

epidemiologisch onderzoek onder

‘vreemde zielen’

Een kwantitatief model voor etnopsychiatrisch-

Een kwantitatief model voor etnopsychiatrisch-

door J.T.V.M. de Jong

Gepubliceerd in 1994, Thema

Samenvatting

Bij vergelijkend psychiatrisch onderzoek wordt een aantal aspecten van menselijk gedrag vaak veronachtzaamd. Menselijk gedrag dient zowel op bevolkings- als op individueel niveau bestudeerd te worden binnen zijn sociaal-culturele context. Onderzoek dient een inclusivistisch paradigma te hanteren waarbij het fluctueren van (psychopathologische) gedragingen in tijd, plaats en cultuur in het onderzoeksdesign wordt verdisconteerd.

Onderzoeksinstrumenten dienen gebaseerd te zijn op cultuurspecifieke kwalitatieve gegevens die gebruikt worden voor het ontwerpen van een nieuw instrument of voor het wijzigen van een bestaand instrument in een cultureel gevalideerd stuk gereedschap. Met behulp van dit cultureel gevalideerde instrumentarium kan vervolgens onderzoek worden verricht op het gebied van psychodiagnostiek, epidemiologie of therapie-evaluatie. In dit artikel wordt een pragmatisch stapsgewijs kwantitatief model beschreven dat integraal of eclectisch kan worden toegepast. Daarnaast wil het een aanzet geven tot een ecologisch betrouwbare onderzoeksmethodologie.

Inleiding

Bij het emeritaat van Giel geldt ook voor de transculturele psychiatrie het gezegde ‘partir c’est mourir un peu’. Giel is één van de weinige collegae in ons taalgebied die zich met culturele en vergelijkende factoren heeft beziggehouden tijdens zijn werkzaamheden in Nieuw-Guinea, Ethiopië of in landen waar hij zich in verband met rampen of WHO- onderzoeken inzette. In de loop van drie decennia wetenschappelijke activiteiten verschuift de methodologie van Giels transculturele onderzoek van een vrijwel exclusief kwantitatieve naar een meer kwalitatieve benadering. Zonder het met zoveel woorden te formuleren, sluit hij zich aan bij een nieuwe generatie onderzoekers die de waarde van de gangbare westerse wetenschapsbeoefening op het gebied van trans-, inter- of multicultureel onderzoek in twijfel trekt. De kritiek van deze onderzoekers richt zich op een aantal punten die hier kort worden samengevat.

De discrepantie tussen universele wetenschappelijke doelstellingen en de unieke menselijke biologische, sociale en culturele gegevenheid heeft discussie opgeroepen over de gangbare paradigma's. De auteur van dit artikel vraagt zich bij voorbeeld wel eens af waarom biologisch georiënteerde onderzoekers de pretentie blijven koesteren dat hun research universeel toepasbaar is, gezien de enorme genetische variatie onder de mensheid. Lewontin e.a. (1984) concluderen dat 85% van de genetische variatie gevonden wordt binnen lokale populaties of etnische groepen, 8% *tussen*

etnische groepen of naties, en slechts 7% *binnen* de zogenaamde 'grote rassen'. Hoe kan een onderzoeker dan a priori uitgaan van een universele genetisch bepaalde kwetsbaarheid voor bepaalde aandoeningen of van een universele farmacokinetiek bij een farmacon? De kritiek op de gangbare westerse wetenschapsbeoefening binnen de transculturele psychiatrie en de cross-culturele psychologie spitst zich verder toe op de volgende punten. Ten eerste, de validiteit van de diagnostiek. Bij transcultureel onderzoek worden vaak 'westerse' classificaties gebruikt om DSM-III-R- of ICD-10-diagnosen te genereren. De validiteit van deze diagnostische classificaties, alsook van instrumenten als de CIDI, SCAN of DIS, onder 'vreemde zielen' - de titel die Giel (1984) gaf aan zijn sociaal-psychiatrische verkenning in andere culturen - wordt zelden ter discussie gesteld. Het gebrek aan validiteit leidt tot onbetrouwbare prevalentie- en incidentiecijfers van psychische stoornissen in verschillende culturen. Ten tweede, het niet verdisconteren in het onderzoeksdesign van de context, de bereikbaarheid van de onderzoekspopulatie en de plaats- en tijdsgebondenheid van psychopathologie. Ten derde, de invloed van culturele vooroordelen bij het vertalen van emotiewoorden en affecten.

