discussie. Volgens hen zijn deze prevalentiecijfers onbetrouwbaar omdat in de gebruikte operationalisaties nauwelijks rekening wordt gehouden met de door de stoornis veroorzaakte beperkingen. Deze beperkingen beïnvloeden het zorggebruik. Zij toonden aan dat als prevalentiecijfers gecorrigeerd worden voor de veroorzaakte beperkingen, het aan de stoornis gerelateerd medicijngebruik of het hulpzoekgedrag, deze prevalentiecijfers gemiddeld 20% lager uitvallen.

Wanneer er met deze correctie rekening zou worden gehouden bij het beoordelen van de psychische gezondheidstoestand van migranten, dan zou de zwakke relatie met hun ggz-gebruik in een ander daglicht komen te staan. Zoals in de volgende alinea wordt aangetoond, kunnen (culturele) factoren een invloed hebben op de relatie tussen beperkingen en psychiatrische stoornissen. Dit kan verklaren waarom er bij verschillende groepen andere relaties worden gevonden tussen prevalenties, beperkingen en zorggebruik.

Amerikaans gezondheidsonderzoek onder migranten dat gericht is op symptomen van psychiatrische aandoeningen wijst op een hogere prevalentie bij migrantengroepen, terwijl onderzoek waarbij men zich richt op duidelijk gedefinieerde psychiatrische aandoeningen, wijst op een veel lagere prevalentie (Robins & Regier 1991). Bovendien

blijken de etnische verschillen in psychiatrische morbiditeit te verdwijnen wanneer wordt gecorrigeerd voor afwijkingen in sociaal-demografische karakteristieken (Jackson-Triche e.a. 2000). In de onderzoeken waar er wel etnische verschillen worden gevonden, wordt gesteld dat deze het gevolg zijn van een gebrek aan cross-culturele validiteit van het onderzoeksinstrumentarium en 'culturele sensitiviteit' van de onderzoekstechnieken. Daarnaast worden problemen met de toegang tot medische voorzieningen en de culturele barrières tussen hulpverlener en migrant genoemd als verklaringen voor verschillen (Oquendo e.a. 2001).

Op grond van het bovenstaande is af te leiden dat een verklaring voor de zwakke relatie tussen de psychische gezondheidstoestand en het zorggebruik van migranten gevonden kan worden door binnen de definitie van psychische gezondheidstoestand onderscheid te maken tussen objectieve psychiatrische morbiditeit en subjectieve klachten en beperkingen.

In dit artikel staat de vraag centraal hoe de uitkomsten van een maat voor ervaren klachten en beperkingen en een maat voor omschreven psychiatrische stoornissen volgens de DSM-classificatie zich verhouden binnen Turkse, Marokkaanse en Surinaamse migrantengroepen. In het onderzoek is expliciet aandacht besteed aan betrouwbare cross-culturele onderzoekstechnieken (Kamperman e.a. 2003).

In dit artikel is de term 'migrant' gebruikt om de groep migranten én hun nakomelingen aan te duiden. De uitdrukking 'ervaren klachten' dient men te lezen als 'ervaren klachten en beperkingen'.

METHODE

Personen Dit onderzoek is onderdeel van een cross-sectioneel onderzoek naar psychische klachten en hulpzoekgedrag onder de Surinaamse, Turkse en Marokkaanse bevolking van Amsterdam. De drie migrantengroepen werden bepaald op grond van het geboorteland (van de ouders). De respondenten zijn geworven met be-

hulp van een combinatie van werving via een aselecte steekproef en multi-entry-sneeuwbalwerving (Kaplan e.a. 1987) in de periode 1998-2000. De steekproef is verkregen via het bevolkingsregister van Amsterdam. Dertig procent van de respondenten is geworven via de aselecte steekproef en zeventig procent via de sneeuwbalwerving. Informed consent werd mondeling verleend. De wervingsmethode is elders uitgebreid beschreven (Kamperman e.a. 2003).

