

Anorexia nervosa: een cohortonderzoek met het Register Geestelijke Volksgezondheid

door *H. W. Hoek, F. G. Brook, R. Giel en G. H. M. M. ten Horn*

Uit de landelijke opnamecijfers van anorexia nervosa blijkt dat 38.3% van de opnamen plaatsvindt op een psychiatrische afdeling en 61.7% op een somatisch georiënteerde afdeling. Omdat anorexia nervosa beschouwd wordt als een psychiatrische stoornis, komen de meeste mensen die op een somatische afdeling worden opgenomen, via een consult of een verwijzing vroeger of later in contact met de geestelijke gezondheidszorg. Met behulp van het Register Geestelijke Volksgezondheid hebben wij een cohort bestudeerd van mensen bij wie voor de eerste keer de diagnose anorexia nervosa werd gesteld in 1974 tot en met 1982. De incidentie van anorexia nervosa in de totale GGZ is 9.7 per jaar per 100.000 vrouwen van alle leeftijden. De behandeling van anorexia nervosa-patiënten duurt lang en is in vergelijking met andere groepen in de GGZ intensief.

Inleiding

Mevrouw C., thans 22 jaar, begon op haar 15e jaar te vermageren. Drie jaar later kwam zij in contact met de gezondheidszorg, omdat zij nog maar 34 kg woog. Zij werd toen opgenomen op de interne afdeling van een algemeen ziekenhuis. Na 2 maanden woog zij 39 kg en werd zij door de internist verwezen naar de psychiatrische universiteitskliniek. Hier werd zij een half jaar klinisch behandeld met gedragstherapie. Na een aanvankelijke daling van het gewicht nam dit tot toe 50 kg en er volgde ontslag. In verband met haar studie ging C. op 19-jarige leeftijd op kamers wonen. Na een jaar brak zij haar studie af en keerde terug op de boerderij van haar ouders. Een jaar geleden — C. was toen 21 jaar oud — kwam zij voor hoofdpijnklachten bij de huisarts. Zij woog toen 42 kg en de huisarts vermoedde dat er opnieuw of nog steeds sprake was van anorexia nervosa. Hij verwees haar

De auteurs zijn respectievelijk als arts, medisch socioloog, hoogleraar en medisch sociologe verbonden aan de afdeling Sociale Psychiatrie van de Rijksuniversiteit Groningen. Correspondentieadres: H. W. Hoek, Afd. Sociale Psychiatrie, Oostersingel 59, 9700 RB Groningen. Tel. 050-612078.

naar de polikliniek van de psychiatrische universiteitskliniek. C. zelf maakte zich weinig zorgen over haar gewicht en de sinds een jaar opnieuw opgetreden amenorroe. Zij vertelde bang te zijn weer dik te worden en gebruikte laxantia. Soms had zij vreetbuien, die vaak gevolgd werden door zelf opgewekt braken. Ondanks haar geringe gewicht verrichtte zij tot verbazing van haar omgeving zware arbeid op de boerderij. Er werd gekozen voor een gezinsbehandeling. Gedurende 8 maanden volgden wekelijks en later tweewekelijks contacten met het gehele gezin. Nadat het streefgewicht van 55 kg bereikt was en enige maanden constant bleef, werd de behandeling gestopt. C. hervatte met succes haar studie en weegt nu bij een controle 4 maanden na het stoppen van de behandeling 56 kg. Zij heeft echter nog steeds afwijkende eetgewoonten en heeft nog geen menstruatie gehad.

De anamnese van mevrouw C. is karakteristiek voor anorexia nervosa. Deze wordt over het algemeen als een psychosomatische stoornis beschouwd, hoewel over de etiologie ervan nog geen consensus bestaat (Hsu, 1983). De stoornis heeft een voor psychiatrische begrippen hoge mortaliteit, die geschat wordt op 7-15% (Sours, 1969). De schatting van het aantal gevallen waarin de ziekte chronisch wordt, is 20-30% (Steinhausen en Glanville, 1983).

Anorexia nervosa komt vooral voor bij meisjes en jonge vrouwen in de hogere sociale klassen in westerse landen. Zij treedt 15 tot 20 keer vaker op bij vrouwen dan bij mannen (Crisp en Toms, 1972; Jones et al., 1980). Crisp et al. (1976) vonden bij een op de 250 schoolgaande meisjes van 16 jaar en ouder ernstige anorexia nervosa.

