

Communicatieproblemen in de transculturele psychiatrie

door F. Kortmann

Samenvatting

Mensen met verschillende culturen verstaan elkaar vaak niet goed. Dit artikel handelt over de problemen die Ethiopiërs hebben met de concepten uit de westerse psychiatrie – in dit onderzoek de vragen van de Self Reporting Questionnaire, een vragenlijst van de Wereld Gezondheids Organisatie om mensen met psychische stoornissen op te sporen – en die westers opgeleide werkers in de gezondheidszorg hebben met het begrijpen van Ethiopiërs die om hulp vragen. Zij presenteren naar westerse maatstaven vaak bizarre klachten. Westerse psychiatrie is een cultuurgebonden vak en behoeft aanpassing wanneer het wordt beoefend in andere culturen.

Inleiding

De ontwikkelingslanden komen steeds meer onder invloed van de westerse cultuur. De westerse geneeskunde en ook de psychiatrie raken er ingeburgerd. Onder anderen wordt dit gestimuleerd door de Wereld Gezondheids Organisatie (WHO). Zij gaat er van uit dat zonder deze geneeskunde haar ambitieuze plan 'Health for all by the year 2000 (WHO 1978)' niet kan worden gerealiseerd.

Wat heeft de psychiatrie aan geesteszieken in ontwikkelingslanden te bieden? Lijders aan ernstige psychotische stoornissen zoals schizofrenie kunnen baat hebben bij psychofarmaca, voorlichting over het beloop van de ziekte en adviezen over de begeleiding van de zieken. De traditionele geneeskunde blijkt vaak weinig met deze patiënten te kunnen aanvangen (Giel 1984). Vooral in combinatie met agressief gedrag is het uiteindelijke lot van ernstig psychotische patiënten veelal uitstoting, een zwervend bestaan en een snelle dood door ondervoeding of infectieziekten (Baasher e.a., 1983). Ook patiënten die lijden aan ernstige depressies of epilepsie kunnen profiteren van hetgeen de psychiatrie te bieden heeft, vooral aan medicamenten.

Minder duidelijk ligt dit voor mensen met psychoneurosen, die ook in ontwikkelingslanden verreweg de grootste groep vormen onder de geesteszieken. Voor hen zijn de therapeutische mogelijkheden be-

perkter. Het belang van mensen met deze aandoeningen toch op te sporen ligt vooral in hun overwegend somatische presentatie van de psychische problemen waardoor de niet organische aard van hun aandoening vaak niet wordt herkend (Harding e.a. 1980). Dit heeft tot gevolg dat ze vaak ten onrechte worden beschouwd als mensen met een lichamelijke ziekte en met nutteloze en soms schadelijke medicamenten worden behandeld (Giel e.a. 1976).

Om de eenvoudig opgeleide gezondheidswerkers in ontwikkelingslanden te helpen somatische zieken te onderscheiden van somatiserende psychisch zieken ontwierp de WHO de Self Reporting Questionnaire (SRQ), een lijst van 24 vragen die respondenten uit verschillende culturen in staat zou stellen, met een simpel ja of nee op die vraag, een aantal psychopathologische verschijnselen kenbaar te maken. De eerste twintig vragen hebben betrekking op neurotische, de laatste vier op psychotische symptomen. In appendix 1 vindt men de Engelse versie van de SRQ. Komt het aantal ja-antwoorden op de eerste twintig vragen boven een vooraf vastgestelde grenswaarde, ook wel cut-off point genoemd, en/of wordt tenminste een keer op een psychotisch item een bevestigend antwoord gegeven, dan is de kans groot dat de respondent aan een psychische ziekte lijdt (Harding e.a. 1980; Harding e.a. 1983).

De vragen van de SRQ zijn voor een groot gedeelte gekozen uit westerse vragenlijsten zoals de Symptom Sign Inventory (SSI) (Foulds e.a., 1968), de General Health Questionnaire (GHQ) (Goldberg e.a., 1972) en de Present State Examination (PSE) (Wing e.a. 1974). Het zijn dus veelal de diagnostische standaardvragen uit de westerse psychiatrische praktijk waarmee de hulpverlener een indruk probeert te krijgen van de psychische toestand van degene die hulp zoekt.