Het interview bestond uit een mondelinge afname van verschillende gestructureerde vragenlijsten. Voor dit onderzoek was het interview beschikbaar gemaakt in het Nederlands, Turks, Marokkaans-Arabisch en Surinaams-Nederlands. Voor het verkrijgen van de vertalingen is gebruikgemaakt van een driestappenmethode (Kamperman e.a. 2003). De respondent kon zelf de taal van het interview kiezen. Respondent en interviewer waren 'gematched' op taal en, indien gewenst, op sekse en etniciteit. Het interview werd, afhankelijk van de wens van de respondent, thuis of in een neutrale interviewruimte afgenomen.

Instrumenten De CIDI 1.1 (Composite International Diagnostic Interview, versie 1.1) (Wittchen 1994) is gebruikt om de levensprevalentie van psychiatrische stoornissen volgens de DSM-III-R-criteria te bepalen. Het is een volledig gestandaardiseerd instrument. De test-hertestbetrouwbaarheid en de interbeoordelaarsovereenstemming van het instrument is hoog; de validiteit voor het vaststellen van psychiatrische stoornissen is acceptabel bevonden (Wittchen 1994). Versie 1.1 is, in tegenstelling tot de latere versies, in een groot aantal talen vertaald en op cross-culturele validiteit getest (Wittchen 1994), waaronder Turks (Kuscu e.a. 1996) en Surinaams (Bogers 1996). Gebruik van deze versie maakt het ook mogelijk vergelijkingen te maken met autochtone Nederlanders (Bijl e.a. 1997). In dit onderzoek zijn de volgende categorieën van stoornissen in kaart gebracht: somatoforme stoornissen, angststoornissen, stemmingsstoornissen, psychotische stoornissen en eetstoornissen, alcoholmisbruik

en -afhankelijkheid, drugs- of medicijnenmisbruik en -afhankelijkheid en de obsessieve compulsieve stoornissen.

De ervaren klachten en functionele beperkingen werden gekwantificeerd met behulp van de MOS-sf-36 (Medical Outcome Study, short form, 36 items) (Ware & Sherbourne 1992). Het instrument is gebaseerd op de door de World Health Organization gehanteerde definitie van gezondheid. Binnen deze definitie wordt gezondheid verdeeld in 3 domeinen: lichamelijke, geestelijke en sociale gezondheid. Naast deze 3 domeinen geeft de MOS-sf-36 een maat voor algemene gezondheidsbeleving, pijn, gezondheidsverandering en vitaliteit. Alle schalen zijn afgenomen. Een brede operationalisatie van de ervaren klachten en beperkingen is zinvol bij migranten, aangezien er discussie is over de (somatische) expressie van psychische problematiek bij deze groep. De Nederlandse versie van het instrument heeft een hoge interne consistentie en een voldoende constructvaliditeit en test-hertestbetrouwbaarheid (Van der Zee e.a. 1993). Onderzoek toont aan dat vertalingen van het instrument onderling vergelijkbaar zijn (Wagner e.a. 1998). Een lagere score verwijst naar meer klachten.

Statistische analyse Aangezien de drie etnische groepen verschillen op sociaal-demografische kenmerken, geven vergelijkingen tussen de groepen geen inzicht in de rol van etniciteit. Om die reden zijn vergelijkingen binnen de groepen migranten in plaats van tussen de groepen uitgevoerd. De invloed van de aanwezigheid van een psychiatrische stoornis op de ervaren klachten is uitgedrukt in effectgroottes. Binnen een groep verwijst een grotere effectgrootte naar een sterkere relatie tussen psychiatrische morbiditeit en ervaren klachten. Bij vergelijking tussen de groepen verwijst een grotere effectgrootte naar verschillen tussen de groepen met betrekking tot het effect van psychiatrische morbiditeit op de ervaren klachten. De effectgrootte is gedefinieerd als de ratio van het verschil tussen twee groepsgegevens en de gemeenschappelijke standaard-

deviatie (Cohens d ; Cohen 1988).

