

Verklaringen voor verschillen in psychiatrische stoornissen in een onderzoek onder migranten

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

ACHTERGROND In Nederland bestaan (psychiatrische) gezondheidsverschillen tussen migrantengroepen. Het is onduidelijk waar deze gezondheidsverschillen door verklaard kunnen worden.

DOEL In dit artikel wordt onderzocht of er sprake is van een verschil in omvang van psychiatrische stoornissen tussen de Turkse, Marokkaanse en Surinaamse respondenten van een in Amsterdam uitgevoerd gezondheidsonderzoek. Vervolgens wordt onderzocht welke factoren, die een relatie hebben met psychiatrische gezondheid, dit verschil kunnen verklaren.

METHODE Een steekproef van de Turkse ($n=648$), Marokkaanse ($n=102$) en Surinaamse ($n=311$) bevolking van Amsterdam werd onderzocht. De data zijn geanalyseerd met behulp van multivariate (hiërarchische) logistische regressie.

RESULTATEN Er is verschil in de omvang van psychiatrische stoornissen tussen de drie onderzochte migrantengroepen. De verschillen tussen de groepen hangen in belangrijke mate samen met bron van inkomsten, acculturatie, verblijfsduur, actief coping-gedrag en de aanwezigheid van een somatische aandoening.

CONCLUSIE De resultaten van dit onderzoek geven aan dat de rol van migrantspecifieke factoren genuanceerd moet worden, aangezien ook algemeen geldende factoren, zoals sociaal-economische status, comorbiditeit en coping-strategieën een belangrijke rol spelen bij het vóórkomen van psychiatrische problematiek. In de hulpverlening aan migranten zal hier nadrukkelijker rekening mee moeten worden gehouden.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 45 (2003) 6, 315-326]

TREFWOORDEN etniciteit, gezondheidsverschillen, migranten, psychiatrische stoornissen

Onderzoek heeft aangetoond dat er verschillen in psychiatrische gezondheid bestaan tussen verschillende migrantengroepen (Kessler e.a. 1994; Sundquist 1993; Sundquist e.a. 2000). Ook in Nederland zijn gezondheidsverschillen waargenomen tussen de verschillende migrantengroepen. Zo worden reumatische klachten vaker gemeld door Turkse Nederlanders (Centraal Bureau voor de Statistiek 1991) en zijn er aanwijzingen dat schizofrenie vaker voorkomt onder de Surinaams-Nederlandse bevolking, en minder

vaak onder de Turks-Nederlandse bevolking (Selden e.a. 2001).

In dit artikel komen de volgende onderzoeksvragen aan de orde: (1) Zijn er verschillen in psychiatrische gezondheid tussen de Turkse, de Marokkaanse en de Surinaamse migrantengroep?; (2) Verklaaren in eerder onderzoek gevonden factoren, die een relatie hebben met psychiatrische gezondheid, de verschillen in psychiatrische gezondheid tussen de drie migrantengroepen?

De factoren die een rol spelen bij psychiatrische problematiek zijn in dit artikel verdeeld in verschillende clusters: sociaal-demografisch, persoonsgebonden en migratie- en cultuurgebonden factoren.

Sociaal-demografische factoren Sekse, leeftijd, huwelijkse staat en sociaal-economische status zijn sociaal-demografische factoren die een rol spelen bij het vóórkomen van psychiatrische stoornissen. Uit onderzoek komt naar voren dat vrouwen gemiddeld genomen meer last hebben van stemmings- en angststoornissen, terwijl mannen meer kampen met alcohol- en middelenmisbruik en alcohol- en middelenverslaving. Echter, wanneer naar de totale prevalentie van psychiatrische stoornissen wordt gekeken, verschillen mannen en vrouwen niet of nauwelijks van elkaar (Andrews e.a. 2001; Bijl e.a. 1997; Kessler e.a. 1994). Met betrekking tot leeftijd geldt dat naarmate de leeftijd toeneemt, de jaarprevalentie van psychiatrische stoornissen afneemt (Andrews e.a. 2001; Bijl e.a. 1997; Kessler e.a. 1994). Psychiatrische stoornissen komen vaker voor bij personen zonder vaste partner (Andrews e.a. 2001; Bijl e.a. 1997; Vega e.a. 1998).

Verschillende aspecten van sociaal-economische status hebben een nadelig effect hebben op de gezondheid. Laagopgeleiden hebben gemiddeld meer psychiatrische klachten dan hogeropgeleiden (Andrews e.a. 2001; Bijl e.a. 1997; Kessler e.a. 1994). Hetzelfde geldt voor mensen met een laag inkomen (Bijl e.a. 1997; Kessler e.a. 1994). Daarnaast worden bij uitkeringsgerechtigden meer psychiatrische stoornissen gevonden dan bij studenten of werkenden (Andrews e.a. 2001; Bijl e.a. 1997; Jenkins, e.a. 1997; Vega e.a. 1998).

Persoonsgebonden factoren De effecten van coping en sociale steun op gezondheid zijn afhankelijk van de context en de specificatie van coping en sociale steun. Zowel coping als sociale steun kunnen directe als indirecte effecten hebben. Daarnaast beïnvloeden coping en sociale steun effecten van andere variabelen op gezondheid (Komproe & Rijken 1995).

