

Migratie en psychische stoornis

door Drs. A. Verdonk

Migratie is een wereldwijd verschijnsel met verreikende gevolgen voor de personen, gezinnen en samenlevingen, die er mee te maken hebben. In dit artikel wordt aandacht geschonken aan recente studies over de relatie tussen migratie en psychische stoornis. Dit literatuuroverzicht bedoelt de lezers op de hoogte te stellen van de stand van zaken van het onderzoek en hen mogelijk te stimuleren verdere studies te ondernemen. Het laatste is zeker in Nederland geen overbodige luxe, omdat er hier nagenoeg geen onderzoek verricht wordt naar het verband tussen migratie en psychische stoornis. Voordat we iets zeggen over de psychiatrische morbiditeitscijfers van migranten dienen enige termen gedefinieerd te worden.

1 Definiëring van termen

Migratie: er is sprake van migratie als mensen binnen dezelfde samenleving van de ene naar de andere plaats (buurt, gemeente) verhuizen of, het eigen land verlatend, zich vestigen in een ander land. (Friessem 1974). In de migratie speelt het variabele element *geografische afstand* een rol, maar ook de *mate* en de *aard* van de verandering in de omgeving van de migrant (Mc Kinlay 1975). In het algemeen: hoe meer de samenlevingen waar de migrant vandaan en in terecht komt, op elkaar lijken in cultuur en sociale structuur, des te minder diepgaand zal de verandering zijn. De mate en de aard van de verandering hangt mede af van de omstandigheden, waaronder de migratie plaatsvond. Er is een groot verschil tussen politieke vluchtelingen en mensen die hun land niet vrijwillig verlaten aan de ene kant, en mensen die vrijwillig migreren op zoek naar betere sociale en economische mogelijkheden aan de andere kant. Tijdelijke migranten zoals 'gastarbeiders' hebben andere belangen dan zij die zich vrijwillig of onvrijwillig definitief in een ander land gevestigd hebben. Samenvattend kunnen we stellen, dat onderzoek naar het verband tussen migratie en psychische stoornis

Schrijver is socioloog en wetenschappelijk medewerker aan de afdeling Preventieve en Sociale Psychiatrie van de Erasmus Universiteit te Rotterdam.

rekening moet houden met de volgende variabelen: de mate en de aard van de verandering in sociale omgeving, de geografische afstand, de omstandigheden waaronder de migratie plaatsvond, de culturele, sociale en economische kenmerken van het 'thuisland' en het 'gastland' en de bijzondere karakteristieken van de migrant zelf. (Morrison 1973).

Psychische morbiditeit

De methodes, gebruikt om psychische morbiditeit te meten, kunnen tot uiteenlopende resultaten leiden. Bijna alle Europese studies over de buitenlandse werknemers baseerden zich op de opnemingen in psychiatrische inrichtingen. Deze methode, hoewel goedkoop en praktisch, heeft enige nadelen. De selectie, die onwillekeurig optreedt bij opname belemmert het zicht op de ware psychische morbiditeit van de bevolking. Bijvoorbeeld: mensen met een delirium tremens hebben een grotere kans op opname dan zij die psychosomatische klachten uiten. (Friessem 1976). Andere factoren die een vergelijking van opnamecijfers van verschillende landen bemoeilijken, zijn: de verandering in criteria voor toelating en ontslag binnen één of meerdere landen in een bepaalde tijdsperiode, de beschikbaarheid en de geografische afstand van psychiatrische voorzieningen, de sociale kenmerken van mensen, zoals hun positie in de sociale strata, hun burgerlijke staat e.a., en de ontwikkeling van andere voorzieningen voor de geestelijke gezondheid naast psychiatrische inrichtingen (Verdonk 1975). Alle genoemde factoren moeten tot terughoudendheid leiden in het doen van algemene uitspraken over de geestelijke gezondheid van de migrant.

2 Stand van zaken

Deze paragraaf is gewijd aan de opnamen in psychiatrische inrichtingen en de relatie tussen cultuur en diagnose.

2.1 Immigranten en opnamen in psychiatrische inrichtingen

Bevindingen uit onderzoek geven geen steun aan de mening dat immigranten in het algemeen hogere incidentie-cijfers hebben dan de autochtone bewoners. We dienen specifieke cijfers te bestuderen naar gelang het land van afkomst, de gestelde diagnose en het type migratie (Murphy 1976). Onderzoek wees bijv. uit, dat incidentie-cijfers voor schizofrenie lager waren voor de Engelse, Franse en Duitse immigranten in Canada dan voor de autochtone bevolking, maar die voor Russische, Scandinavische, Nederlandse, Poolse en Aziatische immigranten waren hoger (Murphy 1956). Krupinsky (1967) vond in Australië dat de cijfers voor de eerste opnames met diagnose schizofrenie successievelijk daalden voor immigranten uit Oost-Europa (1), West-Europa (2), Zuid-Europa (3), Groot-Britannië (4) en de bevolking uit Australië zelf (5). Ook recent onderzoek leidt niet tot eenduidige bevindingen. Zo toonden Haavio-Mannilla e.a. (1976) bijv. aan dat immigranten in Zweden meer