In de transculturele psychiatrie rijst de vraag in hoeverre de niet-westerse patiënten de westers opgeleide psychiaters verstaan wanneer zij hun zulke vragen stellen. In dit artikel wordt vooral op dit probleem nader ingegaan. Welke betekenis geven Ethiopiërs aan elk van de westerse SRQ-vragen? Aan de hand van een onderzoek hierop gericht kan een aantal communicatieproblemen in de transculturele psychiatrie worden geïllustreerd.

Ethiopië telt 42 miljoen inwoners. In 1985 werkten er twee autochtone en vijf allochtone psychiaters onder wie de onderzoeker. Het land heeft twee psychiatrische ziekenhuizen met in totaal ongeveer 500 bedden en elk een polikliniek. Daarnaast bestaat er nog één andere psychiatrische polikliniek, verbonden aan het St. Paul's Ziekenhuis in Addis Ababa, alwaar het hier gerapporteerde onderzoek werd uitgevoerd.

Methodie

Drie groepen Ethiopiërs werden onderzocht. Allereerst 40 responden-

ten, aselekt genomen uit de nieuwe bezoekers van de psychiatrische polikliniek van het St. Paul's Ziekenhuis, verder de psychiatrische groep genoemd. Vervolgens 30 respondenten, aselekt genomen uit de bezoekers van een van de somatische poliklinieken van het St. Paul's Ziekenhuis, verder de somatische groep genoemd. Ten slotte 40 respondenten uit de bevolking van Addis Ababa die op dat moment niet onder enigerlei vorm van behandeling waren, verder de gezonde groep genoemd.

Na het vastleggen van enkele sociaal-demografische gegevens en feiten over hun eerdere medische consumptie voor hun huidige klachten werd de SRQ afgenomen, na hiervoor te zijn vertaald uit het Engels in het Amhaars, de officiële taal in Ethiopië. Hoewel bedoeld als schriftelijke vragenlijst werden de SRQ-vragen, evenals in andere ontwikkelingslanden (Harding e.a. 1980) mondeling gesteld vanwege het analfabetisme bij een aantal respondenten, wel beseffend dat daardoor de kans wordt vergroot dat ook non-verbale variabelen het antwoordgedrag kunnen beïnvloeden. Tijdens de afname hield de onderzoeker een logboek bij waarin de vragen werden genoteerd die moesten worden herhaald voordat een antwoord werd verkregen en waarin de spontane reacties van de respondenten bij hun ja- of nee-antwoorden werden opgetekend. Daarna werd de SRQ opnieuw doorgenomen, waarbij aan de respondent werd gevraagd elk van zijn eerdere ja-antwoorden zoveel mogelijk toe te lichten en met voorbeelden te verduidelijken. Wij onderzochten uitsluitend de ja-antwoorden. Over de betekenis van de nee-antwoorden blijven wij in het ongewisse behalve bij die welke de respondenten direct bij de afname van de SRQ ongevraagd van commentaar voorzagen. Het leek ons onhaalbaar om een toelichting te vragen bij elk nee-antwoord. Wanneer een respondent bij voorbeeld de vraag naar zelfmoordgedachten ontkenkend had beantwoord kon men hem later moeilijk nog eens vragen dit antwoord met voorbeelden toe te lichten. De toelichting op de ja-antwoorden werd schriftelijk vastgelegd. De onderzoeker beoordeelde vervolgens of de toelichting de aanwezigheid van het psychopathologische verschijnsel waarop de vraag betrekking had, bevestigde, dus of dit ja valide was voor de westerse psychiatrische diagnostiek. In een betrouwbaarheidsstudie deden vier psychiatrisch geschoolde medebecoördelaars onafhankelijk hetzelfde met de toelichting op de ja-antwoorden van de psychiatrische groep.

Resultaten

In totaal werden 110 respondenten onderzocht. Van de psychiatrische groep kwam 53% uit Addis Ababa en was 18% analfabeet. Zij hadden voor hun huidige klachten vaak al een lange weg in de meestal westerse, maar soms ook traditionele gezondheidszorg afgelegd. Vijftig procent had reeds meer dan vijf keer elders hulp gezocht. Gemiddeld

had men vijftien eerdere consulten gehad en reeds tien keer medicamenten voorgeschreven gekregen. De somatische groep bestond voor 63% uit inwoners van de hoofdstad en voor 37% uit analfabeten. Van de gezonde groep kwamen alle respondenten uit Addis Ababa. Zij waren allen geletterd. Van hen had 85% ongeschoold werk vergeleken met 45% in de psychiatrische en 53% in de somatische groep.