Migratie- en cultuurgebonden factoren Een andere categorie factoren, die een rol spelen bij gezondheidsverschillen tussen migrantengroepen, betreft de migratieachtergrond. Vega e.a. (1998) vonden een relatie tussen de verblijfsduur in het immigratieland en het vóórkomen van een psychiatrische aandoening. Naarmate men langer in het immigratieland verbleef, nam de kans op een aandoening toe. Vooral middelenmisbruik en -afhankelijkheid namen toe met de duur van het verblijf. Uit ditzelfde onderzoek bleek dat de tweede generatie Mexicaanse migranten in de Verenigde Staten aanzienlijk meer last had van stemmings- en angststoornissen en drugsverslaving dan de eerste generatie.

De rol van migratie- en cultuurgebonden factoren wordt in grote mate bepaald door de mate van *acculturatie* van een individu. *Acculturatie* is een complex begrip, dat betrekking heeft op de sociale, culturele en psychologische processen die een rol spelen bij de aanpassing aan een nieuw samenleving (Berry 1990). De complexiteit blijkt tevens uit de tegenstrijdige onderzoeksresultaten in relatie met psychiatrische gezondheid. Onderzoek onder Mexicaanse migranten in de Verenigde Staten (Burnam e.a. 1987) liet zien dat de hoger geaccultureerde migranten meer psychische klachten hadden dan lager geaccultureerde migranten. Zij hadden in het bijzonder meer last van angststoornissen en waren vaker alcohol- of drugsverslaafd. Sundquist e.a. (2000) daarentegen toonden aan dat lager geaccultureerde migranten in Zweden een grotere kans hadden op psychische klachten.

In hoeverre de bovenstaande factoren een verklaring kunnen bieden voor verschillen in het vóórkomen van psychiatrische stoornissen tussen migrantengroepen in Nederland is tot nu toe niet onderzocht.

METHODE

Personen Dit onderzoek is onderdeel van een cross-sectioneel onderzoek naar psychische klach-

ten en hulpzoekgedrag onder de Surinaamse, Turkse en Marokkaanse bevolking van Amsterdam. Het behoren tot een van deze drie migrantengroepen werd bepaald volgens de Landelijke Basisclassificatie op grond van het eigen geboorteland en/of het geboorteland van de ouders (O+S 1996). De respondenten zijn geworven via aselechte steekproeven en *multi-entry* sneeuwbalwerving in de periode 1998-2000.

Van het Bevolkingsregister Amsterdam is een aselechte steekproef aangekocht, bestaande uit de adresgegevens van 6000 Turkse, Surinaamse en Marokkaanse inwoners van Amsterdam in de leeftijd van 18 tot 65 jaar. De steekproef was gestratificeerd op sekse en wijk. De eerste stap in de benadering was het versturen van een tweetalige uitnodigingsbrief, met daarin een aanbeveling voor deelname door iemand met aanzien binnen de gemeenschap. Vervolgens werden de respondenten (zoveel mogelijk) gekoppeld aan op sekse, etniciteit en taal gematchte interviewers. De interviewers benaderden de respondenten door deze tot vijfmaal toe, op verschillende momenten van de dag, te bezoeken. Het interview werd, afhankelijk van de wens van de respondent, thuis of in een neutrale interviewruimte afgenomen. Respondenten ontvingen een VVV-bon van 25 gulden. Tegelijkertijd met de werving is informatie over het onderzoek verspreid via lokale media, buurthuizen, gezondheidscentra, buurtwinkels, koffiehuisen, religieuze verenigingen, migrantenverenigingen, enz. Tijdens de werving bleek dat sommige migrantengroepen bijzonder moeilijk bereikbaar waren (bijvoorbeeld Turkse vrouwen en Surinaamse mannen). Daarom werd besloten tevens gebruik te maken van *multi-entry* sneeuwbalwerving om vooral deze moeilijk bereikbare groepen in het onderzoek te betrekken (Kaplan e.a. 1987). Bij *multi-entry* sneeuwbalwerving worden vele verschillende ingangen/contacten gebruikt om mogelijke respondenten te benaderen. Binnen dit onderzoek werd gebruikgemaakt van contactpersonen in koffiehuisen, migrantenverenigingen, moskeeën, kerkgemeenschappen, buurthuizen en dergelijke.

Aan de contactpersonen werd gevraagd drie personen te noemen voor vervolgwerving. Een aselechte keuze bepaalde wie van deze personen vervolgens benaderd werd voor een interview. Indien deze persoon onbenaderbaar bleek of weigerde, werd een volgende persoon gekozen. Aan de nieuwe geïnterviewde respondent vroeg men vervolgens opnieuw drie personen te noemen, enz.

Meetinstrumenten Het interview bestond uit verschillende vragenlijsten om de onderzoeksvariabelen in kaart te brengen. 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 driestapenmethode. Allereerst werd achterhaald of vertalingen van het instrument reeds in Nederland of elders aanwezig waren. Wanneer dat niet het geval was, werd het instrument vertaald via de methode van heen-en-terugvertalen. Vervolgens werden de vertalingen op inhoudelijke en taalkundige overeenkomst gecontroleerd en aangepast in consensusvertalingsgroepen, waarin tweetalige experts zitting hadden. De vertaalde instrumenten werden geëvalueerd tijdens de pilotfase.