Verschillen in sociaal-demografische karakteristieken tussen de drie etnische groepen zijn getest met ANOVA's (variantieanalyse; continue variabelen) en Chi-kwadraattoetsen (frequentieverdelingen). Prevalentieverschillen tussen de seksen zijn getoetst met behulp van een transformatie naar een normaalverdeling. Verschillen tussen de seksen in gemiddelden op de indicatoren van ervaren klachten zijn getoetst met t -toetsen.

RESULTATEN

Kenmerken van de respondenten In totaal zijn in dit onderzoek de gegevens van 311 Surinaamse,

648 Turkse en 102 Marokkaanse migranten geanalyseerd. Tabel 1 beschrijft de sociaal-demografische kenmerken.

De drie migrantengroepen vertonen verschillen op vrijwel alle sociaal-demografische kenmerken. Uit hier niet gepresenteerde gegevens blijkt dat de Turkse steekproef representatief is voor de Turkse bevolking in Amsterdam op basis van sekse, leeftijd en burgerlijke status. In de Surinaamse steekproef zijn vrouwen en gescheiden respondenten oververtegenwoordigd. Voor de Marokkaanse groep geldt dat oudere en gehuwde respondenten ondervertegenwoordigd zijn. De Marokkaanse steekproef is wel representatief met betrekking tot de verdeling over de seksen.

TABEL 1	Sociaal-demografische gegevens van de Surinaamse, Turkse en Marokkaanse respondenten in het onderzoek naar psychische klachten en hulpzoekgedrag					
	Surinaams (n=311)		Turks (n=648)		Marokkaans (n=102)	
Gemiddelde leeftijd* (SD)	38,9	(12,3)	32,0	(10,8)	28,5	(10,5)
	n (%)		n (%)		n (%)	
Sekse*						
man	61	(20)	370	(57)	64	(63)
vrouw	250	(80)	278	(43)	38	(37)
Burgerlijke staat*						
getrouwd	73	(24)	461	(71)	31	(30)
ongetrouwd	177	(57)	151	(23)	66	(65)
gescheiden	48	(15)	24	(4)	5	(5)
weduwstaat	13	(4)	12	(2)	0	(0)
Opleiding*						
geen/lager onderwijs	25	(8)	246	(38)	16	(16)
lbo-mavo	122	(40)	131	(20)	24	(24)
mbo-vwo	99	(32)	184	(29)	32	(32)
hbo-wo	61	(20)	85	(13)	28	(28)
Bron van inkomsten*						
arbeid	167	(54)	368	(57)	56	(55)
uitkering	105	(34)	212	(33)	14	(14)
studiefinanciering	22	(7)	48	(8)	26	(26)
alimentatie/geen eigen inkomen	17	(5)	14	(2)	5	(5)
Generatie						
eerste generatie	268	(86)	538	(83)	83	(81)
tweede generatie	43	(14)	110	(17)	19	(19)

Verschillen getoetst met variantieanalyse (ANOVA) (continue variabelen) of met chi-kwadraattoets (frequentieverdelingen)

* $p < 0,05$

SD = standaarddeviatie; lbo = lager beroepsonderwijs; mavo = middelbaar administratief voortgezet onderwijs; mbo = middelbaar beroepsonderwijs; vwo = voorbereidend wetenschappelijk onderwijs; hbo = hoger beroepsonderwijs; wo = wetenschappelijk onderwijs

TABEL 2 Percentage psychiatrische stoornissen (levensprevalentie) volgens het Composite International Diagnostic Interview 1.1 (CIDI 1.1) bij de Surinaamse, Turkse en Marokkaanse respondenten