In dit artikel wordt een pragmatisch onderzoeksmodel beschreven dat de bovengenoemde tekortkomingen probeert te ondervangen. De combinatie van kwalitatief en kwantitatief onderzoek wordt in navolging van Agar en Murdoch *kwanltatief* onderzoek genoemd (Agar en Murdoch 1994; Raghianti en Mundell 1993). Het model biedt een compromis tussen twee uitgangsposities. Aan de ene kant staan de modale westerse wetenschappers die genoeg nemen met de gangbare eisen ten aanzien van validiteit. Zij hanteren hun standaardmethodologie bij het verrichten van onderzoek onder mensen uit andere culturen en menen dat er een universele psychiatrie en psychologie bestaat die de afzonderlijke culturen overstijgt. Aan de andere kant staan de aanhangers van de zogenaamde culturele psychiatrie en psychologie; zij zijn van mening dat cultuur en psyche zo onlosmakelijk verbonden zijn dat zij gruwen van vergelijkingen tussen culturen en zich beperken tot onderzoek binnen één cultuur.

Het kwanltatieve antropologisch-psychiatrisch- epidemiologisch onderzoeksmodel

Het hier weergegeven pragmatische stappenmodel schept de mogelijkheid om context, cultuur en tijdsperspectief op bevolkings-, groeps- en individueel niveau bij onderzoek te betrekken. In de tweede plaats toont het model hoe etnografisch materiaal als een integraal onderdeel kan worden gebruikt voor het ontwikkelen van valide psychometrische en psychiatrische onderzoeksinstrumenten. Naast onderzoek biedt het model de mogelijkheid om interventies te implementeren. Het model is een ideaaltypering en zal in werkelijkheid vaak aangepast dienen te worden aan de mogelijkheden en beperkingen van de lokale omstandigheden. Afhankelijk van de onderzoeksvraag kan het integraal gebruikt worden of eclecticisch. Een integrale toepassing waarbij onderzoek gecombineerd wordt met een grootscheeps interventieprogramma, vindt plaats in een door de auteur in samenwerking met de WHO opgezet internationaal vluchtelingenprogramma in Cambodja, Ethiopië, Gaza, India (Tibetanen) en Nepal (Bhutanezen), Mozambique, Oeganda (De Jong 1991, 1992). De methodologie wordt eveneens integraal toegepast bij de onlangs gestarte internationale WHO-NIMH-studie naar obsessief-compulsieve stoornissen (OCD). De keuze van de WHO en het National Institute for Mental Health voor dit kwanltatieve model is interessant, omdat de WHO-NIMH-studie uitgaat van de hypothese dat OCD een universele 'cultuurvrije' aandoening is van de basale ganglia, die in feite vanuit het domein van de psychiatrie naar de neurologie dient te worden overgeheveld. Het hier geschetste model werd eclecticisch toegepast bij een onderzoek onder cosmopolitische ('westerse') en lokale ('traditionele') gezondheidswerkers in Mozambique (Jurg en De Jong 1992) en bij twee pilot-onderzoeken naar de psychosociale gevolgen van oorlogsgeweld in Mozambique en Kenya. Het zal ook eclecticisch worden toegepast bij een epidemiologisch onderzoek onder Marokkanen, Turken en Surinamers in Nederland.

Een aantal bouwstenen van het model kan gevonden worden in het oeuvre van Giel. Tijdens zijn studies onder 'vreemde zielen' blijkt dat hij aanvankelijk regulier onderzoek deed met vragenlijsten om de resultaten vervolgens te interpreteren binnen de culturele context (Giel 1967 a,b; 1968 a,b; 1969; 1970). In recenter werk gunt Giel zichzelf de vrijheid om - soms ten gevolge van de tijdsdruk na een ramp - het unieke van de omstandigheden te koppelen aan zijn antropologische sensitiviteit voor cultuur (Giel 1990 a,b,c; 1991).

Criteria waaraan het kwantitatieve model dient te voldoen

De criteria waaraan het model dient te voldoen, kunnen als volgt worden geformuleerd:

1. Menselijk gedrag kan alleen begrepen worden door een grondige studie van de sociaal-culturele context waarbinnen het gedrag zich afspeelt. Bij het onderzoeken van de context dient het focus te verschuiven van het niveau van de bevolking naar het niveau van de gemeenschap en het individu. Tijdens dit proces probeert de onderzoeker de afstand tussen zichzelf en zijn respondenten te verkleinen. Tevens proberen onderzoeker en respondent consensus te bereiken over de vraag of de respondent zich herkent in de beschrijving van de onderzoeker. Dit research-criterium wordt aangeduid met *member validity* (Mehan en Wood 1975; in De Vries e.a. 1994).