In de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg heeft men de indruk dat de incidentie toeneemt. Registerstudies (Kendell et al., 1973; Jones et al., 1980) laten een toename van geregistreerde anorexia nervosa bij de instellingen van de geestelijke gezondheidszorg zien. In Nederl werd met behulp van de gegevens van de Stichting Medische Registratie (SMR) eveneens een toename van het aantal opnamen met deze diagnose geregistreerd (Hoogendoorn, 1983). De betere herkenning van het ziektebeeld en de veranderde opvattingen over welk gewicht voor een vrouw wenselijk is (Garner and Garfinkel, 1980), zijn mogelijk de verklaring voor deze toename. In (ontwikkelings)landen waar men een andere attitude tegenover obesitas heeft, is de incidentie zeer gering (Buhrich, 1981). Met behulp van het Register Geestelijke Volksgezondheid (Giel en Ten Horn, 1976) hebben wij het voorkomen van anorexia nervosa bij voorzieningen voor de geestelijke gezondheidszorg en de aan deze groep patiënten geboden zorg bestudeerd. Gegevens van de SMR en de Patiëntenregistratie Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg (PIGG) leverden enkele landelijke opnamegegevens.

Methode

Vanaf 1973 bestaat er een Register Geestelijke Volksgezondheid, waar-

in alle contacten die mensen uit een gemeente in het noorden des lands (\pm 45.000 inwoners) hebben met alle GGZ-instellingen (zowel intra-, semi-, als extramuraal), worden verzameld. Het register kan dienen als basis voor epidemiologisch onderzoek en voor planning en beleid in de geestelijke gezondheidszorg. In navolging van het Camberwell Register (Wing and Hailey, 1972) worden de gegevens per patiënt gekoppeld, waardoor geen dubbelstellingen kunnen optreden wanneer een patiënt bij meer GGZ-instellingen terecht is gekomen.

Met behulp van dit register werden alle patiënten bij wie de diagnose anorexia nervosa voor de eerste keer werd gesteld, in de periode van 1 januari 1974 tot 1 januari 1983 bestudeerd.

Voorafgaand aan de resultaten van de analyse van dit cohort geven wij een overzicht van de landelijke morbiditeit in de algemene en geestelijke intramurale gezondheidszorg op grond van gegevens van de SMR en de PIGG. De SMR registreert de opnamen in algemene en academische ziekenhuizen. De PIGG registreert onder andere de opnamen in de algemene psychiatrische ziekenhuizen.

In de negende versie van de International Classification of Diseases (ICD-9, WHO 1978) is voor het eerst een afzonderlijke categorie voor de diagnose anorexia nervosa opgenomen. Daarvoor behoorde anorexia nervosa tot de bredere categorie van de eetstoornissen. De PIGG gebruikt sinds 1978 de ICD-9 en de SMR sinds 1980. Daarom hebben wij alleen de cijfers over 1980 en 1981 onderzocht. Deze cijfers betreffen opnamen, geen patiënten en omdat eenzelfde patiënt met meer opnamen meermalen wordt geteld, vormen deze cijfers slechte schatters voor de incidentie van anorexia nervosa in de intramurale gezondheidszorg. Men kan deze cijfers slechts gebruiken om het aandeel van de diverse soorten intramurale gezondheidszorg in de zorg van anorexia nervosa-patiënten te bestuderen.

Intramurale zorg

Als wij de aantallen opnamen van de SMR (Hoogendoorn, 1983) en de

Tabel 1: Aantal opnamen in 1981* van vrouwen met de hoofddiagnose anorexia nervosa bij ontslag, per specialisme waar de opname plaatsvond

specialisme	absoluut	
Interne geneeskunde	313	50.0
Kindergeneeskunde	64	10.2
Psychiatrie	240	38.3
Overige	9	1.4
Totaal	626	100.0

Bron: SMR en PIGG registratie 1981

PIGG optellen, dan vinden wij in 1981 658 opnamen waarbij de diagnose anorexia nervosa is gesteld. Hiervan waren 626 (95,1%) opnamen van vrouwen en 32 (4,9%) van mannen. Van de opnamen van vrouwen rond 61,7% plaats op een somatische en 38,3% op een psychiatrische afdeling (tabel 1).