	Surinaams		Turks		Marokkaans	
	man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw
	(n=64)	(n=250)	(n=368)	(n=284)	(n=66)	(n=37)
Psychiatrische stoornissen	%	%	%	%	%	%
angststoornissen	16,7	27,9	5,9	9,1	6,1*	24,5
stemmingsstoornissen	14,3	23,5	6,6	9,5	4,6	5,1
somatoforme stoornissen	9,1	7,1	6,6*	11,6	4,3*	21,5
psychotische stoornissen	3,1	1,3	0,7	0,6	0	4,8
eetstoornissen	3,2	1,8	0	0,6	0	3,0
obsessieve compulsieve stoornis	3,1*	0	0	0	0	0
alcoholafhankelijkheid en -misbruik	22,4*	3,0	4,0*	0,8	14,4*	0
medicijn/drugsafhankelijkheid en -misbruik	5,3*	0,6	0,4	0	7,7	0
minimaal één stoornis	49,9	42,3	16,8	22,8	22,6	41,1

Verschillen tussen de seksen getoetst met behulp van een transformatie naar een normaalverdeling (Crocker & Algina 1986); chi-kwadraattoets

* p < 0,05

Psychische gezondheidstoestand

Psychiatrische stoornissen Tussen de seksen is geen verschil met betrekking tot de totale omvang van psychiatrische problematiek. Deze bevinding komt overeen met eerdere bevindingen uit Nederlands en internationaal epidemiologisch onderzoek (Bijl e.a. 1997; Kessler e.a. 1994). De eerdere bevindingen dat vrouwen meer last

van angststoornissen, stemmingsstoornissen en somatoforme stoornissen hebben, terwijl onder de mannen middelen- en alcoholmisbruik vaker voorkomen kunnen met deze resultaten niet volledig ondersteund worden.

Ervaren klachten en beperkingen Tabel 3 beschrijft de schaalscores van de MOS-sf-36.

TABEL 3 Gemiddelde schaalscores van de Medical Outcome Study, short form - 36 (MOS-sf-36) van de Surinaamse, Turkse en Marokkaanse respondenten

	Surinaams		Turks		Marokkaans	
	man (n=59)	vrouw (n=239)	man (n=356)	vrouw (n=266)	man (n=57)	vrouw (n=36)
Schalen MOS-sf-36						
fysiek functioneren (SD)	96,0 (9,4)*	90,0 (17,6)	89,8 (20,4)*	85,5 (24,6)	87,8 (26,1)	85,8 (27,5)
sociaal functioneren (SD)	87,2 (21,6)	83,7 (22,3)	89,9 (17,4)*	84,6 (19,9)	89,0 (16,3)	78,6 (21,4)
rolbeperking door een fysiek probleem (SD)	87,5 (26,1)*	76,3 (37,1)	89,0 (28,0)*	82,7 (33,1)	81,5 (33,9)	76,3 (31,1)
rolbeperking door een emotioneel probleem (SD)	81,0 (32,9)	81,5 (32,7)	76,8 (21,6)*	68,0 (23,7)	90,6 (20,6)	80,2 (27,9)
mentale gezondheid (SD)	75,7 (19,5)	75,9 (18,8)	68,1 (14,2)*	61,5 (14,3)	73,4 (16,0)*	67,6 (15,4)
vitaliteit (SD)	66,3 (19,4)	65,3 (20,0)	66,9 (19,4)*	56,8 (21,8)	66,7 (18,0)*	50,9 (18,2)
pijn (SD)	87,1 (21,6)*	79,0 (27,3)	88,9 (19,9)*	80,8 (24,8)	85,3 (25,7)	76,9 (27,9)
algemene gezondheidsbeleving (SD)	66,3 (13,8)	66,2 (15,2)	56,1 (13,0)*	55,7 (13,0)	61,0 (14,6)	61,1 (15,1)
gezondheidsverandering (SD)	54,8 (24,1)	56,3 (23,6)	55,7 (19,9)	55,5 (22,7)	50,7 (21,3)	53,5 (21,7)

Verschillen tussen seksen getoetst met t-toetsen

* p < 0,05

Een lagere score verwijst naar meer klachten en beperkingen

SD = standaarddeviatie

Samenhang objectieve en subjectieve maten voor psychische gezondheid De onderzoeksgroepen tonen verschillen met betrekking tot de ervaren klachten en psychiatrische problematiek. De Surinaamse groep heeft gemiddeld genomen de minste klachten, terwijl deze de meeste psychiatrische stoornissen meldt. De Turkse onderzoeksgroep vertoont het omgekeerde patroon: de meeste klachten, gecombineerd met de minste hoeveelheid psychiatrische problematiek. De Marokkaanse onderzoeksgroep neemt wat dit betreft een tussenpositie in.