psychische problemen hebben dan de autochtone Zweden zelf (het meetinstrument was het percentage mensen dat hulp zocht en/of opgenomen werd in een psychiatrisch ziekenhuis of inrichting). De geografische en culturele afstand tussen Zweden en de landen van herkomst bleek een belangrijke rol te spelen in de kans een patiënt te worden. Deense patiënten bijv. hadden een opnamecijfer van 339 per 100.000 mensen, Finse 576, Oosteuropese 1682, Italiaanse 1870 en Joegoslavische 1479 per 100.000. Friessem (1976) echter vond in West-Duitsland lagere incidentie-cijfers voor geïmmigreerde buitenlandse werknemers dan voor vergelijkbare groepen Duitsers, uitgezonderd voor speciale diagnoses. Zo werd er een significant hogere proportie neuroses, en lagere proportie alcoholpsychoses bij mannelijke buitenlandse werknemers dan bij Duitse patiënten aangetroffen; de verschillen tussen vrouwelijke buitenlanders en Duitse vrouwen waren echter niet significant. Ander onderzoek onderstreept het belang ook te hebben voor specifieke diagnoses in bepaalde bevolkingsgroepen (zie voor Joodse immigranten in New York Malzberg en Lee (1956), Malzberg (1973); voor Joodse immigranten in Israël Gershon en Liebowitz (1975); voor Chinese immigranten in San Francisco Bourne (1973), Mexicaanse in Californië Edgerton en Karno (1971); voor mensen van verscheiden nationaliteiten in Londen Bagley (1968) en Cochrane (1976)). De auteurs zijn overigens wél van mening, dat niet de migratie op zichzelf psychische kwetsbaarheid veroorzaakt, maar veeleer andere factoren zoals:

- de situatie in het immigratieland (armoede, stereotypen en vooroordelen t.a.v. de immigranten etc.) (Friessem 1974);
- kenmerken van de immigranten zelf (bijv. traumatische ervaringen in concentratiekampen);
- een reeds bestaande psychische kwetsbaarheid (Krupinsky 1967, Bastide 1971, Murphy 1976);
- de stress voortkomend uit de aanpassing aan een nieuw land (Haavio-Mannila e.a. 1976).

2.2 Cultuur en diagnose

Bestaat er enig verband tussen de culturele achtergrond van de immigranten en het soort diagnose dat ze krijgen? Het is moeilijk antwoord te geven op deze vraag wegens het probleem van het stellen van een betrouwbare diagnose, in het bijzonder in het geval van immigranten.

Diagnose – De algemene toepassing van het I.C.D.-systeem van de wereldgezondheidsorganisatie zou de gunstigste situatie scheppen voor een internationale vergelijking van diagnoses. Dit classificatiesysteem wordt niet overal gebruikt en ook binnen dit systeem geldt dat psychiatrische symptomen niet ontvankelijk zijn voor de exacte kwantitatieve meting, die gebruikelijk is in de anatomie, fysiologie en analoge benaderingen van het menselijk lichaam. Als gevolg daarvan bestaat er veel onzekerheid over de kenmerken, die horen

bij de hoofd- en differentiële diagnoses van bepaalde syndromen (Friessem 1974). Vele psychiaters geven dan ook toe dat hun diagnoses dikwijls onbetrouwbaar en ongeldig zijn. Daar komt nog bij dat een nosografisch systeem, dat hoofdzakelijk gebaseerd is op ervaringen met Europese of Amerikaanse patiënten, moeilijk gehanteerd kan worden bij mensen uit een andere cultuur (Berner 1969). Volgens Berner is dit een gevolg van het ontbreken van een verband tussen bepaalde symptomen en de ontwikkeling van de psychische stoornis van immigranten, terwijl dit verband de spil vormt van het systeem van Kraepelin. Bijvoorbeeld: bepaalde paranoïde syndromen ontwikkelen zich bij immigranten niet tot een paranoïde psychose of een schizofreen proces van, zoals men zou verwachten, maar zij verdwijnen plotseling. Een andere barrière om goede diagnoses te stellen is het verschil in taal tussen autochtone artsen en allochtonen (Riedesser 1974, Kline 1969, Marcos 1973). Illustratief voor de moeilijkheden met het nosografisch systeem is dat soms aan bepaalde syndromen namen worden gegeven, die afwijken van de gebruikelijke nomenclatuur. Riedesser noemt er een aantal:

– *Nostalgie*: Johan Höfer uit Basel gebruikte deze term als eerste in 1678. Zwingman paste de term toe in een aantal onderzoeken. Hij maakt een onderscheid tussen een nostalgische reactie en een nostalgische illusie. Een nostalgische illusie wordt beschreven als een irreele verheerlijking van het 'thuis'-land. Symptomen van het nostalgisch syndroom zijn, volgens Zwingman, psychische verschijnselen als depressieve stemmingen, overgevoeligheid, prikkelbaarheid en agressiviteit, en psychosomatische symptomen als slaapstoornissen en gastro-intestinale aandoeningen.

– *Ontwortelingsdepressie*: Bürger-Prins introduceerde deze term in 1951. Dit type depressie wordt gezien als het gevolg van verwarring over de eigen rol en psychosociale gedesoriënteerdheid, die zelf de consequenties zijn van een ontworteld raken uit de eigen cultuur en een niet geworteld zijn in die van het immigratieland.