De volgende socio-demografische gegevens zijn in kaart gebracht: sekse, leeftijd, burgerlijke staat, het hebben van een vaste relatie, opleiding, bron en hoogte van inkomsten. Als migratiekenmerken zijn verblijfsduur in Nederland, migratieleeftijd, het behoren tot de eerste of tweede generatie (aan de hand van het geboorteland) en urbanisatiegraad van het gebied waar men is opgegroeid geselecteerd. Het niveau van acculturatie is bepaald met de *Lowlands Acculturation Scale* (LAS, Mooren e.a. 2001). De LAS bestaat uit 37 stellingen. Een 6-item-Likertschaal is gebruikt om aan te geven in hoeverre men het eens of oneens was met de stellingen. Op basis van de percentielscores zijn de totaalscores ingedeeld in 3 categorieën, te weten: hoog-, midden- en laaggeaccultureerd.

De coping-gedragingen die aan een gebeurtenis gerelateerd zijn, zijn in dit onderzoek vastgesteld met behulp van een verkorte versie (15 items) van de Utrechtse Coping Lijst (Scheurs e.a. 1993). Deze verkorte vragenlijst maakt het mogelijk om de 3 belangrijkste coping-gedragingen in kaart te brengen, te weten 'actief aanpakken' (Cronbachs $\alpha = 0,76$), 'palliatief/vermijden' (Cronbachs $\alpha = 0,62$), en 'steun zoeken' (Cronbachs $\alpha = 0,76$) (Komproe & Rijken 1995). Het item 'afleiding zoeken' is uit de schaal 'palliatief/vermijdende' coping verwijderd wegens onvoldoende item-totaalcorrelatie. Daarnaast is het religieuze coping-gedrag in kaart gebracht (2 items), omdat dit gedrag relevant geacht wordt voor de onderzoeksgroepen (correlatie = 0,23). Voor de analyses zijn de scores op de subschalen gebruikt.

De ontvangen sociale steun is in dit onderzoek vastgesteld aan de hand van een verkorte versie (19 items) van de Sociale Steun Lijst-Interactieversie (Van Sonderen 1993). Van deze lijst zijn de subschalen 'emotionele steun' (Cronbachs $\alpha = 0,78$), 'instrumentele steun' (Cronbachs $\alpha = 0,64$) en 'informatieve steun' (Cronbachs $\alpha = 0,59$) opgenomen in het interview. Deze drie typen van steun zoeken zouden het belangrijkste zijn in relatie tot gezondheid en welzijn (Komproe & Rijken 1995). Voor de analyses zijn de scores op de subschalen gebruikt.

De aan- of afwezigheid van ziekten is in navolging van het NEMESIS-onderzoek (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study, Bijl & van Zessen 1995) vastgesteld aan de hand van een lijst van 31 chronische somatische aandoeningen, zoals astma, diabetes en multiple sclerose. Aan de respondenten werd gevraagd aan te geven of zij in het afgelopen jaar last hadden gehad van een van deze aandoeningen.

De CIDI 1.1 (Composite International Diagnostic Interview, versie 1.1, Wittchen 1994) is gebruikt om de twaalfmaandsprevalentie van psychiatrische stoornissen in engere zin te bepalen. Versie 1.1 is, in tegenstelling tot de latere versies, in een groot aantal landen en culturen vertaald en op culturele validiteit getest (Wittchen

1994), waaronder Turkije (Kuscu e.a. 1996), Suriname (Bogers 1996), Gaza en Algerije (De Jong e.a. 2001). Gebruik van deze versie maakt het tevens mogelijk vergelijkingen te maken met autochtone Nederlanders (Bijl e.a. 1997). De CIDI stelt as-I-stoornissen vast volgens DSM-III-R-criteria. Er zijn modules om de volgende stoornissen te bepalen: somatoforme stoornissen, angststoornissen, depressieve stoornissen, bipolaire stoornis, schizofrenie, eetstoornissen, alcoholmisbruik en -afhankelijkheid, obsessieve compulsieve stoornis, drugs- of medicijnenmisbruik en -afhankelijkheid.

Statistische procedure Alle variabelen zijn door middel van univariate toetsen (vergelijken van categorieën: chi-kwadraattoets; vergelijken van gemiddelden van groepen: F-toets) getoetst op verschillen tussen de drie migrantengroepen.

De relaties tussen het groeps lidmaatschap, socio-demografische, persoonsgebonden, migratie- en acculturatiegebonden variabelen, en psychiatrische gezondheid zijn met zowel univariate als multivariate logistische regressieanalyses vastgesteld. De multivariate logistische regressieanalyse bestond uit 6 stappen: (1) groeps lidmaatschap (het behoren tot de Turkse, Marokkaanse of Surinaamse onderzoeksgroep); (2) sociaal-demografie; (3) migratie; (4) coping; (5) sociale steun; en (6) somatische gezondheidstoestand. Variabelen die geen significante relatie met psychiatrische gezondheid bleken te hebben, werden uitgesloten van verdere analyse in de volgende stappen.