In tabel 4 zijn de effectgroottes weergegeven op de schaalcores van de MOS-sf-36 tussen de respondenten met en zonder psychiatrische stoornis.

Tussen de seksen zijn er verschillen met betrekking tot het effect van psychiatrische problematiek op de ervaren klachten. Voor de Surinaamse vrouwen geldt dat psychiatrische problematiek op zes van de negen subschalen grotere effecten laat zien dan bij de Surinaamse mannen het geval is. Ook tussen de Turkse mannen en vrouwen bestaan verschillen wat betreft het effect van psychiatrische problematiek op hun ervaren klachten: psychiatrische problematiek laat voor mannen grotere effecten zien dan bij vrouwen op de schalen 'fysiek functioneren', 'sociaal functioneren', 'rolbeperkingen door een fysiek probleem',

'mentale gezondheid' en 'vitaliteit'. Voor de Marokkaanse mannen geldt dat de aanwezigheid van een psychiatrische stoornis een groter effect heeft op de 'rolbeperking door een fysiek probleem', 'mentale gezondheid' en 'pijn'. Voor de Marokkaanse vrouwen geldt dat de aanwezigheid van psychiatrische problematiek een groter effect heeft op de 'algemene gezondheidsbeleving'.

Door gebruik te maken van effectgroottes wordt het tevens mogelijk vergelijkingen te maken tussen de migrantengroepen. Voor de Surinaamse groep en de Marokkaanse mannen geldt dat psychiatrische problematiek een groot effect heeft op de schaal 'mentale gezondheid', dit in tegenstelling tot de Turkse groep en de Marokkaanse vrouwen. Voor de Turkse respondentengroep geldt als enige dat psychiatrische problematiek slechts een klein effect heeft op de schaal 'rolbeperkingen door een emotioneel probleem'.

CONCLUSIE

De resultaten van dit onderzoek laten zien dat een maat voor psychiatrische stoornissen volgens de DSM-classificatie en een maat voor de ervaren gezondheid en beperkingen niet dezelfde informatie geven over de psychische gezondheid van migranten.

TABEL 4 Vergelijkingen tussen de respondenten met en zonder psychiatrische problematiek op de schaalcores van de Medical Outcome Study, short form - 36 (MOS-sf-36), uitgedrukt in effectgroottes, per sekse

Schalen MOS-sf-36	Surinaams		Turks		Marokkaans	
	Man (n=59)	Vrouw (n=239)	Man (n=356)	Vrouw (n=266)	Man (n=57)	Vrouw (n=36)
fysiek functioneren	0,03	0,46*	0,73*	0,45*	0,11	0,57
sociaal functioneren	0,16	0,75*	1,04*	0,59*	0,68*	0,76*
rolbeperking door een fysiek probleem	0,00	0,65*	0,92*	0,46*	0,59*	0,69
rolbeperkingen door een emotioneel probleem	0,41	0,92*	0,33*	0,32*	0,88*	0,80*
mentale gezondheid	0,85*	0,95*	0,63*	0,32*	0,85*	0,27
vitaliteit	0,77*	0,80*	0,99*	0,59*	0,94*	0,76*
pijn	0,36	0,65*	0,79*	0,85*	0,67*	0,11
algemene gezondheidsbeleving	0,45	0,76*	0,67*	0,63*	0,50	0,73*
gezondheidsverandering	0,07	0,08	0,16	0,22	0,01	0,08

Effectgrootte = de ratio van het verschil tussen twee groepsgemiddelden en de gemeenschappelijke standaarddeviatie (Cohens d, waarbij klein = 0,2; matig = 0,5; groot = 0,8)