2. Het streven naar consensus biedt tevens de mogelijkheid om in een vroege onderzoeksfase te komen tot participatief onderzoek. Bij participatief onderzoek onder etnische groepen in het westen of in Afrika, Azië en Latijns-Amerika wordt lokaal onderzoekspotentieel versterkt, omdat het onderzoek een gezamenlijke onderneming wordt van autochtone en allochtone onderzoekers.

3. Culturele variabelen als opvoedings-, coping-stijl of religie dienen zowel op bevolkings- als op individueel niveau bestudeerd te worden. In combinatie met de onder punt 1 genoemde kennis over de sociaal- culturele context is de onderzoeker in staat om informatie te verzamelen die voldoende rijk is om een zinvolle interpretatie van kwantitatieve gegevens mogelijk te maken. Hoewel het logisch lijkt dat begrippen betekenis moeten hebben in een nomologisch netwerk, worden kwantitatieve onderzoeksresultaten nogal eens geïnterpreteerd tegen de achtergrond van een summier gegeven dat het gaat om 'nomaden', 'migranten' of 'vluchtelingen' (Berry e.a. 1992).

4. Het onderzoek dient een inclusivistisch paradigma te hanteren (Hahn 1985), dat wil zeggen dat het niet uitgaat van een primaat van biologie (*nature*) of cultuur (*nurture*). Het uitgangspunt dient te zijn dat het onderzoek gebaseerd is op een multidisciplinaire analyse van de relatieve bijdrage van biologische, sociale, cognitieve, emotionele en linguïstische aspecten van menselijk gedrag.

5. Onderzoeksinstrumenten dienen gebaseerd te zijn op cultuurspecifieke kwalitatieve en etnografische gegevens, die gebruikt worden om concepten en variabelen te beschrijven. Het gaat onder andere om etnosemantische variabelen zoals emotiewoorden, lichamelijke sensaties en uitingen van onwelbevinden (*distress*). Het verzamelen van deze variabelen gebeurt vanuit een 'emische' optiek, met andere woorden vanuit het perspectief van de betrokkenen in de te onderzoeken cultuur. Vervolgens worden de variabelen gebruikt voor het ontwerpen van een nieuw instrument of voor het wijzigen van een bestaand instrument in een cultureel gevalideerd kwantitatief psychometrisch of psychiatrisch stuk gereedschap. Met behulp van dit cultureel gevalideerde instrumentarium kan vervolgens onderzoek worden verricht op het gebied van psychodiagnostiek, epidemiologie of therapie-evaluatie. De aanvullende validering is bedoeld om zogenaamde 'cultureel geïnformeerde' of 'antropologische' epidemiologie te verrichten.

6. Om menselijk gedrag te begrijpen is het nodig om het fluctueren van (psychopathologische) gedragingen in tijd, plaats en cultuur in het onderzoeksdesign te verdisconteren. Het belang van dit aspect kan worden geïllustreerd aan de hand van het eerste onderzoeksrapport over de Bijlmermeervliegramp (van Uchelen e.a. 1993). De onderzoekers namen bij de getroffen en een zelfscoringsinstrument betreffende Posttraumatische Stress-Stoornis (PTSS) af en *een maand later* een gestructureerd PTSS diagnostisch interview. Het tweede interview diende als ‘gouden standaard’ om sensitiviteit, specificiteit en *likelihood ratios* te meten. Deze op zich interessante maten zijn in dit verband methodologisch misplaatst. Omdat PTSS-symptomen binnen een maand sterk kunnen fluctueren (bij voorbeeld door de afwisseling van episodes van *numbing* en *intrusions*), kan een diagnostisch instrument na een tijdsverloop van een maand niet gebruikt worden als criteriumstandaard voor een zelfbeoordelingsinstrument.

Schema 1 geeft een overzicht van de respectievelijke stappen van het model, die vervolgens in schema 2 in detail worden uitgewerkt.

Tijdens de eerste drie stappen wordt de sociaal-culturele context geëxploreerd en worden de onderzoeksinstrumenten aangepast. Tijdens de vierde stap wordt geprobeerd om met de respondenten tot consensus te komen over de vraagstelling en wordt ernaar gestreefd de culturele validering van de instrumenten af te ronden. Tijdens stap V wordt gedetailleerd onderzoek verricht onder individuen en pas bij stap VI wordt begonnen met cultureel geïnformeerd epidemiologisch bevolkingsonderzoek.

Uitwerking van het kwantitatieve onderzoeksmodel

In schema 2 worden de stappen één voor één aangeduid en vervolgens nader besproken. Tevens wordt de werkwijze en het belang van iedere stap voor het ontwikkelen van een cultureel valide onderzoeksinstrument beschreven.