– *Beheksingswaan*: Dit verschijnsel komt voort uit een magische wereldbeschouwing. Het idee behekst te zijn reikt de patiënt een verklaring aan in overeenstemming met zijn magische wereldbeschouwing voor 'een oneindige hoeveelheid vage klachten, die lopen van hypochondrische denkbeelden tot psychotische waanvoorstellingen'.

– *Polymorfe aanvallen van waanzin*: (De Almeida 1971). Toen De Almeida als psychiater werkzaam was in het Centre François Minkowska te Parijs stelde hij vaak verschillende diagnoses bij dezelfde patiënt, bijv. confusie, melancholische depressie, schizofrenie of atypische depressie. Aanvankelijk schreef hij dit toe aan de taalbarrière, maar later werd het hem duidelijk dat de pathologie in de groep migranten op zichzelf een fluctuerende zaak was. De fluctuerende syndromen kunnen soms jaren bestaan, en dan verdwijnen ze of zij worden stabiel. 'Mais d'habitude... ce sont des troubles sans lendemain'.

Het gedrag van buitenlandse psychiatrische patiënten is dikwijls verschillend van dat van patiënten uit het land zelf. Riedesser noemt bijv. het luidruchtig uiting geven aan psychische of lichamelijke klachten, en klassieke hysterische symptomen als schokken, verlammingen, blindheid en doofheid, die men in Duitsland in het begin van de 20e eeuw kon vinden.

– *Verlegenheidsdiagnoses*, zoals: Maghnebinische uitzonderings-toestand, atypische psychose, het mamma-mia- en mediterrane-syndroom.

– *Psychosomatische klachten*: Verschillende auteurs onderstrepen het belang van het uiting geven aan moeilijkheden via psychosomatische klachten (Berner 1969, Haavio-Mannilla e.a. 1976, Friessem 1976). Haavio-Mannilla e.a. constateerden dat vooral patiënten uit Zuid- en Oost-Europa leden onder somatische symptomen of diffuse problemen als: een gevoel van onbehaaglijkheid, eenzaamheid, diffuse gevoelens achtervolgd te worden, in plaats van een uitgesproken concreet conflict met de omgeving of een oplosbaar bestaansprobleem. (Haavio-Mannilla e.a. 1976; Friessem 1974). Bevindingen met vragenlijsten, zoals bijvoorbeeld met die van Bingemer e.a. (1970) onder buitenlandse werknemers in Keulen, toonden aan dat griep, verkoudheid, maag- en darmklachten, hoofdpijn en klachten over de bloedcirculatie het meest genoemd werden door de ondervraagden. De auteurs besluiten dat 68% van deze klachten althans gedeeltelijk psychogeen zijn.

Ondanks de eerdergenoemde moeilijkheden om vergelijkbare en betrouwbare diagnoses te stellen zetten epidemiologen hun werk voort ten einde gemeenschappelijke regels te aanvaarden om psychiatrische symptomen te beschrijven en te klassificeren (Wing 1976), gaan onderzoekers door met de vergelijking van diagnoses van psychiatrische patiënten, afkomstig uit verschillende culturen. (Bagley 1969, Cochrane 1976, Mubbashar 1976 en ook Berner 1969).

Cultuur en diagnose – De term 'cultuur' wordt dikwijls gebruikt om verschillende syndromen en/of de variatie in verdraagzaamheid ten aanzien van psychiatrische patiënten te verklaren. Er bestaan veel definities van cultuur. De meeste komen overeen met de volgende: 'Onder cultuur wordt de gehele levensstijl verstaan, die overgebracht wordt van de ene generatie op de andere, en die o.a. omvat de geschiedenis, overtuigingen, gewoonten en tradities, wijze om in het levensonderhoud te voorzien en het aangeleerd gedrag van de gemeenschap in het algemeen'. (Baasher 1976). De vraag kan gesteld worden of deze definitie niet te algemeen is, omdat zij noch het verband, noch de onderlinge afhankelijkheid van de verschillende elementen aanduidt. Zoals Hitch (1976) zei: de transculturele psychiatrie is geneigd om cultuur als een autonome entiteit op zichzelf te zien, die gebaseerd is op de persoonlijkheidskenmerken van de individuen, die er deel van uitmaken. Cultuur kan eveneens gezien worden als een legitimatie van een bestaande of

zich ontwikkelende structuur. Deze opmerking impliceert geen gedwongen keuze tussen de cultuur als een autonome entiteit en als legitimatie van – en dus afhankelijk van – de sociale structuur. Veeleer maakt zij de weg vrij voor preciezere analyses van het gedrag en de denkwijze van migranten.