RESULTATEN

Voor de onderstaande analyses is gebruikgemaakt van de gegevens van 1061 respondenten van Surinaamse ($n = 311$), Turkse ($n = 648$) of Marokkaanse ($n = 102$) afkomst.

Van de Surinaamse respondenten bleek 31% in de afgelopen 12 maanden last te hebben gehad van een psychiatrische stoornis. Dit percentage verschilde significant van het percentage psy-

TABEL 1 Sociaal-demografische gegevens, migratiegegevens en acculturatiegegevens van de Surinaamse, Turkse en Marokkaanse groep

	Surinaams (N=311)	Turks (N=648)	Marokkaans (N=102)
Sekse*; n (%)			
Man	61 (20)	370 (57)	64 (63)
Vrouw	250 (80)	278 (43)	38 (37)
Gemiddelde leeftijd* (jaren); (SD; range)	38,9 (12,3; 18-65)	32,0 (10,8; 18-65)	28,5 (10,5; 18-60)
Burgerlijke staat*; n (%)			
Getrouwd	73 (24)	461 (71)	31 (30)
Ongetrouwd	177 (57)	151 (23)	66 (65)
Gescheiden	48 (15)	24 (4)	5 (5)
Weduwe	13 (4)	12 (2)	0 (0)
Partner*; n (%)			
Ja	149 (48)	472 (73)	44 (43)
Nee	162 (52)	176 (27)	58 (57)
Opleiding*; n (%)			
Geen/ Lo.	25 (8)	246 (38)	16 (16)
LBO-MAVO	122 (40)	131 (20)	24 (24)
MBO-VWO	99 (32)	184 (29)	32 (32)
HBO-VWO	61 (20)	85 (13)	28 (28)
Bron van inkomsten*; n (%)			
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)
Gemiddelde inkomen*; (SD)	f 2435,- (1327,-)	f 2278,- (1028,-)	f 2040,- (1432,-)
Acculturatieniveau*; n(%)			
Laag	29 (10)	278 (47)	14 (16)
Midden	87 (30)	207 (35)	31 (35)
Hoog	175 (60)	103 (18)	44 (49)
Generatie; n (%)			
Eerste generatie	268 (86)	538 (83)	83 (81)
Tweede generatie	43 (14)	110 (17)	19 (19)
Gemiddelde verblijfsduur* (jaren); (SD)	21,3 (9,1)	17,2 (7,5)	14,2 (8,4)
Gemiddelde migratieleeftijd* (jaren); (SD)	17,5 (12,6)	14,6 (10,8)	14,5 (11,2)
Urbanisatiegraad jeugd*; n (%)			
Stad	245 (81)	444 (70)	74 (75)
Platteland	57 (19)	190 (30)	25 (25)

 * $p < 0,05$

SD = standaarddeviatie

TABEL 2 Coping-gedrag, ontvangen sociale steun en somatische klachten van de Surinaamse, Turkse en Marokkaanse groep

	Surinaams (N = 311)	Turks (N = 648)	Marokkaans (N = 102)
	Gemiddelde (SD)	Gemiddelde (SD)	Gemiddelde (SD)
<i>Copinggedrag</i>			
Actieve coping	15,0 (2,8)	15,2 (2,8)	14,9 (4,0)
Steun zoeken*	11,1 (3,4)	12,8 (3,2)	12,0 (3,0)
Vermijdend/palliatief*	7,7 (2,3)	10,8 (2,2)	8,9 (2,4)
Religieus*	3,9 (1,4)	5,4 (1,6)	4,1 (1,8)
<i>Ontvangen sociale steun</i>			
Emotionele steun*	9,8 (1,9)	9,1 (1,8)	9,3 (1,8)
Instrumentele steun*	10,3 (1,7)	9,5 (1,8)	9,7 (1,7)
Informatieve steun*	5,3 (1,2)	5,0 (1,2)	5,0 (1,3)
	n (%)	n (%)	n (%)
<i>Gezondheid</i>			
Somatische aandoening*	165 (53)	229 (37)	23 (23)

* $p < 0,05$

SD = standaarddeviatie

chiatrische stoornissen onder de Turkse en Marokkaanse respondenten: respectievelijk 13% ($\chi^2(1) = 44,2$; $p < 0,001$) en 20% ($\chi^2(1) = 4,4$; $p = 0,04$). Het verschil tussen de Turkse en Marokkaanse respondenten onderling bleek niet significant ($p > 0,05$).

De drie migrantengroepen vertoonden aanzienlijke verschillen met betrekking tot de sociaal-demografische gegevens, de migratiegegevens en het niveau van acculturatie (zie tabel 1). De drie groepen kwamen overeen met betrekking tot de verdeling over de generaties. De drie onderzoeksgroepen verschilden in coping-gedrag, ontvangen sociale steun en de aanwezigheid van chronische somatische aandoeningen (tabel 2). Alleen de mate waarin de drie groepen

gebruikmaakten van actief coping-gedrag verschilde niet significant.