* gemiddelden van de groepen verschillen significant $p < 0,05$

Afhankelijk van de gekozen indicator voor psychische gezondheid komen de Turkse respondenten naar voren als een groep met een goede psychische gezondheid (oriëntatie op stoornis) of als een groep met een minder goede psychische gezondheid (oriëntatie op klachten en beperkingen). Het omgekeerde geldt voor de Surinaamse respondenten: een slechte psychische gezondheid op basis van psychiatrische problematiek en een relatief goede psychische gezondheid op basis van de klachten en beperkingen. De aldus waargenomen gezondheidstoestand van de Turkse respondenten komt overeen met bevindingen uit onderzoek bij Spaanstalige immigranten in de VS (Robins & Regier 1991). De gezondheidstoestand van de Surinaamse respondenten vertoont daarentegen veel overeenkomsten met die van de Nederlandse (Bijl e.a. 1997; Van der Zee & Sanderman 1990) en Amerikaanse bevolking (Narrow e.a. 2002).

De verwachting is dat wanneer er sprake is van psychiatrische problematiek zich dit in de eerste plaats vertaalt naar een groot effect op de schalen 'ervaren mentale gezondheid' en 'beperkingen als gevolg van een emotioneel probleem', en in mindere mate naar een effect op de overige schalen. Dit blijkt inderdaad het geval te zijn voor de Surinaamse en, in mindere mate, de Marokkaanse respondenten. Voor de Turkse respondenten gaat dit echter in het geheel niet op. Het uitblijven van een duidelijke samenhang tussen de scores op de maten voor het in kaart brengen van beperkingen in het dagelijks functioneren en ervaren gezondheid kan een verklaring bieden voor de problemen rondom de diagnosticering van psychiatrische problematiek in deze groep. Daarnaast blijkt dat het onwelbevinden van de Turkse groep zich niet duidelijk vertaalt in een psychiatrische stoornis.

Een verklaring voor het bovengenoemde probleem kan liggen in de verschillen in sociaal-demografische karakteristieken, zoals bijvoorbeeld het verschil in opleidingsniveau. De Surinaamse respondenten zijn hoger opgeleid dan de Turkse respondenten. Het verschil in opleidingsniveau, het daarmee samenhangende niveau van

protoprofessionalisering en culturele aanpassing heeft gevolgen voor de (h)erkenning en expressie van klachten (Kamperman e.a. 2003; Knipscheer 2000). Instrumenten waarin in algemene termen naar de gezondheidstoestand wordt gevraagd leveren daardoor eerder een positieve respons bij laagopgeleiden dan instrumenten waarin op een directe en specifieke manier naar symptomen van psychiatrische stoornissen wordt gevraagd. In het geval van de CIDI kunnen onvoldoende kennis van de symptomen, de context van de presentatie van de symptomen, de bejegening van de hulpverlener en het door de respondent gehanteerde verklaringsmodel de waarneming van symptomen negatief beïnvloeden.

De relatief kleine omvang en het gebrek aan representativiteit van de steekproeven, met uitzondering van de Turkse steekproef, heeft gevolgen voor het generaliseren van de gevonden cijfers met betrekking tot het voorkomen van stoornissen. Sekseverschillen tussen groepen hebben geen gevolgen voor het voorkomen van psychiatrische problematiek (Bijl e.a. 1997; Kessler e.a. 1994). Echter, vrouwen hebben over het algemeen meer stemmings- en angststoornissen, terwijl mannen meer kampen met alcohol- en drugsproblematiek. Deze specificiteit van stoornissen kan gevolgen hebben voor de gevonden psychiatrische problemen bij de verschillende steekproeven uit de Amsterdamse migrantenbevolking. De levensprevalentie van stoornissen is hoger bij de oudere respondenten. De jeugdige samenstelling van de Marokkaanse steekproef kan daarmee een onderschatting van psychiatrische problematiek onder de Marokkaanse bevolking geven. Het gegeven dat psychiatrische stoornissen vaker voorkomen bij personen zonder vaste partner (Bijl e.a. 1997) kan zowel binnen de Surinaamse als de Marokkaanse steekproef geleid hebben tot een overschatting van psychische problematiek. Non-respons en gebrek aan representativiteit van de data heeft echter nauwelijks een gevolg voor de relaties tussen variabelen (Van Loon e.a. 2003).