Stap I: Het identificeren van problemen of risico's op het niveau van de gemeenschap

De eerste stap (I in schema 1 en 2) van het model behelst het organiseren van focusgroepen. Deze bestaan uit open groepsinterviews met 4-10 respondenten of sleutelinformanten. De interviews richten zich op de exploratie van het te onderzoeken probleem of op een onderwerp dat van belang is wegens een inherent gezondheidsrisico of wegens het belang voor de gezondheidszorg (Krueger 1988). Afhankelijk van de vraagstelling worden de focusgroepen gericht op grotere systemen zoals het niveau van politici en beleidsmakers, gevolgd door groepsdiscussies op lagere bestuursniveaus en op het niveau van buurtvertegenwoordigers, familiehoofden of vertegenwoordigers van een specifieke (etnische) doelgroep. Deze eerste stap geeft enig inzicht in de psychosociale en sociaal-politieke context van de vraagstelling, in het culturele ‘niche’ of de habitat van de betrokkenen, en in de gewoonten en de coping- strategieën die zich in de loop van de tijd in de betrokken samenleving of populatie hebben ontwikkeld. Wat betreft het ontwikkelen van onderzoeksinstrumentarium kan deze eerste stap dienen om te komen tot het exploreren van onderwerpen, het inventariseren van vragen en het identificeren van concepten.

Stap II: Focussen op de doelgroep

Bij de volgende stap (II) op het niveau van subpopulaties wordt gebruik gemaakt van ‘snowball sampling’. Dit wil zeggen het selecteren van individuen of samples door gebruik te maken van de kennis van insiders en van verwijsketens binnen de te onderzoeken populatie. Een subject dat op grond van een bepaalde karakteristiek is geselecteerd wordt verzocht om anderen te noemen met dezelfde karakteristiek (Kaplan e.a. 1987). De sneeuwbal methode kan bij vrijwel iedere vraag worden gebruikt, variërend van het vinden van traditionele genezers tot het vinden van migrantenkinderen met leerproblemen of druggebruikers (Kaplan e.a. 1987; Jurg en De Jong 1992). De techniek is vooral

zinvol bij ‘verborgen’ onderzoekspopulaties. Met behulp van een sneeuwbalsteekproef is het mogelijk om inzicht te krijgen in sociale netwerken en in verbanden op onderzoeksterreinen die zich bezighouden met onderwerpen die erg gevoelig liggen (zoals AIDS, drugsprostitutie), die nog nauwelijks onderzocht zijn (zoals obsessief-compulsieve stoornissen in niet-westerse culturen), of met verschijnselen die zo zeldzaam zijn dat een klassieke epidemiologische survey een onverstandige of kostbare keuze is. De techniek kan gebruikt worden om populaties te exploreren waar weinig over bekend is. Bovendien is het een nuttige techniek om groepen subjecten te verzamelen met specifieke karakteristieken die vervolgens nader geëxploreerd kunnen worden (Kaplan e.a. 1987). Voor het ontwikkelen van onderzoeksinstrumenten kan de methode gebruikt worden om relevante gegevens over de onderzoekspopulatie te verzamelen, om onderzoeksparameters te vinden, of om hypothesen over die parameters te ontwikkelen. Een bijkomende verdienste is dat de techniek kan resulteren in het vinden van verbanden zonder dat daar vooraf bewust naar gezocht werd.

Stap III: Het bestuderen van het individu

De derde stap (III) van het model richt zich op het individuele subject, met behulp van de narratologie. De bij deze stap gehanteerde techniek is een uitvoerige fenomenologische ziekte-anamnese ofwel een diepte-interview, dat in de hedendaagse medisch-antropologische literatuur nogal eens met ziekte-narratief (*illness narrative*, Kleinman 1988) wordt aangeduid. Dit begrip is verwant aan de *thick description* uit de antropologische literatuur en de psychobiografie uit de persoonlijkheidspsychologie (McAdams en Ochberg 1988). Bij deze stap kan het ook zinvol zijn om een focusgroep van een of meer hulpverleners of medici over een casus te laten spreken. Of omgekeerd, de subjecten over zichzelf of over de hulpverleners te laten praten, afhankelijk van het focus van onderzoek. Voor het ontwikkelen van een onderzoeksinstrument is deze stap zinvol om voort te gaan met de inventarisatie en de aanvulling van concepten. Het gaat om het completeren van bij voorbeeld klachten in de lokale cultuur (van belang voor de conceptuele validiteit, zie verderop), om het inventariseren van emotiewoorden inclusief metaforen en ander idioom, en om het inventariseren van lichamelijke sensaties. De laatste twee zijn van belang voor de semantische validiteit, zoals verderop wordt besproken (zie De Jong 1992 a,b).