Van de 240 psychiatrische opnamen van vrouwen vond 65% plaats op een psychiatrische afdeling van een algemeen of een academisch ziekenhuis (PAAZ of PUK) en 35% in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis (APZ). In 1980 was de gemiddelde opnameduur wegens anorexia nervosa in een algemeen ziekenhuis 2 maanden, en in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis meer dan 7 maanden. 22% van de opnamen in een APZ duurde langer dan 1 jaar.

Resultaten Register Geestelijke Volksgezondheid

In de periode van 1 januari 1974 tot 1 januari 1983 kwamen 20 patiënten met de diagnose anorexia nervosa bij één van de GGZ-instellingen. Opvallend is de hoge incidentie in 1976 en 1982 (tabel 2).

Tabel 2: Aantal inschrijvingen per jaar in het Register Geestelijke Volksgezondheid van patiënten met anorexia nervosa, in de periode van 1 januari 1974 tot 1 januari 1983

Jaar waarin het eerste contact met de GGZ plaatsvond, met als diagnose anorexia nervosa.

	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1974 t/m 1982
absoluut	1	1	6	1	2	1	2	1	5	20

Het ging alleen om vrouwen in de leeftijd van 12 tot 36 jaar. De incidentie bleek het hoogste in de leeftijdsgroep van 15-24 jaar (tabel 3).

Tabel 3: De leeftijdsverdeling van patiënten met de diagnose anorexia nervosa in absolute aantallen, percentages en per 100.000 vrouwen van de desbetreffende leeftijdsgroep*

leeftijd in jaren	incidentie per jaar per 100.000 vrouwen		van dezelfde leeftijd
	abs.	%	
< 10 jaar	—	—	—
10-14 jaar	2	10	12,0
15-19 jaar	6	30	32,3
20-24 jaar	8	40	41,7
25-39 jaar	4	20	8,9
40 jaar	—	—	—
alle leeftijden	20	100	9,7

Bron: Register Geestelijke Volksgezondheid 1974 t/m 1982.

De helft van de patiëntes werd door de huisarts verwezen, 25% kwam via een internist of een kinderarts en de resterende 25% kwam via een andere verwijzer naar de GGZ. Bijna allen startten ambulant: 35% bij een polikliniek van een APZ, 20% bij een polikliniek van een PAAZ of PUK en 35% bij een RIAGG. Slechts twee (10%) patiëntes werden rechtstreeks voor opname in een APZ verwezen. In 60% van de gevallen was de aanleiding voor verwijzing naar de GGZ anorexia nervosa, terwijl bij de resterende 40% sprake was van een andere aanleiding, bijvoorbeeld depressiviteit, werkproblemen enzovoort.

Patroon van zorg

In tabel 4 laten wij het patroon van zorg zien van het cohort gedurende het eerste jaar na het eerste contact waarbij de diagnose anorexia nervosa werd gesteld.

Tabel 4: Patroon van zorg gedurende het eerste jaar volgend op het eerste contact in 1974 t/m 1981 * van patiëntes met de diagnose anorexia nervosa: in percentages (N = 15)

Zorgpatroon	absoluut	
1. Eén ambulant contact gedurende het 1e jaar	1	7
2. Ambulant contact minder dan 1 x per twee weken gedurende een periode van minder dan drie maanden	1	7
3. Ambulant contact een keer of vaker per twee weken gedurende een periode van minder dan 3 maanden	2	13
4. Als 2 gedurende drie maanden of langer	2	13
5. Als 3 gedurende drie maanden of langer	5	33
6. Eén keer of vaker een opname in het eerste jaar met maximaal één ambulant contact	1	7
7. Eén keer of vaker een opname in het eerste jaar en meer dan één ambulant contact	3	20
	15	100

* Alleen patiënten die vóór 1982 in het cohort kwamen, zijn geanalyseerd. De 5 patiënten van 1982 die nog geen vol jaar volgend op het eerste contact hadden, zijn hier buiten beschouwing gelaten.