Gezien de moeilijkheden met het nosografisch systeem en de variatie in sociale en culturele achtergrond van de immigranten in verschillende landen lijkt het niet juist een algemeen overzicht te geven van diagnoses m.b.t. immigranten. Bovendien is de auteur van dit artikel niet vertrouwd met de subtiliteiten van het begrip-penapparaat dat psychiaters hanteren. De geïnteresseerde leze het artikel van Berner (1969). Ondanks de reeds vermelde moeilijkheden zijn er toch enige onderzoekgegevens, die van belang zijn voor het probleem cultuur en diagnose. We kunnen twee groepen onderscheiden waarin de invloed van de cultuur op verschillende typen psychische stoornissen en diagnoses bestudeerd is:

1 – overeenkomstige groepen patiënten, die in verschillende culturen leven; bijv. Engelse en Pakistaanse patiënten, levend in hun eigen land;

2 – groepen patiënten die afkomstig zijn uit verschillende culturen maar in hetzelfde land leven.

Tijdens het internationaal congres van transculturele psychiatrie in Bradford 1976 was er slechts één 'paper', waarin over het eerste type studie gerapporteerd werd. (Mubbashar 1976). 28 Patiënten van het Central Government Hospital Rawalpindi in Pakistan met de diagnose 'primaire depressie' werden vergeleken met 28 Engelse patiënten van York Clinic Guy's Hospital in Londen, na controle van leeftijd en genoten onderwijs. Als meetinstrument werd 'Becks Depressive Inventory' gebruikt. De bevindingen van de auteur waren dat de Pakistaanse patiënten het laagst scoorden op de subschalen, die betrekking hadden op libido, suicidale gedachten en zelfverwijt, maar het hoogst op die subschalen, welke te maken hadden met overbezorgdheid inzake lichamelijke gezondheid, schreien en vermoeidheid; de Engelse patiënten scoorden vice versa. Hoewel dit type studie interessant is, zijn er een aantal feilen. Het aantal betrokken patiënten is zeer laag, zodat generalisatie van de resultaten niet geoorloofd is. Bovendien: het 'abstract' van dit paper vermeldt niet of en waarom de aangetroffen verschillen in symptomen tussen de Pakistaanse en Engelse patiënten een weerspiegeling zijn van verschillen tussen de Pakistaanse en Engelse cultuur. Creygton (1976), een anthropologe, maakte duidelijk dat men de onderscheiden culturen zorgvuldig dient te bestuderen om het gedrag van patiënten te begrijpen en met hen te kunnen communiceren. Werkers in de geestelijke gezondheidszorg zouden de tekens van de communicatiepatronen moeten begrijpen; dit impliceert notie hebben van de verschillende wereldbeschouwingen en het begrip ziekte zélf binnen onderscheiden culturen.

Het tweede type studie, nl. dat van immigranten in een vreemd land, levert verschillen op in de diagnostiek van patiënten die tot

verschillende nationaliteiten behoren (Bagley 1968/1969, Krupinsky 1967, Berner 1969). Bagley (1968/1969) vergeleek bijv. diagnoses van buitenlandse met Engelse patiënten na controle voor leeftijd, sociale klasse, sexe en burgerlijke staat. Hij vond significante verschillen tussen Ierse, Caribische, Afrikaanse, Indische, Pakistaanse, Cypriotische, Malthese en Engelse patiënten. Bij Ierse patiënten werd zelden de diagnose schizofrenie en dikwijls die van alcoholisme gesteld; bij vele mensen uit het Caribisch gebied en bij vele Afrikanen werd de diagnose schizofrenie gesteld, bij weinigen die van depressie, angst en andere diagnoses. Voor sommige diagnoses, zoals het alcoholisme bij de Ierse patiëntengroep, is een voor de hand liggende verklaring te vinden in de sociaal culturele gewoontes van de Ierse bevolking, o.a. het zware drinken. Bij andere diagnoses van immigranten is het veel moeilijker hen te verbinden met de cultuur van het land van herkomst, zoals bijv. schizofrenie bij immigranten uit Oosteuropese landen (Krupinsky 1967). Een grondige studie van de cultuur van landen, waaruit de patiënten afkomstig zijn, lijkt een noodzakelijke voorwaarde te zijn om cultureelbepaalde verschillen in diagnoses te begrijpen. Gezien het feit, dat immigranten dikwijls in twee culturen leven, lijkt het nog moeilijker het effect van deze bi-culturele situatie op de ontwikkeling van psychische problemen te schatten.

Hoewel immigranten van onderscheiden nationaliteit verschillende diagnoses krijgen, is het wel dienstig deze bevindingen kritisch te bezien:

1 – psychiatrische diagnoses in het algemeen en die voor immigranten in het bijzonder zijn vaak niet betrouwbaar, zoals uiteengezet werd in 2.2;

2 – sommige onderzoeken (Bagley 1968/1969, Bourne 1973, Mubbashar 1976) zijn gebaseerd op te kleine aantallen patiënten om generaliserende uitspraken verantwoord te doen zijn;

3 – de meeste studies wijzen op verschillen in diagnoses tussen immigranten uit onderscheiden landen van herkomst. Zij gebruiken de variabele 'cultuur' als een verklaring voor deze verschillen zonder het verband dat zou bestaan tussen de specifieke cultuur en de diagnose te verhelderen.