Stap IV: Het bereiken van member validity

De vierde stap (IV) impliceert een bijeenkomst van onderzoekers, vertegenwoordigers van de onderzoekspopulatie en collegae die ervaring hebben met dit onderzoeksgebied maar er zelf niet rechtstreeks bij zijn betrokken. De bijeenkomst heeft de vorm van een paneldiscussie waarbij de groep voor gedetailleerde besprekingen kan worden opgesplitst, bij voorbeeld wanneer de kwaliteit van de (terug)vertaling of de validiteit van diverse concepten wordt bediscussieerd (zie volgende stap). De betrokkenen proberen overeenstemming te bereiken over de probleemdefinitie, over mogelijke oplossingsstrategieën of over de keuze van bepaalde interventies. Voor de ontwikkeling van een onderzoeksinstrument wordt bekeken of de geïnventariseerde concepten relevant en omvattend zijn. Vervolgens worden de verzamelde concepten getoetst op hun inhoudelijke, semantische, conceptuele en technische validiteit (Flaherty e.a. 1988).

Inhoudelijke validiteit wil zeggen dat de inhoud van het instrument relevant moet zijn voor de cultuur waarvoor het wordt vertaald. Het verdient bij voorbeeld voor het opsporen van ‘depressieve’ gevoelens in een aantal Afrikaanse culturen de voorkeur om te vragen naar veel voorkomende klachten als ‘mieren kruipen onder de huid of in mijn hoofd’ of ‘het is alsof iemand met een nagel tegen de binnenkant van mijn schedel krabt’ of ‘het voelt alsof het klotst in mijn hoofd’, of om te vragen naar zielsverlies in plaats van naar een depressieve stemming. Inhoudelijke validiteit vertoont overeenkomst met het begrip semantische validiteit.

Semantische validiteit verwijst naar de vraag of een begrip in de te onderzoeken cultuur dezelfde betekenis heeft als het concept dat in de vragenlijst wordt gehanteerd. Voor ernstig getraumatiseerde Cambodjanen heeft bij voorbeeld de vertaling van het westerse begrip nachtmerrie in 'sramay' weinig betekenis omdat de droominhoud zich in waaktoestand gedurende de hele dag kan voortzetten.

Van *conceptuele validiteit* wordt gesproken wanneer de in het instrument geoperationaliseerde westers-psychiatrische of -psychologische categorie in de onderzochte cultuur op dezelfde wijze is samengesteld en als zodanig wordt herkend. Zo kan men zich naar aanleiding van het voorbeeld van 'sramay' in de Cambodjaanse cultuur afvragen of het zin heeft om in die cultuur het woord 'nachtmerrie' als PTSS-symptoom in een vragenlijst op te nemen. De antropoloog Obeyesekere (1985) beschrijft een ander voorbeeld van gebrek aan conceptuele validiteit dat hier enigszins vrij wordt vertaald. Stel dat een Zuidaziatische psychiater de beleving van seksualiteit onder Nederlandse mannen wil onderzoeken. Hij neemt in zijn vragenlijst het in Zuid-Azië relevant symptoom 'zaadverlies' op, laat de lijst keurig heen en terug vertalen door onafhankelijke vertalers, legt de lijst aan een toevallige steekproef van Hollanders voor en berekent de prevalentie van 'zaadverlies' onder de Nederlandse bevolking. Een dergelijke keurig uitgevoerde epidemiologische studie levert waarschijnlijk geen valide gegevens op, omdat het syndroom 'zaadverlies' geen betekenis of relevantie (meer) heeft in onze cultuur.

Ten slotte dient in de paneldiscussies de *technische validiteit* aan de orde te komen. Technische validiteit hangt samen met de vraag of het afnemen van onderzoeksinstrumenten in een andere cultuur verantwoord en zinvol is. Bij voorbeeld of de bedoeling van de interviewer begrepen wordt en of het probleem ook als zodanig door de respondent wordt onderkend (cave 'sociale wenselijkheid' en 'acquiescence set'), of de interviewer met een beladen instelling of organisatie wordt geassocieerd, of vragen zowel in bevestigende als ontkennende vorm gesteld dienen te worden, of er voldoende privacy is in de onderzoeksetting, of er rekening wordt gehouden met de optimale interpersoonlijke afstand in die cultuur, en of de afstand tussen interviewer en respondent in termen van sekse, etniciteit, sociaal-economische status of rurale/stedelijke achtergrond de communicatie verstoort (zie Pareek en Rao 1980; De Jong 1987, 1990; Richters 1991).