Het model, zoals dat naar voren kwam na de multivariate logistische regressieanalyses ($\chi^2(10) = 136,5$; $p < 0,001$) staat beschreven in tabel 3. Verschillende variabelen spelen een belangrijke rol in de verklaring van psychiatrische gezondheidsverschillen tussen Surinaamse, Turkse en Marokkaanse migranten: bron van inkomsten, niveau van acculturatie, verblijfsduur in Nederland, actief coping-gedrag en de aanwezigheid van een chronische somatische aandoening. Na controle voor de significante variabelen blijken psychiatrische stoornissen vaker voor te komen in de Surinaamse groep dan in de Turkse groep, maar niet vaker dan in de Marokkaanse groep.

TABEL 3 Odds ratio's (univariaat en multivariaat) van variabelen die een relatie hebben met de aanwezigheid van een psychiatrische stoornis in de gehele respondentengroep

	Odds ratio (95%-BI) univariaat	Odds ratio (95%-BI) multivariaat
Migrantengroep		
Surinaams vs. Turks	0,35 (0,25-0,48)*	0,29 (0,19-0,46)*
Surinaams vs. Marokkaans	0,55 (0,32-0,94)*	0,55 (0,26-1,17)
Bron van inkomsten		
Arbeid vs. uitkering	2,54 (1,82-3,54)*	2,24 (1,51-3,34)*
Arbeid vs. studiefinanciering	1,43 (0,82-2,52)	1,47 (0,72-2,98)
Arbeid vs. geen eigen inkomsten/alimentatie		
	1,50 (0,64-3,53)	1,18 (0,43-3,26)
Acculturatieniveau		
Hoog vs. midden	1,09 (0,74-1,61)	1,56 (0,97-2,53)
Hoog vs. laag	1,07 (0,72-1,58)	1,84 (1,05-3,20)*
Verblijfsduur in Nederland		
	1,04 (1,02-1,06)*	1,02 (1,00-1,05)*
Actief coping-gedrag		
	0,88 (0,83-0,93)*	0,87 (0,81-0,92)*
Somatische aandoening		
	3,64 (2,63-5,04)*	2,77 (1,89-4,05)*

 * $p < 0,05$

BI = betrouwbaarheidsinterval

BESPREKING

Verschillen tussen groepen In dit artikel komt naar voren dat psychiatrische stoornissen niet in gelijke mate voorkomen bij de onderzochte Turkse, Marokkaanse en Surinaamse respondenten. Bij de drie groepen werden echter ook verschillen gevonden in andere variabelen die een relatie hebben met psychiatrische morbiditeit.

Na controle voor deze variabelen blijkt dat psychiatrische stoornissen vaker voorkomen binnen de Surinaamse groep dan binnen de Turkse groep, maar niet vaker dan binnen de Marokkaanse groep. De bevinding dat verschillen in psychiatrische gezondheid tussen migrantengroepen samengaan met verschillen in sociaal-demografische variabelen, migratie- en gezondheidsvariabelen, alsmede met verschillen op het niveau van acculturatie, levensstijl, en sociaal netwerk, lijkt overeen te komen met het onderzoek van Sundquist (1993). In dit onderzoek, waarbij

drie groepen worden vergeleken, blijft echter onduidelijk welke rol het behoren tot een migrantengroep speelt bij het vóórkomen van psychiatrische stoornissen.

Deze onduidelijkheid hangt samen met het feit dat een aantal potentieel verklarende (culturele) variabelen niet zijn meegenomen in de analyses. Zo kan men de in dit onderzoek betrokken migrantengroepen onderverdelen naar etnisch-culturele identiteit, bijvoorbeeld Surinaams-Hindostaans, Koerdisch, berbers. Onduidelijk is in hoeverre deze etnisch-culturele verschillen binnen de migrantengroepen een relatie hebben met het vóórkomen van psychiatrische stoornissen. Daarnaast zijn er tussen de migrantengroepen verschillen met betrekking tot hun migratieverleden. De Turkse en Marokkaanse migranten zijn vanaf het begin van de jaren zestig als arbeidsmigrant naar Nederland gekomen, terwijl de migratie van de Surinamers naar Nederland in het verlengde ligt van het koloniale verleden van

beide landen (Penninx 1996). De verschillen in migratiemotieven en migratiegeschiedenis hebben invloed op het functioneren van deze groepen in de Nederlandse samenleving. Bovendien zijn er verschillen tussen de groepen aangaande de acceptatie of de weerstand die zij ervaren van de Nederlandse bevolking. Van Bekkum e.a. (1996) gaven al aan dat maatschappelijke intolerantie en 'minorisering' een negatief effect kunnen hebben op de gezondheid van migranten in Nederland. Verder is de invloed die premigratieselectie van mensen met psychiatrische klachten heeft op het vóórkomen van gezondheidsverschillen tussen migrantengroepen nog een onderwerp van discussie (Bogers e.a. 2000; Selten e.a. 2001).