2.3 Tijdsduur sinds de immigratie

Bastide noemt de periode direct na aankomst van de immigrant gevaarlijk. Hij gebruikt het woord 'primaire crisis' en citeert studies van Daumeson, Pellicier, Koechlin en Boitelle, waarin gewezen wordt op het belang van de eerste periode na aankomst. Tijdens deze 'primaire crisis' variëren de diagnoses tussen atypische depressie, neurose, paranoïde wanen en verwardheidspsychose. (Vergelijk De Almeida in 2.2). Koechlin (1956) beschrijft bijv. 3 klinische typen migrantpatiënten, waarvan twee verband houden met de tijdsperiode van aankomst:

1 – Atypische depressieve kenmerken worden meestal aangetroffen bij patiënten die pas een paar maanden in Frankrijk zijn, of er 2 of

3 jaar geleefd hebben. Het gevoel niet zichzelf te zijn en perplex te staan tegenover de nieuwe omgeving kan geïnterpreteerd worden als het gevolg van aanpassingsmoeilijkheden.

2 – Na deze eerste periode van perplex staan treedt een verschuiving naar somatische klachten op. Vaak is een ziekte of een ongeluk het begin van verschillende somatische klachten, waarvoor geen organische basis aanwezig is. Deze klachten kunnen geïnterpreteerd worden als de weerspiegeling van de angst van de migrant. De moeilijkheid met Koechlin's klinische waarnemingen is, dat het niet mogelijk is ze te veralgemenen tot alle migranten in verschillende landen, omdat ze niet gebaseerd zijn op epidemiologische studies. Krupinsky (1967) toonde aan dat er een significant verschil in incidentie van schizofrenie was tussen mannen en vrouwen met betrekking tot de lengte van hun verblijf in Australië. De incidentie bij mannen was het hoogste bij 1 tot 2 jaar, bij vrouwen bij 7 tot 15 jaar na hun aankomst. Bij mannen werd een piek geconstateerd voor de diagnose depressie en alcoholisme één jaar na aankomst, terwijl de curve gestadig toenam vanaf het 7e jaar na aankomst. Andere recente studies hielden geen rekening met het jaar van aankomst of hadden andere resultaten dan de bovengenoemde. Haavio-Mannilla e.a. stelden bijv. vast, dat de Finse bevolkingsgroep gemiddeld 7.1 jaar in Zweden is voor ze haar eerste psychiatrische contact krijgt en andere groepen immigranten 8.4 jaar. De vraag naar de invloed van de tijdsduur blijft dan ook open voor toekomstig onderzoek.

3 Verklaring van de verschillen

Bastide vermeldt 3 types verklaringen, nl. psycho-analytische, sociaal psychologische en sociologische. De cultureel-anthropologische verklaring, waar dikwijls op gezinspeeld wordt in de vorige paragraaf, kan gerangschikt worden onder sociaal-psychologische en sociologische verklaringen. Met verwijzing van de lezer, die geïnteresseerd is in een psycho-analytische verklaring, naar Bastide's werk gaan we nu verder met de sociaal-psychologische hypothesen.

Sociaal-psychologische hypothese – De verschillen tussen mensen van onderscheiden ethnische groepen kunnen verklaard worden door de vorming van de 'basispersoonlijkheid', omdat deze bepaald wordt door de cultuur, waarin men leeft. Zo wijst het onderzoek van Barrabee en Von Meering op verschillen tussen Ierse en Italiaanse gezinnen. In een Iers gezin bestaan sterke banden tussen moeder en kind; de vader is streng. Het kind moet veel verdringen, krijgt een schuldcomplex en ziet sexualiteit als zondig. Dit zou leiden tot depressies. In het Italiaanse gezin is de vader de straffende figuur, die het huishouden beheerst en bestuurt; de moeder reageert met verdubbelde liefde en wordt gemakkelijk te beschermend. Dit zou leiden tot schizofrenie.

De Almeida voelt zich aangesproken door dit type benadering, al

noemt hij ook de acculturatie. Een van zijn uitlatingen is illustratief in dit verband: 'men kan de grotere mate van psychische stoornissen bij immigranten begrijpen als men een allergie veronderstelt... entre des structures psychologiques interiorisées à partir des symboles socio-culturelles du milieu d'origine et du milieu d'accueil'. Hij verbindt derhalve de psycho-dynamische ontwikkeling met de cultuur van de omgeving, d.w.z. het gezin of de grotere samenleving.

Sociologische verklaring – Onder de termen 'culturele schok' (Parker e.a. 1969) en 'acculturatie' worden andersoortige verklaringen gegeven. Het proces van aanpassing aan een nieuwe cultuur van het individu of van de hele groep, evenals de fusie van twee culturen is een moeizame zaak: individuen voelen zich ontworteld en groepsleden klampen zich aan elkaar vast om zich te verdedigen tegen de vreemde cultuur. De Almeida beschrijft levendig de ontworteling van het individu, en een onderzoek te Roseto (Bruhn e.a. 1972) illustreert de gevolgen van de groepsvorming. In Roseto werd een studie verricht bij 3 generaties Italiaanse Amerikanen, in totaal 204 personen. Bij allen werd de S.R.R.Q. (Social Readjustment Rating Questionnaire) afgenomen. Het onderzoek betrof de relatie tussen de score in een verandering van de voor een persoon belangrijke gebeurtenissen en doorgemaakte ziekte. De drie generaties vormden de basis voor 4 groepen:

- 1 – respondenten, geboren in Italië, evenals beide ouders;
- 2 – respondenten, geboren in de Verenigde Staten met in Italië geboren ouders;
- 3 – respondenten, geboren in de Verenigde Staten met één van beide ouders in Italië geboren en de andere in de Verenigde Staten;
- 4 – respondenten, geboren in de Verenigde Staten, evenals beide ouders.