Na dit op culturele validering gerichte traject wordt vervolgens de gebruikelijke procedure toegepast om de psychometrische eigenschappen van het instrument te beoordelen met behulp van factoranalyses, intra- en interbeoordelaars betrouwbaarheid. Bij de volgende stap in het model kan zeer gedetailleerd informatie worden verzameld over de individuele beleving van normale of psychopathologische processen. Dit kan gebeuren met behulp van 'time budgeting', dagboeken of 'experience sampling' (De Vries e.a. 1988). De vragenlijsten hiervoor kunnen worden samengesteld met behulp van het in de voorgaande stappen verzamelde materiaal. Nadat het instrument op de hier beschreven wijze kwalitatief en kwantitatief is gevalideerd, kan het worden toegepast in een cultureel geïnformeerd epidemiologisch onderzoek op het niveau van de bevolking of op het niveau van een gezondheidsvoorziening. Na de hierboven beschreven culturele validering kan het onderzoek verder met behulp van een 'klassieke' methodologie worden verricht. Het instrument kan bij een aselechte gestratificeerde steekproef worden afgenomen en vervolgens kunnen prevalentie- en incidentiecijfers worden berekend.

Tot slot

Een pragmatisch onderzoeksmodel werd gepresenteerd voor het bestuderen van de mens binnen zijn psychosociale context. Dit model is een aanzet tot een ecologisch betrouwbare onderzoeksmethodologie. Een terugblik op het werk van Giel toont de groeiende complexiteit van de methodologie in ons vak. Het hier weergegeven kwantitatieve model beoogt een bijdrage te leveren aan de vergelijkende psychiatrie, zodat wij ons in het voetspoor van Giel minder vervreemd hoeven te

voelen van de 'vreemde zielen' om ons heen.

Om antwoord te geven op de vraag naar de plaats van de transculturele psychiatrie binnen de psychiatrie lijkt me dat de trans-, inter-, cross-culturele of etnopsychiatrie spoedig dient uit te groeien tot een volwaardige subspecialisatie in de psychiatrie. Binnenkort bestaat 40% van de randstadbevolking uit allochtone medeburgers. Ten aanzien van migranten en vluchtelingen tasten wij beroepsmatig nog vrijwel geheel in het duister. Dit betreft zowel de epidemiologie, de diagnostiek, het interculturaliseren van de zorg, als de effectiviteit van sociaal-psychiatrische en psychotherapeutische interventies onder jongeren, volwassenen en ouderen. Penitentiaire inrichtingen, opvanghuizen, CAD's en forensische klinieken dreigen overspoeld te raken door veelal gemarginaliseerde vertegenwoordigers van minderheidsgroepen. Er is een toenemende behoefte onder assistenten en studenten om geschoold te worden in de culturele aspecten van het vak. De derde wereld vraagt vaker om uitzending van psychiaters en psychologen in plaats van tropenartsen. Internationaal wordt regelmatig gevraagd naar de mogelijkheid om psychiaters en psychologen uit de derde wereld en het Westen bij te scholen in geestelijke gezondheidszorg of gedragsveranderingsstrategieën. Redenen te over om de transculturele psychiatrie een erkende plaats te geven als subspecialisatie binnen de psychiatrie. Een subspecialisatie die samenwerkt met en haar deskundigheid beschikbaar stelt aan zowel de klinische, sociale, biologische, kinder- als forensische psychiatrie.

Over de plaats van de sociale psychiatrie in ons vak zal ik kort zijn. De marginalisering van de sociale psychiatrie hangt mijns inziens meer samen met een dialectisch dan met een denkproces. Weinig vakgenoten zullen het belang van de biologische psychiatrie betwisten, maar tegelijkertijd is de bloei van dit subspecialisme een modeverschijnsel. Dit soort historische bewegingen uit zich ook in de permanente drang tot innovatie, waarbij zorginstellingen of hogere opleidingen moeten uitgroeien tot mammoetondernemingen om vervolgens weer tot kleinschaligheid en 'small is beautiful' gemaand te worden. Wie zal zich over twee decennia niet afvragen hoe wij ons in de beginjaren negentig hebben laten meesleuren in de schoon ogende waan van het onbeheersbare, multi-interpreteerbare en onuitgewerkte concept van het functionele denken? De sociale psychiatrie moet zich niet beperken tot psychiatrische epidemiologie, maar uitgroeien tot de wetenschap van de 'geestelijke volksgezondheid' of 'public mental health'. Naast de epidemiologie impliceert dit onder andere het opzetten van op preventie gerichte proefonderzoeken (randomized clinical trials), die op grond van een analyse van beschermende en risicofactoren bij hoge-risicogroepen tot theoriegestuurde interventieprojecten leiden. In haar nieuwe gedaante van 'public mental health' wordt de sociale psychiatrie het vak van de toekomst.