Onduidelijk is ook welke invloed levensstijl heeft op het vóórkomen van de verschillen tussen de migrantengroepen (Van Wersch e.a. 1997; Sundquist 1993). Verschillen tussen migrantengroepen komen ook tot uiting in cultureel-maatschappelijke factoren zoals religie, gewoonten, normen en waarden. Hoewel sommige auteurs vasthouden aan de gedachte dat alle ziekten universeel van aard zijn en anderen vooral de culturele aspecten benadrukken, gaan de meeste auteurs uit van de veronderstelling dat psychische klachten weliswaar universele kenmerken hebben, maar dat de ernst, frequentie en uitingsvorm onderhevig zijn aan culturele invloeden (Giel 1984; Kortmann 1989; De Jong 1992; Knipscheer & Kleber 1998). Opvattingen over oorzaak, uitingsvorm en hulpbehoefte worden volgens Kleinman (1980) bepaald door cultuurgebonden verklaringenmodellen. Een cultureel bepaald taboe op psychiatrische klachten kan ertoe leiden dat minder of andersoortige klachten geuit worden dan gebruikelijk.

Relaties tussen verschillende variabelen en psychiatrische gezondheidsverschillen In dit onderzoek zijn relaties tussen verschillende variabelen en psychiatrische gezondheidsverschillen naar voren gekomen die grotendeels overeenkomen met bevindingen uit andere onderzoeken (zoals Bijl e.a. 1997; Sundquist e.a. 2000).

Uit verscheidene onderzoeken komt de negatieve invloed van een lage sociaal-economische status op de psychiatrische gezondheid naar voren (Andrews e.a. 2001; Bijl e.a. 1997; Kessler e.a. 1994; Sundquist 1993; Sundquist e.a. 2000; Vega e.a. 1998). In deze onderzoeken hebben personen met een uitkering aanzienlijk vaker een psychiatrische stoornis dan degenen met inkomsten uit arbeid of studiefinanciering. In dit onderzoek is gevonden dat de hoogte van het inkomen geen relatie heeft met het vóórkomen van psychische stoornissen. De bevinding dat het type inkomstenbron een belangrijkere rol speelt bij het vóórkomen van psychiatrische stoornissen dan de hoogte van de inkomsten zelf, zou verklaard kunnen worden door het gegeven dat mensen met psychiatrische klachten vaker problemen hebben met arbeidsparticipatie en op grond daarvan afhankelijk zijn van een uitkering (Johnson e.a. 1999). Een relatie tussen het vóórkomen van psychiatrische stoornissen en sekse kon niet worden aangetoond en deze bevinding is consistent met ander onderzoek (Bijl e.a. 1997; Kessler e.a. 1994; Vega e.a. 1998; Andrews e.a. 2001).

Sommige bevindingen komen niet overeen met die van ander onderzoek. Zo werd in dit onderzoek geen relatie tussen opleiding en psychiatrische gezondheid gevonden. Deze werd wel gevonden in grote bevolkingsonderzoeken (Bijl e.a. 1997; Andrews e.a. 2001; Kessler e.a. 1994). De bevinding komt echter wel overeen met die van Vega e.a. (1998) onder Mexicaanse migranten in de vs. Bij de onderzochte Surinaamse, Turkse en Marokkaanse migranten werden geen relaties gevonden tussen psychiatrische stoornissen en respectievelijk burgerlijke staat (het hebben van een relatie) en leeftijd, terwijl deze relaties wel gevonden werden in de andere onderzoeken (Bijl e.a. 1997; Andrews e.a. 2001; Kessler e.a. 1994).

In dit onderzoek werden verschillende vormen van coping en sociale steun betrokken. Alleen het actieve coping-gedrag vertoonde een relatie met psychiatrische gezondheidsverschillen: naarmate men vaker gebruikmaakt van actief coping-gedrag, neemt de aanwezigheid van psy-

chiatrische stoornissen af. In de literatuur zijn wel verschillende vormen van coping en sociale steun gevonden die een relatie hebben met mentale gezondheid (Komproe & Rijken 1995; Emmelkamp e.a. 2002). Het betrof hier echter wel andere groepen en andere operationalisering van mentale gezondheid. Onze bevinding werpt een nieuw licht op de teleurstellende resultaten van de ggz-hulpverlening aan migranten. Coping-gedrag en sociale steun kunnen gezien worden als belangrijke aangrijpingspunten voor psychosociale hulpverlening, bijvoorbeeld binnen de cognitieve therapieën (Albersnagel & Boelens 1991). Het ontbreken van duidelijke relaties tussen coping-gedrag, sociale steun en mentale gezondheid zou een aanwijzing kunnen zijn dat deze variabelen een andere relatie hebben met mentale gezondheid bij deze onderzoeksgroepen. Nader onderzoek zou hier uitsluitsel over kunnen geven.

De in dit onderzoek gevonden relatie tussen verblijfsduur en het vóórkomen van psychiatrische stoornissen komt overeen met de bevindingen van Vega e.a. (1998). In hoeverre de hoge correlatie tussen leeftijd en lengte van verblijfsduur een rol speelt bij deze bevinding is onduidelijk. Er werd gevonden dat personen die meer geaccultureerd waren minder stoornissen hadden. Deze relatie is eerder aangetoond (Burnam e.a. 1987). Sundquist e.a. (2000) vonden deze relatie niet. Meer aandacht voor de operationalisering van acculturatie (bv. taalbeheersing) zou meer inzicht in deze relatie kunnen geven.