Opvallend is het hoge percentage patiënten dat intensieve ambulante zorg kreeg. Intensief wil hier zeggen: tussen het eerste en het laatste contact gemiddeld één of meer ambulante contacten per twee weken, gedurende een periode van maximaal drie maanden (categorie 3) of langer (categorie 5). Deze intensieve ambulante zorg komt duidelijk naar voren als wij het patroon van zorg van de groep anorexia nervosa-patiënten vergelijken met dat van patiënten met de diagnose neurotische depressie of een psychose (Giel en Ten Horn, 1982): zie tabel 5.

Tabel 5: Patroon van zorg gedurende het jaar volgend op het eerste contact in de GGZ: in horizontale percentages

Diagnose	(N= 100%)	Patroon van zorg*						
		1	2	3	4	5	6	7
Anorexia nervosa* **	(15)	7	7	13	13	33	7	20.0
Neurotische depressie*	(193)	11	12	7	38	10	7	15
Psychose* ** *	(123)	9	7	7	30	2	17	28
Alle patiënten, ongeacht diagnose	(1513)	14	9	9	33	7	9	19

* zie tabel 4

** 1974 t/m 1981

*** betreft personen van 18 jaar en ouder. De gegevens zijn afkomstig van Giel en Ten Horn (1981).

Als wij de categorieën 3 en 5 optellen, dan blijkt 46% van de groep anorexia nervosa-patiënten intensief contact te hebben, tegenover slechts 9% van de groep met een psychose, 17% van de groep met een neurotische depressie en 16% van de totale groep patiënten die bij de GGZ komt. Van de 15 mensen met anorexia nervosa waarvan wij één jaar follow-up konden bekijken, heeft 73% in het eerste jaar alleen ambulante contact gehad en 27% is minstens eenmaal opgenomen geweest. De groep met alleen ambulante behandeling bleef op één uitzondering na met één GGZ-instelling in contact te zijn geweest. De groep van anorexia nervosa-patiënten die ook werd opgenomen, kwam bij veel meer instellingen. Een van hen was het hele jaar in hetzelfde ziekenhuis opgenomen, maar de andere drie hadden naast de opname nog contact met twee of drie verschillende ambulante GGZ-instellingen.

De meeste patiënten werden multidisciplinair behandeld. De belangrijkste behandelaar, gemeten naar het grootste aantal contacten, was in 65% van de gevallen een psychiater en in 35% een psycholoog. De belangrijkste behandelvorm bleef een of andere vorm van psychotherapie (53%), waarvan de helft bestond uit gezinstherapie.

Van het cohort van 15 patiënten dat voor 1982 in het register werd ingeschreven, zijn er 10 (67%) na 1 jaar nog in zorg, terwijl er 3 (20%) weliswaar binnen een jaar met de behandeling stoppen, maar na verloop van tijd opnieuw, dat wil zeggen na een jaar of langer uit de zorg te zijn geweest, bij de GGZ terugkeren. Van het cohort van 11 patiënten dat voor 1979 in het register werd ingeschreven, zijn er 3 (27%) langer dan 4 jaar onder behandeling bij de GGZ.

De intensieve zorg en de lange duur van de behandeling brengen hoge kosten met zich mee. Ten Horn en Giel (1983) rekenden uit dat de hulpverlening (ambulante en eventuele klinische te zamen) voor een nieuwe patiënt met een neurotische depressie het eerste jaar in zorg

gemiddeld f3.390 kost. Als wij hun berekeningen toepassen' op de groep anorexia nervosa-patiënten, dan kost de hulpverlening voor zo'n patiënt gemiddeld f11.664,— in het eerste jaar.

Discussie

Met behulp van het Register Geestelijke Volksgezondheid komen wij in de totale GGZ op een incidentie van anorexia nervosa van 9.7 per 100.000 vrouwen van alle leeftijden per jaar. De vraag is in hoeverre dit ons iets zegt over de 'ware' incidentie, dat wil zeggen over het voorkomen in de bevolking. Van alle mensen met een psychische stoornis komt slechts 10-15% bij de GGZ en wordt 3-4.5% opgenomen op een psychiatrische afdeling (Hoek, 1983). Als de cijfers van Crisp et al. (1976) ook voor de Nederlandse situatie gelden, dan zou dat betekenen dat anorexia nervosa hierop geen uitzondering vormt en dat ongeveer één op de 10 patiënten met anorexia nervosa de GGZ bereikte.