Literatuur

Agar, M.H., en R.O. Murdoch (1994), *Investigating recent trends in heroin use in Baltimore city: a pilot 'quantitative' research project*

. Center for Substance Abuse Research, Maryland.

Berry, J.W., Y.H. Poortinga, M.H. Segall en P.R. Dasen (1992), *Cross-cultural Psychology: Research and Applications*. Cambridge University Press, Cambridge.

Flaherty, J.A., F. Moises Gaviria, Dev Pathak e.a. (1988), Developing instruments for cross-cultural research. *Journal of Nervous and Mental Disease* 176, 257-263.

Giel, R. (1967a), Psychiatric morbidity in 200 Ethiopian medical outpatients. *Ethiopian Medical Journal* 5, 237-244.

- Giel, R. (1967b), The plight of the daily labourer in a coffee growing province of Ethiopia. *Tropical Geographical Medicine* 19, 304-308.
- Giel, R., en J.N. van Luijk (1968a), Psychiatrie in Ethiopië. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 112, 1164-1167.
- Giel, R., en J.N. van Luijk (1968b), The relevance of marital instability and a broken home in Ethiopian psychiatry. *Tropical Geographical Medicine* 20, 328-334.
- Giel, R., en J.N. van Luijk (1969), Psychiatric morbidity in a small Ethiopian town. *British Journal of Psychiatry* 115, 149-162.
- Giel, R., en J.N. van Luijk (1970), Psychiatric morbidity in 50 juvenile delinquents in Addis Abeba. *Social Psychiatry* 3, 183-186.
- Giel, R. (1984), *Vreemde zielen. Een sociaal-psychiatrische verkenning in andere culturen*. Boom, Amsterdam.
- Giel, R. (1990a), In het Palestijnse kamp. *Maandblad Geestelijke Gezondheidszorg* 45, 267-282.
- Giel, R. (1990b), Psychosocial processes in disasters. *International Journal of Mental Health* 19, 7-20.
- Giel, R. (1990c), De late gevolgen van rampzalige traumatische ervaringen. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 32, 50-61.
- Giel, R. (1991), The psychosocial aftermath of two major disasters in the Soviet Union. *Journal of Traumatic Stress* 4, 381-392.
- Guarnaccia, P.J., B.J. Good en A. Kleinman (1990), A critical review of epidemiological studies of Puerto Rican mental health. *American Journal of Psychiatry* 147, 1449-1456.
- Hahn, R.A. (1985), Culture-bound syndromes unbound. *Social Science and Medicine* 21, 165-173.
- Hermans, P., en J.T.V.M. de Jong (1992), Transcultureel onderzoek naar affectuïtingen. *De Psycholoog* 5, 206-212.
- Jong, J.T.V.M. de (1987), *A Descent into African Psychiatry*. Royal Tropical Institute, Amsterdam.
- Jong, J.T.V.M. de (1990), in: C. Schweigman en U.T. Bosma (red.), *Research and Development Cooperation*. Royal Tropical Institute, Amsterdam.
- Jong, J.T.V.M. de (1991a), Migranten zorg, een Janusbeleid? *Tijdschrift voor Psychiatrie* 33, 418-430.
- Jong, J.T.V.M. de (1991b), Slaapverlamming en angst rondom het slapen in verre en nabije culturen. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 33, 681-694.
- Jong, J.T.V.M. de (1991, 1992), *IPSER-WHO-WFMH Program on the identification, management, and prevention of psychosocial and mental health problems of refugees and victims of man-made disaster within primary health care*. Institute for Psychosocial and Socio-Ecological Research, Maastricht.