De 110 respondenten gaven te zamen 846 ja-antwoorden op de SRQ. Verschillende communicatieproblemen kwamen bij de bestudering ervan aan het licht. Wij onderscheidden drie typen stoornissen, te weten taal-, motivatie- en conceptuele stoornissen. Zeven procent van de ja-antwoorden werd pas gegeven nadat de vraag eerst een of enkele malen was herhaald of verduidelijkt. De taal van de vraag bleek dan te moeilijk om direct te worden begrepen, bij voorbeeld omdat de vraag erg lang was, zoals vraag 23 'Have you noticed any interference or anything else unusual with your thinking?' Deze vraag bevat bovendien twee subvragen hetgeen extra moeilijk bleek om de vraag in een keer te begrijpen. Hetzelfde gold voor vraag 24 'Do you ever hear voices without knowing where they come from or which other people cannot hear?' Aan enige toelichting viel dan soms niet te ontkomen.

Bij 7% van de ja-antwoorden bleek uit de toelichting dat het ja het gevraagde symptoom niet weerspiegelde doordat de respondent andere motieven bleek te hebben gehad om ja te antwoorden dan de aanwezigheid van het gevraagde, bij voorbeeld bij simuleren of agraveren van ziekte om lichter werk te krijgen, of niet in militaire dienst te hoeven. Zulke oneigenlijke motieven leidden wij af uit toelichtingen waarin de respondent hardnekkig bij zijn ja bleef, maar in weerwil van een stortvloed van woorden niet in staat bleek te zijn enige aanvullende informatie of voorbeelden te geven. Orley e.a. (1979) hanteerden soortgelijke aanwijzingen voor hun beoordeling van de afwezigheid van psychopathologie.

De voornaamste oorzaak van communicatieproblemen was evenwel gelegen in de verschillen in conceptuele betekenis die een aantal SRQ-vragen voor de vragensteller en de Ethiopische respondenten hadden. In weerwil van een correcte letterlijke vertaling ervan bleek 26% van de ja-antwoorden hierdoor voor de psychiatrische diagnostiek niet valide. Van deze conceptuele discrepanties worden een aantal voorbeelden besproken.

Vraag 2: 'Is your appetite poor?' was (begrijpelijk(er)wijs) voor die Ethiopiërs die dagelijks moeten vechten om in leven te blijven, een onbegrijpelijke. Deze vraag werd nogal eens geïnterpreteerd alsof werd geïnformeerd naar de beschikbaarheid van voedsel.

Vraag 3: 'Do you sleep badly?' bleek in de Ethiopische cultuur een beperktere betekenis dan in de westerse te hebben. Zij vraagt naar een gestoorde slaap ten gevolge van nachtmerries of slaapwandelen en informeert niet naar in- of doorslaapstoornissen.

Vraag 9: 'Do you feel unhappy?' werd door vele respondenten sterk geassocieerd met gevoelens van rouw bij een verlies of het overlijden van iemand. Dit kwam reeds aan het licht direct bij de eerste afname van de SRQ, getuige de veel gehoorde spontane toevoeging bij een nee-antwoord: 'Nee, want er is niemand overleden'. In het Amhaars lijkt het concept 'unhappy' zonder een duidelijke oorzaak niet te bestaan.

Een andere communicatiestoornis kwam aan het licht in de toelichting op vraag 10: 'Do you cry more than usual?' In de Ethiopische cultuur is het de gewoonte om bij alle rouwceremonies in zijn omgeving aanwezig te zijn en daar te huilen, ook bij die van minder geliefde of zelfs gehate personen. De vraag naar meer huilen dan gewoonlijk verwees daarom voor menig een allereerst naar het aantal begrafenis- sen van de laatste tijd en niet zozeer naar neerslachtige gevoelens.

Vraag 12: 'Do you find it difficult to make decisions?' beantwoordde een aantal keren niet aan haar doel omdat de vraag werd betrokken op de maatschappelijke onvrijheid die individuen soms ondervonden om zelf keuzen te maken en beslissingen te nemen in hun orthodox geregeerde marxistisch-leninistische land. Toelichtingen als: 'Als ik niet vrij ben, wat kan ik dan voor beslissingen nemen?' getuigden hiervan.