De presentatie en de omvang van de problematiek onder Surinamers vertonen de meeste ge-

lijkenis met die van de Nederlanders (Bijl e.a. 1997). De lage zorgconsumptie van deze groep is daarvoor des te opvallender (Dieperink e.a. 2002). De invloed van alternatieve hulpzoektrajecten zal nader onderzocht moeten worden. Daarnaast zal de ggz een grotere inzet moeten tonen om deze groep te bereiken. Het zorggebruik van Turkse en Marokkaanse migranten (Dieperink e.a. 2002) lijkt op grond van deze resultaten sterker gerelateerd te zijn aan hun ervaren gezondheid dan aan psychiatrische problematiek. Dit vergt een extra inspanning voor huisarts en ggz-hulpverlener om adequaat door te verwijzen en te behandelen.

LITERATUUR

- Bekkum, D. van, van den Ende, M., Heezen, S., e.a. (1996). Migratie als transitie: de liminele kwetsbaarheid van migranten en implicaties voor de hulpverlening. In J. de Jong & M. van den Berg (Red.), *Transculturele psychiatrie en psychotherapie* (pp. 35-59). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Bogers, J.P. (1996). *Testen van categorieën en items van de GHQ(Goldberg) en CIDI (WHO) in Suriname*. Interne rapportage. Paramaribo, Suriname: TPO.
- Bijl, R.V., van Zessen, G., & Ravelli, A. (1997). Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. II. Prevalentie van psychiatrische stoornissen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141, 2453-2460.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2de druk). New York: Academic Press.
- Crocker, L. & Algina, J. (1986). *Introduction to classical & modern test theory*. Austin, TX: Holt, Rinehart & Winston.
- Dieperink, C., van Dijk, R., & Wierdsma, A. (2002). GGZ voor allochtonen. Ontwikkelingen in het zorggebruik in de regio Rotterdam, 1990-1998. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 57, 87-97.
- Dijk, R. van, Boedjarath, I., de Jong, J., e.a. (2000). Interculturele geestelijke gezondheidszorg in de XXIe eeuw. Een manifest. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 55, 134-144.
- Jackson-Triche, M.E., Greer Sullivan, J., Wells, K.B., e.a. (2000). Depression and health-related quality of life in ethnic minorities seeking care in general medical settings. *Journal of Affective Disorders*, 58, 89-97.
- Jong, J.T.V.M. de. (1996). Epidemiologie, hulpzoekgedrag en zorgconsumptie. In J.T.V.M. de Jong & M. van den Berg (Red.), *Transculturele psychiatrie en psychotherapie*. Handboek voor hulpverlening en beleid (pp. 61-68). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Kamperman, A.M., Komproe, I.H., & de Jong, J.T.V.M. (2003). Verklaringen voor verschillen in psychiatrische stoornissen in een onderzoek onder migranten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45, 315-326.
- Kaplan, C.D., Korf, D., & Sterk, C. (1987). Temporal and social contexts of heroin-using populations. An illustration of the snowball sampling technique. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 566-574.
- Kessler, R.C., McConagle, K.A., Zao, S., e.a. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general Psychiatry*, 51, 8-19.
- Knipscheer, J.W. (2000). *Cultural convergence and divergence in mental health care*. Proefschrift. Utrecht Veenendaal Universal Press.
- Kuscu, K. Hazer, F., & A. Arzik (1996). *Results of the validation study*. Interne notitie. Istanbul, Turkije: Marmara Universiteit, faculteit geneeskunde.
- Loon, A.J. van, Tijhuis, M., Picavet, H.S., e.a. (2003). Survey non-response in the Netherlands: effects on prevalence estimates and associations. *Annual Epidemiology*, 13, 105-110.
- Narrow, W.E., Rae, D.S., Robins, L.N., e.a. (2002). Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States: using a clinical significance criterion to reconcile 2 surveys' estimates. *Archives of General Psychiatry*, 59, 115-123.
- Oquendo, M.A., Ellis, S.P., Greenwald, S., e.a. (2001). Ethnic and sex differences in suicide rates relative to major depression in the United States. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1652-1658.
- Robins, L., & Regier, D.A. (1991). *The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: Free Press.
- Struijs, A.J., & Wennink, H.J. (Red.). (2000). *Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg*. Achtergrondstudie. Utrecht/Zoetermeer: Trimbo-instituut/Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Uniken Venema, H.P., Schulpen, T.W.J., & van Wersch, S. (1998). *Morbiditeit, mortaliteit en determinanten*. Den Haag: NWO/ZON.
- Wagner, A.K., Gandek, B., Aaronson, N.K., e.a. (1998). Cross-cultural comparisons of the content of SF-36 translations across 10 countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment*. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51, 925-932.
- Ware, J.E., Jr., & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-483.
- Wittchen, H.U. (1994). Reliability and validity studies of the WHO--