Gedurende de driejarige onderzoeksperiode meldde 77% van de eerste generatie, 50% van de tweede generatie, 50% van de derde generatie en 33% van de gemengde generatie niet ziek te zijn geweest. Er is een opvallend verschil tussen de 77% en 50% van de eerste en van de tweede en derde generatie, waarbij het hoogste percentage (77%) een bescherming suggereert, die het resultaat is van het gesloten groepsleven. De auteurs beschrijven eveneens de verandering in Roseto van een gesloten naar een open gemeenschap inzake werk, kontakten en vrijetijdsbesteding.

De Almeida beschrijft het proces van ontworteling en depersonalisatie van migranten. Omdat zij hun gevoel van identiteit verliezen, klampen zij zich soms overdreven vast aan hun traditionele waarden. De auteur typeert dit gedrag zeer raak in de zin: 'Un Français à l'étranger se sent plus Français que les Français en France'. Soms lijden deze mensen onder psychische regressies. Migrantenvaren hun nieuwe omgeving soms als vijandig (Bastide), in tegenspraak met hun milieu van herkomst en zichzelf als geïsoleerd, vervreemd en buitengesloten.

Parker e.a. verwerpen echter de hypothese van de 'culturele schok'. Immers, zeggen zij, in sommige onderzoeken vindt men hogere cijfers van psychische gestoordheid in een migrantengroep, in andere lagere en weer andere gelijke. Zij stellen als alternatieve hypothese dat migranten, afkomstig uit de stad meer stress ervaren dan zij die afkomstig zijn van het platteland. Want de migranten, afkomstig uit de stad, worden meer geconfronteerd met referentie-groepen, waardoor de stress een bepaald doel na te moeten streven, verhoogd wordt en bij niet slagen de waardering voor zichzelf verlaagd wordt. Dit soort stress kan resulteren in hogere cijfers voor psychische gestoordheid. Deze verklaring moge van betekenis zijn voor de migratie van de ene stad naar de andere binnen de Verenigde Staten, de hypothese van een 'culturele schok' of de 'acculturatie hypothese' lijkt mij aannemelijker in het geval van in het buitenland geboren migranten. Desalniettemin, Bagley steunde Parker's hypothese in zijn studie 'De sociale aetiologie van schizofrenie in immigrantengroepen'. Hij vergeleek 27 Westindische en 27 Engelse schizofrenen met 27 Westindische 'gezonde' mensen na controle voor leeftijd, sexe, beroep, burgerlijke staat en onderwijs. Hij gebruikte drie instrumenten om stress te meten: een soort schaal van levensgebeurtenissen, van stressors in de omgeving en van 'goal-striving'-stress. Hij concludeerde dat Westindische patiënten significant hogere scores behaalden dan de West-Indiërs uit de controle-groep en de Engelse patiënten. Het valt echter te betwijfelen of deze bevindingen m.b.t. de West-Indiërs veralgemeend kunnen worden naar andere groepen immigranten en zelfs naar de Westindische groep, gezien de geringe omvang van de steekproef. Er zijn natuurlijk vele andere vormen van stress dan het falen in het streven hogerop te komen. Zoals bijv.: economische problemen, een slechte woning in een stedelijke krottenwijk, het lidmaatschap van een minderheidsgroep met alle stereotypen, vooroordelen en discriminatie die daarin geïmpliceerd zijn, de scheiding van de familie, de marginale positie van de kinderen tussen twee culturen. Deze sociale omstandigheden, die voorkomen in nagenoeg alle Europese en de Amerikaanse samenleving, hebben waarschijnlijk een cumulatief effect op de mogelijke ontwikkeling van psychische stoornis.

Soms worden ook factoren van selectie genoemd: mensen met een predispositie voor psychische stoornis zouden eerder migreren. Oedegaard formuleerde deze hypothese in 1932. Krupinsky (1967) concludeerde uit zijn onderzoek dat er onder de groep migranten een aantal personen waren, die reeds vóór hun migratie gekenmerkt werden door een gebrek aan stabiliteit, en tijdens het eerste jaar van hun verblijf in Australië opgenomen werden. In latere onderzoeken is dit punt niet systematisch aan de orde gesteld. Bij wijze van samenvatting van deze verschillende verklaringen geven we een model weer van Morrison e.a. (1974), dat betrekking heeft op de variabelen die mogelijk verband houden met de geestelijke gezondheid, resp. psychische gestoordheid van de migrant.