De uitdrukking 'useful part in life' in vraag 14 'Are you unable to play a useful part in life?' bleek sterk politiek gekleurd te zijn. Na de revolutie van 1974 wordt dit begrip veelvuldig gebruikt in de wekelijkse verplichte politieke bijeenkomsten. Bij het stellen van deze vraag ontdekten wij soms enige schrik bij de respondenten. Zij vroegen dan om toelichting alvorens een antwoord te willen geven, of leken de vraag snel af te doen met een nee, politiek gezien het meest 'veilige' antwoord.

Vraag 21: 'Do you feel that somebody has been trying to harm you in some way?' bleek zijn doel, pathologische paranoïde verschijnselen op te sporen, nogal eens te missen vanwege culturele verschillen en andere maatschappelijke omstandigheden dan men in het Westen gewend is. De Amhaarse spreuk: 'It is futile to trust in man' wijst erop dat mensen uit deze cultuur van nature sterk op hun hoede zijn, (Levine 1965; Ullendorff 1973). Dit gevoel steeds waakzaam te moeten zijn wordt in de huidige tijd van economische teruggang en politieke controle nog versterkt. De vraag sluit daarom voor veel Ethiopiërs in aanzienlijke mate aan bij hun reële levensomstandigheden. Een ja-antwoord getuigde veelal niet van een leven in een paranoïde waanwereld. Bovendien laat men in de Amhaarse cultuur zijn wantrouwen, indien aanwezig, zo min mogelijk zien, om zijn kansen zich te kunnen verdedigen niet te verzwakken. Vandaar dat deze vraag voor sommige respondenten indiscreet was en eigenlijk niet goed paste in een interview met een vreemde.

Tot slot vraag 23: 'Are you a much more important person than

most people think?' In het Amhaars betekent 'important' naast 'belangrijk', ook 'groot', 'oud' en 'eerbiedwaardig of gerespecteerd'. Al bij de eerste keer afnemen van de SRQ stelden sommige respondenten dan ook de tegenvraag: 'In welk opzicht?' Onze toevoeging 'niet in leeftijd' was vaak nodig om een ja of een nee te krijgen. Uit de toelichting van de respondenten bij het navragen van hun ja-antwoord bleek echter dat zelfs na deze aanvulling het ja in 87% van de gevallen geen pathologische grootheidsg gevoelens weerspiegelde, maar refereerde aan hun van nature sterke gevoel van belangrijkheid vanwege zijn ge-

Tabel 1: Van de SRQ-items en groepen items het aantal ja-antwoorden van de 110 respondenten en de invaliditeit ervan in procenten, gesplitst in soorten stoornissen in communicatie

SRQ-items	aantal ja	taal	niet-valide ja in % op basis van communicatiestoornissen in:		
			motive- ring	concept	totaal
1. headache	45	—	2	27	29
2. appetite	39	3	3	46	51
3. sleep	51	—	2	29	31
4. frightened	51	2	8	33	43
5. hands shake	29	7	—	28	34
6. nervous	45	4	13	9	27
7. digestion	32	—	3	31	34
8. thinking clearly	30	3	10	10	23
9. unhappy	39	10	5	28	44
10. cry more	21	5	—	33	38
11. enjoy activities	49	8	8	35	51
12. decision making	35	14	11	26	51
13. work suffering	28	4	—	14	18
14. useful in life	27	—	15	4	18
15. lost interest	59	7	13	30	51
16. worthless	32	9	31	9	50
17. ending life	19	5	10	16	32
18. always tired	33	3	9	18	30
19. stomach	50	14	6	10	30
20. easily tired	37	5	3	8	16
21. somebody harm you	27	7	7	26	41
22. more important	15	13	—	87	100
23. usual thinking	32	19	6	59	84
24. voices	17	18	6	29	53
1-20 niet psych. items	755	6	8	23	37
21-24 psych. items	91	14	5	48	68
1-24 alle items	846	7	7	26	40

vorderde leeftijd, grote kindertal of vooraanstaande maatschappelijke positie. Wij kregen de indruk dat Ethiopiërs vanwege dit sterke natuurlijke gevoel van voornaamheid (Ullendorff 1973) onze essentie van deze vraag niet oppakten. Ook bleek de vraag soms aan te sluiten bij het gevoel ver onder zijn niveau te werken en niet voldoende te worden gewaardeerd, hetgeen voor velen vanwege de politieke situatie en de slechte economische toestand van het land een harde realiteit is. Al met al bleek 37% van de ja-antwoorden op de niet-psychotische items (1-20) en 68% van die op de psychotische items (21-24) geen valide aanduiding te zijn van de psychopathologische verschijnselen waar de vraag betrekking op had. In tabel 1 wordt een overzicht van deze percentages gegeven.