Hoewel psychische stoornissen in de bevolking en in de GGZ qua ernst zullen verschillen, komt waarschijnlijk een deel van de mensen met een ernstige psychische stoornis niet bij de GGZ terecht. Blijkbaar bestaan er filters of drempels die ervoor zorgen dat niet iedereen in de 2e- of 3e-lijnsgezondheidszorg terecht komt (Goldberg and Huxley, 1980; Giel, 1983).

Het eerste filter wordt gevormd door de patiënt en zijn omgeving. Van anorexia nervosa-patiënten is bekend dat zij hun ziekte ontkennen. Het is veelal pas onder de druk van anderen dat een anorexia nervosa-patiënt naar de huisarts gaat.

Het tweede filter wordt gevormd door de huisarts. Deze zal de stoornis moeten herkennen. Anorexia nervosa is langzamerhand een zodanig bekende stoornis dat men mag veronderstellen dat de meesten van hen deze wel herkennen. Er zijn echter geen incidentiecijfers bekend van anorexia nervosa in de huisartspraktijk.

Het derde filter wordt opnieuw gevormd door de huisarts of door andere gezondheidswerkers in de lijn. De huisarts (of een andere verwijzer) moet namelijk kiezen tussen zelf behandelen of verwijzen naar de 2e-lijnsgezondheidszorg. Omdat het een psychiatrische stoornis betreft, zou de huisarts in principe naar een GGZ-instelling moeten verwijzen, tenzij de fysieke toestand van de patiënt een somatische consultatie of opname noodzakelijk maakt. Deskundigen zijn het erover eens dat het zinloos is om psychotherapeutisch te werken met mensen die extreem vermagerd zijn (Weeda-Mannak, 1983). Van de opnamen vindt 60% op een afdeling interne of kindergeneeskunde plaats. Dit kan betekenen dat de patiënten in een zodanige toestand van vermagering zijn geraakt dat een somatische opname noodzakelijk is, of dat de huisartsen bij voorbaat meer vertrouwen hebben in een verwijzing naar een internist of een kinderarts dan naar een psychiater. De indruk bestaat dat met name op het platteland en de kleinere

gemeenten de huisartsen eerst zelf behandelen en als zij verwijzen een voorkeur hebben voor een internist of een kinderarts boven een psychiater. Dit zou de verklaring kunnen zijn voor het significante verschil in aantal opnamen tussen mensen afkomstig uit een plattelandsgemeente en die uit de middelgrote en grote steden (Hoogendoorn, 1983).

Het grote aantal verwijzingen naar de GGZ door internisten of kinderartsen (zie resultaten Register Geestelijke Volksgezondheid) geeft aan dat veel patiënten na hun opname op een afdeling interne of kindergeneeskunde toch bij de GGZ komen. Uit de gegevens van de SMR en het Register Geestelijke Volksgezondheid blijkt bovendien dat de psychiater soms tijdens de opname op een somatische afdeling bij de behandeling wordt betrokken. Een vroege herkenning van de stoornis en een eerdere verwijzing naar de ambulante GGZ kunnen mogelijk voorkomen dat de stoornis chronisch wordt of een opname noodzakelijk wordt. Weeda-Mannak (1981) stelt dat een duurzaam therapeutisch succes vaker wordt gevonden bij patiënten met een korte dan bij patiënten met een lange preklinische ziekteduur. Met de preklinische ziekteduur wordt bedoeld de periode tussen het manifest worden van de eerste ziekteverschijnselen en het moment waarop de ziekte wordt gediagnosticeerd en behandeld.

Voor de vroege herkenning zijn vooral de omgeving en de huisarts belangrijk, omdat zij de eerste filters zijn, die een anorexia nervosa-patiënt moet passeren op haar of zijn weg naar een behandeling in de geestelijke gezondheidszorg.

Noten

1) Uitgaande van de kosten in 1978 rekenden Giel en Ten Horn als gemiddelde verpleegprijs per dag f157,— en voor één ambulante contact gemiddeld f243,20 voor de groep patiënten met een neurotische depressie. Als wij het totale aantal ambulante contacten en totale aantal verpleegdagen van het cohort (N + 15) optellen en daarvan de kosten berekenen en vervolgens delen door het totale aantal patiënten in het cohort, komen wij op een gemiddeld bedrag van f11.664,— per anorexia nervosa-patiënt in het eerste jaar van zorg.