- Jong, J.T.V.M. de (1992a), Het universalisme-debat aan de hand van twee cultuurgebonden syndromen. Naar een nieuw paradigma in de vergelijkende psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 34, 684-699.
- Jong, J.T.V.M. de (1992b), Universalisme versus particularisme: van een achterhaalde leerstelling naar een nieuwe onderzoeksmethodologie. In: J.T.V.M. de Jong en R.J.M. Wesenbeek (red.), *Vervreemd of vreemdeling*. KIT, Amsterdam.
- Jong, J.T.V.M. de, en R.J.M. Wesenbeek (1992c), *Vervreemd of vreemdeling?* KIT, Amsterdam.
- Jong, J.T.V.M. de (1994a), Veelkleurigheid binnen de AGGZ: doelstellingen en kwaliteitstoetsing van interculturalisatie. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 36, 32-51.
- Jong, J.T.V.M. de, en M.M. van Schaik (1994b), Culturele en religieuze aspecten van rouw- en traumaverwerking naar aanleiding van de Bijlmerramp. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 36, 291-304.
- Jong, J.T.V.M. de, C.D. Kaplan en M.W. de Vries (1994c), *A pragmatic model for the study of man within his socio-cultural context*. In voorbereiding.
- Jurg, A.M., en J.T.V.M. de Jong (1992), *Traditionele genezers binnen de staatgezondheidszorg in Mozambique*. MINSAU, Maputo (Portugees).
- Kaplan, C.D., E. Ketzer, J.T.V.M. de Jong en M.W. de Vries (1993), Reaching a state of wellness: Multistage explorations in social neuroscience. *Social Neuro science Bulletin* 6, 6-8.
- Kaplan, C.D., D. Korf en C. Sterk (1987), Temporal and social contexts of heroin- using populations. *Journal of Nervous and Mental Disease* 175, 566-574.
- Kleinman, A. (1988), *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Conditions*. Basic Books, New York.
- Kleinman, A., en B. Good (1985), *Culture and Depression*. University of California Press, Berkeley.
- Krueger, R.A. (1988), *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. Sage Publications, Londen.
- Lewontin, R.C., S. Rose en L.J. Kamin (red.) (1984), *Not in our Genes: Biology, Ideology and Human Nature*. Pantheon, New York.
- Littlewood, R. (1990), From categories to contexts: a decade of 'new cross-cultural psychiatry'. *British Journal of Psychiatry* 156, 308-327.
- McAdams, D.P., en R.L. Ochberg (1988), *Psychobiography and Life Narratives*. Duke University Press, Londen.
- Obeyesekere, G. (1985), Depression, Buddhism and the work of culture in Shri Lanka. In: A. Kleinman en B. Good (red.), *Culture and Depression*. University of California Press, Berkeley.
- Pareek, U., en T.V. Rao (1980), Cross-Cultural Surveys and Interviewing. In: H.C. Triandis en W.W. Lambert (red.), *Handbook of Cross-Cultural Psychology, Volume 2*. Allyn & Bacon, Londen.

Ragghianti, M., en C. Mundell (1993), Investigating the heroin epidemic in Baltimore: Agar and Murdoch introduce SEWG and CESAR to 'quantitative' research. *CESAR Reports 3* (2), 1-2.

Richters, J.M. (1991), *De medisch antropoloog als verteller en vertaler*. Eburon, Delft.

Smith, G.S. (1989), Development of rapid epidemiological assessment methods to evaluate health status and delivery of health services. *International Journal of Epidemiology 18*, 2-15.

Uchelen, J.J. van, R. Hutter, R.G.V. Loeber, G.J. Westerveld, F.M. Wiersema, I.V.E. Carlier en B.P.R. Gersons (1993), *De Bijlmermeer-vliegramp: een onderzoek naar de psychische gevolgen bij getroffen en hun commentaar op de geboden nazorg*. AMC, Amsterdam.

Vries, M.W. de, C. Dijkman-Caes en Ph. Delespaul (1988), De ontbrekende schakel: diagnostiek in de natuurlijke omgeving. *Tijdschrift voor Psychiatrie 30*, 94- 113.

Vries, M.W. de, C.D. Kaplan en J.T.V.M. de Jong (1994), *Missing links in mental health research*. Ongepubliceerd rapport.

Summary: A quantitative model for ethnopsychiatric- epidemiologic research

In comparative research several aspects of human behavior are often neglected. Both cultural variables and the context in which the behavior occurs have to be studied on the population level and on the individual level in order to understand normal and deviant behavior. Another often neglected aspect is the fluctuation of psychopathology in time. A last common shortcoming, especially in cross-cultural research, is the use of western quantitative research instruments not based on culture-specific qualitative data. Especially with the development of new instruments qualitative and ethnographic data have to be collected as a basis for the design of quantitative instruments.

This paper presents a pragmatic step-wise model to collect data descending from the population level to the personal level. The multimethod hierarchical model uses a combination of qualitative and quantitative techniques - i.e., a *quantitative* approach - such as focus groups, key informant interviews, snow ball sampling, cluster sampling, experience sampling and population surveys. These techniques provide information on the context, the culture, and the time perspective. Simultaneously, ethnographic material is collected to conceptualize, construct or adapt a research instrument, which can then be transformed into a valid psychological or psychiatric instrument. Some examples are provided which clarify the use of our model in a number of studies in different cultures.

De auteur werkt bij de Vrije Universiteit/Psychiatrisch Centrum Amsterdam en bij de Rijksuniversiteit Limburg, Institute for Psychosocial and Socio-Ecological Research in Maastricht.

Adres: Durgerdammerdijk 180, 1026 CL Amsterdam.