Beperkingen van het onderzoek Dit onderzoek heeft een aantal beperkingen. De cross-culturele betrouwbaarheid en de validiteit van de gebruikte vragenlijsten voor de onderzochte migrantengroepen zijn onbekend. Wij hebben verschillende acties ondernomen om betrouwbare gegevens te verzamelen. Ten eerste is gekozen voor instrumenten waarvan in diverse andere onderzoeken is aangetoond dat zij bij verschillende groepen over goede psychometrische eigenschappen beschikken. De in dit onderzoek gebruikte CIDI 1.1

was eerder aangepast voor onderzoek bij Turkse en Surinaamse respondenten (Kuscu e.a. 1996; Bogers 1996). Verscheidene onderzoeken hebben aangetoond dat de CIDI een betrouwbaar en valide instrument is om psychiatrische stoornissen vast te stellen (Wittchen 1994; Andrews & Peters 1998). Daarnaast hebben wij de andere vertaalde vragenlijsten laten beoordelen door consensusgroepen op de semantische validiteit en zo nodig aangepast. De vragenlijsten zijn bovendien afgenomen door interviewers die met betrekking tot sekse, leeftijdscategorie, etniciteit en taal zoveel mogelijk overeenkwamen met de respondenten. De geringe aantallen Marokkanen en Surinaamse mannen beperken de generaliseerbaarheid van de resultaten. De karakteristieken van de Surinaamse vrouwen en de Turken (mannen en vrouwen) lijken in grote lijnen op de bevolkingskarakteristieken voor deze groepen (niet-gerapporteerde analyses). De Marokkaanse respondenten waren gemiddeld jonger en hadden een hogere opleiding genoten dan de Nederlands-Marokkaanse bevolking (Kamperman e.a. 2000; O+S 1999).

CONCLUSIE

Samenvattend kan worden gesteld dat de resultaten van dit onderzoek de rol van migranten- en cultuurspecifieke factoren aangaande psychiatrische gezondheid nuanceren. Immers, ook algemeen geldende factoren als sociaal-economische status, comorbiditeit en coping-strategieën spelen een belangrijke rol in het vóórkomen van psychiatrische problematiek. Ggz-hulpverlening aan migranten, die zich uitsluitend richt op migrant-specifieke of algemeen geldende principes zal daarom niet de gewenste resultaten boeken.

LITERATUUR

- Albersnagel, F.A., & Boelens, W. (1991). Cognitieve therapie. In W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp (Red.), *Handboek psychopathologie. Deel 2* (pp. 97-107). Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum.

- Andrews, G., Henderson, S., & Hall, W. (2001). Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation. Overview of the Australian National Mental Health Survey. *British Journal of Psychiatry*, 178, 145-153.
- Andrews, G., & Peters, L. (1998). The psychometric properties of the Composite International Diagnostic Interview. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 80-88.
- 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. 35-60). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Berry, J.W. (1990). Acculturation and adaptation: a general framework. In W.H. Holtzman & T.H. Borneman (Red.), *Mental health of immigrants and refugees* (pp. 90-102). Austin: Hogg Foundation for Mental Health.
- Bogers, J.P. (1996). Testen van categorieën en items van de GHQ (Goldberg) en CIDI (WHO) in Suriname (Interne rapportage). Paramaribo, Suriname: TPO.
- Bogers, J.P., de Jong, J.T., & Komproe, I.H. (2000). Schizophrenia among Surinamese in the Netherlands: high admission rates not explained by high emigration rates. *Psychological Medicine*, 30, 1425-1431.
- Bijl, R.V., & van Zessen, G. (1995). Protocol NEMESIS, Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (3de editie). Utrecht: Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid.
- 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.
- Burnam, M.A., Hough, R.L., Karno, M., e.a. (1987). Acculturation and lifetime prevalence of psychiatric disorders among Mexican Americans in Los Angeles. *Journal of Health and Social Behavior*, 28, 89-102.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (1991). *De Gezondheidsenquête Turkse ingezetenen in Nederland 1989/1990*. Den Haag: SDU Uitgeverij.
- Emmelkamp, J., Komproe, I.H., van Ommeren, M., e.a. (2002). The relation between coping, social support and psychological and somatic symptoms among torture survivors in Nepal. *Psychological Medicine*, 32, 1465-1470.
- Giel, R. (1984). *Vreemde zielen*. Meppel: Boom.
- Graafma, T., & Tiekens, J. (1987). Leven in een conditie migrante. In P.A.Q.M. Lamers (Red.), *Hulpverlening aan migranten* (pp. 26-34). Alphen a/d Rijn: Samsom Stafleu.
- Jenkins, R., Lewis, G., Bebbington, P., e.a. (1997). The National Psychiatric Morbidity surveys of Great Britain – initial findings from the household survey. *Psychological Medicine*, 27, 775-789.
- Johnson, J.G., Cohen, P., Dohrenwend, B.P., e.a. (1999). A longitudinal investigation of social causation and social selection processes involved in the association between socioeconomic status and psychiatric disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 490-499.
- Jong, J.T.V.M. de. (1992). Het universalismedebat aan de hand van twee cultuurgebonden syndromen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 34, 684-699.
- Jong, J.T. de, Komproe, I.H., van Ommeren, M., e.a. (2001). Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. *JAMA*, 286, 555-562.
- Kamperman, A.M., de Jong, J.T.V.M., Komproe, I.H., e.a. (2000). Aard en omvang van psychiatrische en psychosociale problematiek. Basisbevindingen van de epidemiologische studie naar psychopathologie onder migranten in Amsterdam 1998-2000. Amsterdam: Transcultural Psychosocial Organisation.
- 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., McGonagle, K.A., Zhao, 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.
- Kleinman, A.M. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.
- Knipscheer, J.W., & Kleber, R.J. (1998). Migranten, psychische (on)gezondheid en hulpverlening. *De Psycholoog*, 33, 151-157.
- Komproe, I.H., & Rijken, P.M. (1995). *Social support for elderly women with cancer: helpful or harmful?* Proefschrift. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Kortmann, F.A.M. (1989). Psychiatrische ziekten: universeel of cultuurgebonden? *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 44, 16-30.
- Kuscu, K., Hazer, F., & Arzik, A. (1996). Results of the validation study (Interne notitie). Istanbul, Turkije: Marmara Universiteit, faculteit geneeskunde.
- Mooren, T., Knipscheer, J., Kamperman, A., e.a. (2001). The Lowlands Acculturation Scale. Validity of an adaptation measure among migrants in The Netherlands. In T.M. Mooren, *The impact of war* (pp. 49-70). Proefschrift. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- O+S, het Amsterdamse Bureau voor Onderzoek en Statistiek. (1996). *Amsterdam in acht etnische groepen*. Amsterdam: O+S.