De toelichtingen van de psychiatrische groep op hun ja-antwoorden werden ter onafhankelijke beoordeling voorgelegd aan twee psychiaters en twee artsen die in de geestelijke gezondheidszorg werkzaam zijn. Bij de niet-psychotische items (1-20) waren zij het in 35% van de gevallen oneens met het ja tegen 32% niet valide ja-antwoorden volgens de onderzoeker; bij de psychotische items (21-24) lagen deze percentages bij 81% en 70%. De paarsgewijze overeenstemming tussen de vijf beoordelaars lag tussen de 66 en 78%. Voor verdere details van deze betrouwbaarheidsstudie wordt verwezen naar Kortmann (1986).

Discussie

In de transculturele psychiatrie wordt algemeen aangenomen dat psychiatrische ziekten zoals deze door westerse psychiaters worden omschreven overal ter wereld voorkomen, in ongeveer gelijke percentages (Giel e.a. 1976; Kleinman 1977, 1980; Orley e.a. 1979). Tegenover dit meerderheidsstandpunt van een universaliteit in de psychopathologie staan de opvattingen van sommige onderzoekers zoals van Ebigbo (1982), Harris (1981) en Prince (1983), die veronderstellen dat psychische ziekten in hun verschijningsvorm cultuurgebonden zijn zoals het 'Brain Fog Syndrome'. Prince (1983) stelt: 'African syndromes are different from European ones and should not be forced into European procrustean beds'. Voor hem zijn gestandaardiseerde onderzoeksinstrumenten voor mondiaal gebruik uit den boze. De SRQ is zo'n instrument dat volgens ontwerpers, universalisten aan respondenten uit verschillende culturen de gelegenheid geeft 'to report the presence or absence or clearly defined symptoms' (Harding e.a. 1983). Uit ons onderzoek blijkt dat dit een te simpele voorstelling van zaken is. Ook iemand die ervaring heeft met het afnemen van de PSE (Wing e.a. 1974) zal zo'n uitspraak vreemd voorkomen. Wanneer hij zich realiseert hoeveel tijd en moeite het soms kost om met de PSE in zijn eigen cultuur een symptoom vast te stellen, dan is het niet reëel te veronderstellen dat hij met een korte SRQ-vraag hetzelfde kan bereiken in alle culturen.

In deze studie deden zich bij meer dan een kwart van de vragen communicatiestoornissen voor door verschillen in conceptuele betekenis die door de vragensteller en de respondenten aan de vragen werden gegeven. Daarmee stuiten wij op het probleem hoe een gestandaardiseerd onderzoeksinstrument, bedoeld voor toepassing in verschillende culturen, zoals de SRQ, het beste kan worden vertaald. Bij het opstellen van een Amhaarse versie van de SRQ pasten wij een gebruikelijke procedure toe van vertalen, onafhankelijk terugvertalen, en discussie over punten van verschil (Orley e.a. 1979; WHO 1973). Bovendien werd de voorlaatste Amhaarse versie in een proefonderzoek aan 45 Ethiopische respondenten voorgelegd om te zien of zij er ja of nee op konden antwoorden. Op grond van deze ervaring werd de vragenlijst nogmaals herzien, onafhankelijk terugvertaald en gezamenlijk besproken. Uit dit onderzoek wordt duidelijk dat zo'n vertaalprocedure geen garantie biedt voor valide vragen in de Ethiopische cultuur. Bij het vertalen van onderzoeksinstrumenten zoals de SRQ staat men voor de moeilijke opgave enerzijds zo dicht mogelijk aan te sluiten bij de oorspronkelijke tekst van de vragenlijst om haar gestandaardiseerdheid te waarborgen, maar anderzijds in het gebruik van de concepten terdege rekening te houden met de normen en waarden van de cultuur waarin men het instrument wil gebruiken. Daardoor zal altijd een enigszins cultuurspecifieke vragenlijst ontstaan, waarvan de uitslagen minder gemakkelijk zijn te vergelijken met die van 'dezelfde' lijst, vertaald voor een andere cultuur.