*Variabelen, werkzaam vóór
de migratie*

- 1 persoonlijkheid van de migrant
- 2 levenservaringen
- 3 culturele achtergrond
- 4 redenen om de oude omgeving te verlaten
- 5 redenen voor de keuze van de nieuwe omgeving

*Variabelen, werkzaam tijdens
de migratie*

- 6 de stress van de migratie

*Variabelen, werkzaam ná
de migratie*

- 7 houding van de omgeving t.o.v. de migrant
 - a beleid van de staat
 - b druk tot acculturatie
 - c economische mogelijkheden
- 8 homogeniteit van de nieuwe omgeving
- 9 vervulling van verwachtingen en aspiraties
- 10 persoonlijkheid van de migrant

In dit model worden verschillende factoren genoemd, die een verklaring kunnen geven voor de psychische stoornissen in bepaalde groepen immigranten onder specifieke voorwaarden. Bovendien lijkt het mogelijk binnen dit model aandacht te schenken aan een grote variëteit van factoren, zoals:

- 1 het type van migratie (vrijwillig, niet vrijwillig, tijdelijk, blijvend);
- 2 de mate en de aard van de verandering in de omgeving van de migrant;
- 3 de inhoud van specifieke culturele patronen, waaronder het ziekte-begrip en de relatie ervan met de algemene wereldbeschouwing;
- 4 variërende maten voor psychische en sociale problemen, o.a. opnamen in psychiatrische inrichtingen;
- 5 de politieke en sociale kenmerken van de immigratielanden, waarin de migranten het hoofd moeten bieden aan de problemen in hun leven.

Literatuur

- Almeida, Z. de e.a. (1971): Difficultés d'intégration dans les grandes villes des migrants ruraux et étrangers, Table Ronde, 28 november 1970. *La santé mentale*, no. 1.
- Almeida, Z. de (1975): Les perturbations mentales chez les migrants. *L'information psychiatrique*, 51, no. 3.
- Baasher, T. A. (1976): Cultural variations and psychiatric models. *Paper for the I.C.T.P.**
- Bagley, C. (1968): Migration, Race and Mental Health: a review of some

* I.C.T.P.: International Congress on Transcultural Psychiatry, Bradford, England, 1976.

Migratie en psychische stoornis

- recent research. *Race* IX, 3.
- Bagley, C. (1968): A comparative study of mental illness amongst immigrants in Britain. *Proceedings of the Anglo-French Conference on Race Relations*, Sussex, Nauton, Den Haag.
- Bagley, C. (1969): The social aetiology of schizophrenia in immigrant groups. *Paper for the International Congress of Social Psychiatry*, London, august 1969.
- Barrabee, P. en Von Mering, O. Ethnic variations in mental stress in families with psychotic children in A. Rose (ed.), *Mental Health and Mental Disorder*, Roustledge and Kegan Paul Ltd., New York (1956).
- Bastide, R. (1971): *Op de grens van sociologie en psychiatrie*, p. 183-201. Paul Brand, Bussum.
- Berner, P. (1969): Psychopathologie des Migrations. *Encyclopedie Médico-Chirurgicale* (Paris) 37880A¹⁰, Psychiatrie 5-1967, Psychiatrie Ecologique.
- Bruhn, J. G. B. U. Philips en S. Wolf (1972): Social readjustment and illness patterns: comparisons between first, second and third generation Italian-Americans, living in the same community. *Journal of Psychosomatic Research*, 16, 387-394.
- Bloom, J. D. (1973): Migration and Psychopathology of Eskimo Women. *American Journal Psychiatry*, 130, 4.
- Bourne, P. G. (1973): Suicide among chinese in San Francisco. *A.J.P.H.*, 73, 744-750.
- Bourne, P. G. (1975): The chinese students - Acculturation and mental illness. *Psychiatry*, 38, 269-277.
- Brown, G. A. (1973): An exploratory study of interaction amongst british and immigrant children. *Brit. J. Soc. Clin. Psychology*, 12, 159-162.
- Bustamante, J. A. (1968): Cultural Forces in Hysterias with schizophrenic clinical picture. *Intern. J. of Psychiatry* XIV, 113-118.
- Cochrane, R. (1976): Immigration and Mental Hospital Admissions: a study of rates for England and Wales, 1971. *Abstract of paper for the I.C.T.P.*
- Erving, E. J. A., B. A. Rouse en E. D. Pellizani (1974): Alcohol sensitivity and ethnic background. *Am. J. of Psychiatry*, 131, 206-220.
- Fabrega, H., A. Rubel en C. A. Wallace (1967): Working class Mexican psychiatric outpatients. *Arch. of General Psychiatry*, 16.
- Fitzpatrick, J. P. en R. E. Gould (1970): Mental illness among Puerto Ricans in New York: cultural condition or intercultural misunderstanding? *Am. J. of Orthopsychiatry*, 40, 238-239.
- Friessem, D. H. (1971): Gesundheitsprobleme ausländischer Arbeiter in West-Deutschland. *Das Argument, Zeitschrift für Philosophie und Sozialwissenschaften* (Berlin) 13, 945-954.
- Friessem, D. H. (1974): Materialien zu einer Psychiatrie der Migration. Vortr. 2 Sitzg. d. Studiengruppe 'Humanökologie - Anthropologie des Bauens' d. Werner-Reimers-Stiftung am 11./12. Okt. 1974 in Feldafing. Hektogr. Manusk.
- Friessem, D. H. (1974): Ausländische Arbeiter im Krankenhaus. Medizinisch-sociologische Aspekte im Hinblick auf die Krankenpflege. *Themen der Krankenpflege* 2, 192-219.
- Friessem, D. H. (1974): Psychiatrische und psychosomatische Erkrankungen ausländischer Arbeiter in der BRD. Ein Betrag zur Psychiatrie der Migration. *Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Lpz.)* 26, 78-90.
- Fuller Torrey, E. en R. L. Taylor (1973): Cheap labour from poor nations in: *Am. J. of Psychiatry*, 130, no. 4.
- Gershon, E. S. en J. H. Liebowitz (1975): Sociocultural and demographic