- O+S, het Amsterdamse Bureau voor Onderzoek en Statistiek. (1999). *Amsterdam in cijfers, jaarboek 1999*. Amsterdam: O+S.
- Penninx, R. (1996). De Nederlandse samenleving en haar immigranten. In J. de Jong & M. van den Berg (Red.), *Transculturele psychiatrie en psychotherapie* (pp. 11-20). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Scheurs, P.J.G., van de Willige, G., Tellegen, B., e.a. (1993). *De Utrechtse Coping Lijst. Handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Selten, J.P., Veen, N., Feller, W., e.a. (2001). Incidence of psychotic disorders in immigrant groups to The Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 178, 367-372.
- Sonderen, E. van. (1993). *Het meten van sociale steun met de Sociale Steun Lijst-Interacties (SSL-I) en Sociale Steun Lijst-Discrepanties (SSL-D). Een handleiding*. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Rijksuniversiteit Groningen.
- Sundquist, J. (1993). Ethnicity as a risk factor for mental illness. A population-based study of 338 Latin American refugees and 996 age-, sex- and education-matched Swedish controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 208-212.
- Sundquist, J., Bayard-Burfield, L., Johansson, L.M., e.a. (2000). Impact of ethnicity, violence and acculturation on displaced migrants: psychological distress and psychosomatic complaints among refugees in Sweden. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 357-365.
- Vega, W.A., Kolody, B., Aguilar-Gaxiola, S., e.a. (1998). Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California. *Archives of General Psychiatry*, 55, 771-778.
- Wersch, S.F.M. van, Uniken Venema, H.P., & Schulpen, T.W.J. (1997). De gezondheidstoestand van allochtonen. In RIVM, *Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 1997* (pp. 199-223). Den Haag: SDU Uitgeverij.
- Wittchen, H.U. (1994). Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *Journal of Psychiatric Research*, 28, 57-84.

AUTEURS

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

I.H. KOMPROE is psycholoog en is werkzaam als hoofd-onderzoeker bij TPO.

J.T.V.M. DE JONG is transcultureel psychiater en is directeur van TPO en als hoogleraar verbonden aan de Vrije Universiteit te Amsterdam.

Correspondentieadres: drs. A.M. Kamperman, TPO (Transcultural Psychosocial Organisation), Keizersgracht 329, 1016 EE Amsterdam. Telefoon: (020) 6200005, fax: (020) 4223534.

E-mail: akamperman.tpo@pom.nl.

Geen stijldige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 26-3-2003.

SUMMARY

Explanations for differences in psychiatric disorders in a study among migrants – A.M. Kamperman, I.H. Komproe & J.T.V.M. de Jong –

BACKGROUND The mental health status of different migrant groups in the Netherlands is not the same. The origins of these differences are unclear.

AIM This article examines if there are differences in psychiatric disorder between Turkish, Moroccan and Surinamese respondents in an Amsterdam mental health study. Subsequently it was examined which of the known factors related to mental health can account for these mental health differences.

METHOD The study surveyed population-based samples of Turkish (n=648), Moroccan (n=102) and Surinamese (n=311) inhabitants of Amsterdam. The data are analysed by means of multivariate (hierarchical) logistic regression analyses.

RESULTS The occurrence of psychiatric disorder differs among the three ethnic groups studied. These group differences could mainly be explained by source of income, level of acculturation, length of stay in the Netherlands, active coping behaviour and the presence of a chronic somatic disorder.

CONCLUSION The results of this study show the influence of migrant-specific factors should be put in perspective, since general factors like social economic status, co-morbidity and coping strategies also play an important part in the presence of a psychiatric disorder. In respect of the mental health care for migrants this should be more emphasized.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 45 (2003) 6, 315-326]

KEY WORDS ethnicity, migrants, health differences, psychiatric disorder