Composite International Diagnostic Interview (CID1): a critical review. *Journal of Psychiatric Research*, 28, 57-84.

Zee, K. van der, & Sanderman, R. (1990). *Het meten van de algemene gezondheidstoestand met de RAND-36. Een handleiding*. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Rijksuniversiteit Groningen.

Zee, K. van der, Sanderman, R., & Heyink, J. (1993). De psychometrische kwaliteiten van de MOS 36-item Short Form Health Survey (SF-36) in een Nederlandse populatie. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 71, 183-191.

I.H. KOMPROE is psycholoog en werkzaam als hoofdonderzoeker/methodoloog bij HealthNet- TPO.

J.T.V.M. DE JONG is transcultureel psychiater en Public Health & Research HealthNet-TPO en als hoogleraar verbonden aan de Vrije Universiteit Amsterdam en de Boston University.

Correspondentieadres: A.M. Kamperman, HealthNet-TPO, Tolstraat 127, 1074 VJ Amsterdam. Tel.: 020 6200005. Fax: 020 4201503.

E-mail: akamperman@healthnettpo.org.

AUTEURS

Geen strijdige belangen meegegeeld.

A.M. KAMPERMAN is psycholoog en werkzaam als senior-onderzoeker bij HealthNet- TPO (Transcultural Psychosocial Organisation).

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 25-11-2004.

SUMMARY

Mental health of immigrants: discrepancy between psychiatric disorders and subjective symptoms and disabilities – A.M. Kamperman, I.H. Komproe, J.T.V.M de Jong –

BACKGROUND There is a weak relationship between the mental health of immigrants, which is assumed to be poor, and the use that immigrants make of mental health-care facilities.

AIM This article examines whether there is a discrepancy between assessments of immigrants' mental health based on subjective symptoms and based on specific psychiatric disorders as set out in the DSM.

METHOD We investigated a sample of the Surinamese (n=311), Turkish (n=648) and Moroccan (n=102) population of Amsterdam using the Composite International Diagnostic Interview and the Medical Outcome Study, short form-36.

RESULTS The Surinamese group showed on average the fewest subjective symptoms and disabilities and the highest number of psychiatric disorders. In the case of the Turkish group the position is reversed: this group showed the highest number of subjective symptoms and disorders and the lowest number of psychiatric disorders. The Moroccan group occupied an intermediate position.

CONCLUSION Assessments of the mental health of a group of immigrants are dependent on the type of diagnostic system selected. In assessing the mental health of immigrants one needs to distinguish between the results of different procedures.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 47(2005)11, 761-769]

KEY WORDS assessment, ethnicity, health, immigrants, psychiatric disorder