- correlated of affective disorders in Jerusalem. *J. Psych. Research* 12, 37-50.
- Giel, R. (1976): Minority Conflict: the South-Moluccan Train Hijack. *Abstract of paper for the I.C.T.P.*
- Haavio-Mannila, E. en K. Stercius (1976): Mental Health problems of immigrants in Sweden. *Paper for the I.C.T.P.*
- Hitch, P. J. (1976): Culture, social structure and the explanation of migrant mental illness. *Abstract of paper for the I.C.T.P.*
- Kabela, M. (1974): Kinderen van Spaanse gastarbeiders. *M.G.V.* 29, 296-304.
- Karno, M. (1966): The enigma of ethnicity in a psychiatric ethic. *Arch. of Gen. Psychiatry*, 14, 516.
- Karno, M. en R. B. Edgerton (1969): Perception of mental illness in a Mexican-American community. *Arch. of Gen. Psychiatry*, 20.
- Kinsie, D. J. en M. J. Bolton (1973): Psychiatry with the aborigines of West-Malaysia. *Am. J. of Psychiatry*, 130.
- Kline, L. Y. (1969): Some factors in the psychiatric treatment of Spanish-Americans. *Am. J. of Psychiatry*, 125.
- Krupinsky, J. (1967): Sociological aspects of mental ill-health in migrants. *Soc. Sc. Med.*, 1, 267-282.
- Leroy, L. (1975): Mobilité géographique et adaptabilité temporelle à la vie urbaine. *Santé mentale*.
- Malzberg, B. (1973): Mental disease among jews in New York State, 1960-1961. *Acta Psychiat. scandinavica*, 49, 479-518.
- Malzberg, B. en E. Lee (1956): *Migration and mental disease, New York, 1939-1941*. New York Council.
- Marcos, L. R. (1973): The Effect of interview language as the evaluation of psychopathology in Spanish-American schizophrenic patients. *Am. J. of Psychiatry*, 130, no. 5.
- McKinley, J. B. (1975): Some issues, associated with migration, health status and the use of health services. *J. Chron. Dis.*, 28, 579-592.
- Morrison, S. (1973): Intermediate variables in the association between migration and mental illness. *Int. J. Psychiatry*, 19, 60.
- Mubbasha, M. H. (1976): Cultural variation in depressive symptomatology. *Abstract of paper for the I.C.T.P.*
- Murphy, H. B. M. (1973): The low rate of mental hospitalization shown by immigrants to Canada. In: Zwingman, Ch. en Pfeister-Ammende, M. (eds.), *Uprooting and after*. Bln. en N.Y.: Springer.
- Murphy, H. B. M. (1976): Migration, culture and mental health. *Abstract of paper for the I.C.T.P.*
- Parker, S., R. Kleiner en B. Needelman (1969): Migration and mental illness. Some reconsiderations and suggestions for further research. *Soc. Science and Medicine*, 3, 1-9.
- Rendon, M., Dr. S. Carne, e.a. (1970): Transcultural aspects of Puerto Rican Mental Illness in New York. Discussion on problems of an immigrant population. *The Practitioner*, 204, 310.
- Riedesser, P. (1974): Psychische stoornissen bij buitenlandse arbeiders in de Bondsrepubliek Duitsland. *M.G.V.* 29, 288-296.
- Roskies, F., M. L. Lida-Miranda, M. Strobel (1975): Life events and illness in immigrants. *Paper for the conference on 'Dimensions of Anxiety and Stress'*, Oslo, Norway, June 1975.
- Stam, A. (1975): The psychiatric implications of ethnic stratification in the USA. A historical review. *Plural Societies*, 6, no. 2.
- Sue, S. en H. McKinney (1975): Asian Americans in the community mental

- health care systems. *J. of Orthopsychiatry*, 45, no. 1.
- Turner, Ch. en M. Seving (1974): Interaction amongst British and immigrant children: a methodological note. *Brit. J. Soc. Clin. Psychology*, 13, 215-217.
- Verdonk, A. (1975): Rotterdamse stadsbuurten en haar devianten. *T. Psychiatrie*, 17, 248-272.
- Vrij, A. (1975): De gezondheidszorg voor 'gast'-arbeiders. *Medisch Contact*, 30, 133.
- Weclaw, R. V. (1975): The nature, prevalence and level of awareness of 'Curanderismo' and some of its implications for community mental health. *Comm. Mental Health*, 2, 145-155.
- Weinreich, P. (1976): The locus of identification conflicts in immigrant and indigenous adolescents. *Paper for the Symposium on 'Race Awareness, Prejudice and Discrimination' at the I.C.T.P.*
- Wing, J. K. (1976): The limits of standardisation. *Abstract of paper for the I.C.T.P.*