De moeilijkheden in de communicatie bij het gebruik van een op psychiatrische symptomen gerichte lijst als de SRQ laten zich ook nog op een andere manier verklaren. Wij vonden grote verschillen tussen de termen die Ethiopiërs spontaan gebruiken om hun ziektegevoel onder woorden te brengen wanneer zij om hulp vragen en de begrippen waarop de SRQ-vragen betrekking hebben. Zeventig procent van de psychiatrische groep vroeg hulp voor klachten zoals brandende gevoelens of het gevoel dat er wormen in hun hoofd knagen, klachten die westerse psychiaters bizar in de oren klinken, behalve in het zeldzame geval van een hypochondere waan. Anderzijds bleken negen SRQ-vragen betrekking te hebben op verschijnselen die door geen enkele Ethiopische respondent spontaan als klacht naar voren waren gebracht, zoals gehinderd worden door besluiteloosheid of het gevoel niets waard te zijn. De vraag in hoeverre het hier gaat om een reëel verschil in ziektegevoel, een argument vóór het cultuurgebonden zijn van psychiatrische ziekten, dan wel om een door de cultuur voorgeschreven manier van klachtenpresentatie blijft hier onbeantwoord. In beide gevallen kunnen deze verschillen echter leiden tot aanzienlijke communicatieproblemen in de transculturele psychiatrie.

Keren we terug naar onze opmerking in de inleiding, namelijk dat de psychiatrie aan ontwikkelingslanden een instrument te bieden

heeft om somatiserende psychisch zieken van somatisch zieken te scheiden. De resultaten van dit onderzoek moeten ons misschien toch iets bescheidener doen zijn over onze westerse bijdrage in de transculturele psychiatrische diagnostiek. De aangetoonde communicatiestoornissen die bij het gebruik van de SRQ naar voren komen, wijzen erop dat gezondheidswerkers aldaar waarschijnlijk minder goed in staat zijn om met de SRQ 'clearly defined symptoms' bij hun patiënten op te sporen. Dit betekent echter niet dat het instrument onbruikbaar is om onder de bezoekers van poliklinieken de mensen op te sporen die waarschijnlijk psychisch ziek zijn. Ondanks de bovenbeschreven communicatieproblemen met betrekking tot psychiatrische symptomen komt uit het onderzoek van Kortmann (1986) naar voren dat de SRQ in Ethiopië een bescheiden vermogen bezit om op een polikliniek de respondenten met psychiatrische ziekte, een veel globalere categorie, aan te wijzen. Ook elders in de wereld zijn validiteitsstudies van de SRQ gedaan met vergelijkbare uitkomsten (Harding e.a. 1980; Diop e.a. 1982; Dhapphale e.a. 1983; Mari e.a. 1984; De Jong e.a. 1985; Mari e.a. 1986). Ook al vertoont het instrument de nodige gebreken door communicatiestoornissen, het is kennelijk toch sterk genoeg om binnen een groep van hulpzoekenden een aantal psychisch zieken van psychisch niet-zieken te scheiden. Bondig gezegd: overal ter wereld blijken mensen die psychisch in de problemen zitten beduidend vaker ja te antwoorden op de SRQ dan mensen die psychisch goed functioneren.

Literatuur

- Baasher, T., A.S.E.D. Elhakim, K. el Fawal, R. Giel, T.W. Harding en V.B. Wankiiri (1983), On vagrancy and psychosis. *Comm. Mental Health*, 1, 19, 27-41.
- Dhapphale, M., R.H. Ellison en L. Griffion (1983), The frequency of psychiatric disorders among patients attending semi-urban and rural general outpatient clinics in Kenya. *Br. J. Psychiat.*, 142, 379-383.
- Diop, B., R. Collignon, M. Gueye en T.W. Harding (1982), Diagnosis and symptoms of mental disorder in a rural area of Senegal. *Afr. J. Med. Sci.*, 11, 95-103.
- Ebigbo, P.O. (1982), Development of a cultural specific (Nigeria) screening scale of somatic complaints indicating psychiatric disturbance. *Cult. Med. Psychiat.*, 6, 29-43.
- Foulds, G.A., en K. Hope (1968), *Manual of the symptom sign inventory SSI*. Univ. of London Press, Londen.
- Giel, R., en T.W. Harding (1976), Psychiatric priorities in developing countries. *Br. J. Psychiat.*, 128, 513-522.
- Giel, R. (1984), *Vreemde zielen*. Een sociaal-psychiatrische verkenning in andere culturen. Boom, Meppel en Amsterdam.
- Goldberg, D.P. (1972), *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Oxford University Press, Londen.
- Harding, T.W., M.V. de Arango, J. Baltazar, C.E. Climent, H.H.A. Ibrahim, L.