2) Crisp vond bij schoolgaande meisjes van 16 jaar en ouder op 4107 vrouwjaren 16 nieuwe gevallen van ernstige anorexia nervosa. Alle meisjes hadden dertig procent van hun lichaamsgewicht verloren en hadden langdurige amenorroe en bizar eetgedrag. Crisp geeft bij zijn cijfers geen bovengrens aan voor de leeftijd. Als wij in het Register Geestelijke Volksgezondheid het aantal nieuwe gevallen in de leeftijdsgroep 15-24 jaar bekijken, komen wij op 14 nieuwe gevallen op 37692 vrouwjaren. In incidentiecijfers uitgedrukt komen wij dan op 389.6 in de bevolking per jaar per 100.000 schoolgaande meisjes van 16 jaar en ouder in Engeland en op 37.1 in het register per jaar per 100.000 vrouwen van 15-24 jaar.

Literatuur

- Buhrich, N. (1981): Frequency of presentation of anorexia nervosa in Malaysia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 15 153-155.
- Crisp, A. H. & D. A. Toms (1972): Primary anorexia nervosa or weight phobia in the male. *British Medical Journal* 1 334-338.
- Crisp, A. H., R. L. Palmer & R. S. Kalucy (1976): How common is anorexia nervosa? A prevalence study. *British Journal of Psychiatry* 128 549-554.
- Garner, D. M. & P. E. Garfinkel (1980): Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine* 10 647-656.
- Giel, R. (1983): Onderzoek naar psychische stoornissen: een epidemiologische beschouwing. *T. Soc. Gezondheidszorg* 61 198-203.
- Giel, R. & G. H. M. M. ten Horn (1976): Een psychiatrisch register als basis voor planning. *T. Soc. Geneesk.* 5 148-153.
- Giel, R. & G. H. M. M. ten Horn (1982): Patterns of mental health care in a Dutch register area. *Soc. Psychiatry* 17 117-123.
- Goldberg, D. & P. Huxley (1980): *Mental Illness in the community: the pathway to psychiatric care*. Tavistock Publications, London.
- Hoek, H. W. (1983): Psychiatrische morbiditeit in Nederland. *T. Soc. Gezondheidszorg* 61 805-807.
- Hoogendoorn, D. (1983): Enkele summere gegevens over 1100 klinisch behandelde patiënten met anorexia nervosa. *Ned. T. Geneeskunde* 127 1631-1633.
- Horn, G. H. M. M. ten & R. Giel (1983): Extramuraal geestelijke gezondheidszorg in een stedelijke gemeente. *T. Psychiatrie* 25 73-96.
- Hsu, L. K. G. (1983): Editorial: The aetiology of anorexia nervosa. *Psychological Medicine* 13 231-238.
- Jones, D. J., M. M. Fox, H. M. Babigian & H. E. Hutton (1980): Epidemiology of anorexia nervosa in Monroe County, New York: 1960-1976. *Psychosomatic Medicine* 42 551-558.
- Kendell, R. E., D. J. Hall, A. Hailey & H. M. Babigian (1973): The epidemiology of anorexia nervosa. *Psychological Medicine* 3 200-203.
- Sours, J. A. (1969): Anorexia Nervosa: nosology, diagnosis, developmental patterns, and power-control dynamics. In: G. Caplan & S. Lebovici, *Adolescence: Psychosocial Perspectives*, 185-212. Basic Books, New York.
- Steinhausen, H. C. & R. Glanville (1983): Editorial: follow-up studies of anorexia nervosa: a review of research findings. *Psychological Medicine* 13 239-249.
- Weeda-Mannak, W. L. (1981): Het belang van vroege hulpverlening van anorexia nervosa. *T. Psychiatrie* 23. Speciaal nummer 5-12.
- Weeda-Mannak, W. L. (1983): Motivatie tot therapie. In: Weeda, W. L. & F. Smits, *Eetstoornissen* 59-63. Algemene Faculteit van de Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht.
- Wing, J. K. & A. Hailey (1972): *Evaluating a community psychiatric service: Camberwell Register 1964-71*. University Oxford Press, Oxford.
- WHO (1978): Mental disorders: *Glossary and guide to their classification in accordance with the Ninth Revision of the International Classification of Diseases*, Genève.