- Ladriho-Ignacio, R. Srinivasa Murthy en N.N. Wig (1980), Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol. Med.*, 10, 231-241.
- Harding, T.W., C.E. Climent, M. Diop, R. Giel, H.H.A. Ibrahim, R.S. Murthy, M.A. Suleiman en N.N. Wig (1983), The WHO collaborative study on strategies for extending mental health care, II: The development of new research methods. *Am. J. Psychiat.*, 140, 1474-1480.
- Harris, B. (1981), A case of brain fog in East Africa. *Br. J. Psychiat.*, 139, 162-163.
- Jong, J. de, G.A.J. de Klein en S. ten Horn (1986), A base line study on mental disorders in Guine-Bissau. *Br. J. Psychiat.*, 148, 37-32.
- Kleinman, A.M. (1977), Depression, somatisation and the 'new-cross-cultural psychiatry'. *Soc. Sci. Med.*, 11, 3-10.
- Kleinman, A. (1980), *Patients and healers in the context of culture*. Univ. California Press, Berkley.
- Kortmann, Frank (1986), *Problemen in transculturele communicatie - De Self Reporting Questionnaire en de psychiatrie in Ethiopië*. Van Gorcum en Comp., Assen.
- Levine, D.N. (1965), *Wax and gold. Tradition and innovation in Ethiopian culture*. University of Chicago Press.
- Mari, J.J., en P. Williams (1984), Preliminary communication. Minor psychiatric disorders in primary care in Brazil: a pilot study I. *Psychol. Med.*, 14, 223-227.
- Mari, J.J., en P. Williams (1986), A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *Br. J. Psychiat.*, 148, 23-26.
- Orley, J., en J.K. Wing (1979), Psychiatric disorders in two African villages. *Arch. Gen. Psychiat.*, 36, 513-520.
- Prince, R. (1983), Article review:: Africa. *Transc. Psychiat. Research Rev.*, 20, 134-139.
- Ullendorff (1973), *The Ethiopians. An introduction to country and people* (III edition). Oxford Univ. Press, Londen, Oxford, New York.
- Wing, J.K., J.E. Coopers en N. Sartorius (1974), *The description and classification of psychiatric symptoms: An introduction manual for the PSE and CATEGO system*. Cambridge Univ. Press, Londen.
- World Health Organisation (1973), *Report of the international pilot study of schizophrenia*. Volume 1, WHO, Genève.
- World Health Organisation (1978), The Alma-Ata conference on primary health care. *WHO Chron.*, 32, 409-430.

Schrijver is psychiater, hoofd van de polikliniek van de psychiatrische universiteitskliniek te Groningen.

Appendix 1: Self Reporting Questionnaire (SRQ)

1. Do you often have headache?
2. Is your appetite poor?
3. Do you sleep badly?
4. Are you easily frightened?
5. Do your hands shake?
6. Do you feel nervous, tense or worried?
7. Is your digestion poor?
8. Do you have trouble thinking clearly?
9. Do you feel unhappy?
10. Do you cry more than usual?
11. Do you find it difficult to enjoy your daily activities?
12. Do you find it difficult to make decisions?
13. Is your daily work suffering?
14. Are you unable to play a useful part in life?
15. Have you lost interest in things?
16. Do you feel that you are a worthless person?
17. Has the thought of ending your life been in your mind?
18. Do you feel tired all the time?
19. Do you have uncomfortable feelings in your stomach?
20. Are you easily tired?
21. Do you feel that somebody has been trying to harm you in some way?
22. Are you a much more important person than most people think?
23. Have you noticed any interference or anything else unusual with your thinking?
24. Do you ever hear voices without knowing where they come from or which other people cannot hear?