

Schizofrenie en verwante psychotische stoornissen: het 15-jaars beloop van een incidentiecohort

door D. Wiersma, F.J. Nienhuis, R. Giel, A. de Jong en C.J. Slooff

Gepubliceerd in 1995, no. 9

Samenvatting

Verslag wordt gedaan van het 15-jaars beloop van schizofrenie en verwante psychosen. Het betreft een cohort van 82 patiënten die in 1978/79 vanwege een eerste psychose in contact kwamen met de geestelijke gezondheidszorg in Groningen en/of Drenthe. Ongeveer een kwart bleek volledig hersteld, 11% was overleden (bijna altijd door suïcide), 23% was (nog) psychotisch en de overigen kampten met een meer of minder incompleet herstel.

Inleiding

Schizofrenie en verwante niet-affectieve psychosen zijn stoornissen die gekenmerkt worden door een grote ziektelast in termen van chroniciteit, beroep op intramuraal voorzieningen, suïcide en belasting van het gezin. De aandacht voor schizofrenie is aan het terugkeren, mede omdat de mogelijkheden van behandeling, begeleiding en revalidatie zijn toegenomen. Langdurige hospitalisatie en opsluiting in inrichtingen zijn geleidelijk voor een groot deel tot het verleden gaan behoren. De nieuwe behandelstrategieën berusten op trials van omschreven interventies van medicamenteuze en/of psychosociale aard en evaluatie van zorgarrangementen die uiteindelijk bedoeld zijn het beloop en de afloop van de stoornis te beïnvloeden. Toch blijkt hun succes vaak kortdurend en lijkt de prognose op langere termijn niet wezenlijk beïnvloed. In hoeverre dit te maken heeft met de aard van de stoornis, persoonlijke factoren (behandeltrouw), de beschikbaarheid van adequate behandelingsmogelijkheden (vaardigheidstrainingen), maatschappelijke omstandigheden (beschikbaarheid van werk), of aan een combinatie van deze aspecten is geenszins opgehelderd.

In de laatste decennia is een groot aantal studies verricht naar het beloop van schizofrenie (zie o.a. Bleuler 1972; Ciompi en Müller 1976; Huber e.a. 1975, 1979; Sartorius e.a. 1986; Jablensky e.a. 1992). De onderlinge vergelijking van de uitkomsten is om verschillende redenen niet goed mogelijk. Zo zijn de classificatiesystemen veranderd, en daarmee de criteria voor schizofrenie. Ook zijn er verschillende meetinstrumenten toegepast. Gebruikte uitkomstmaten betreffen een algemene indeling in goed, matig en slecht; de mate van zelfstandigheid in de maatschappij; het al dan niet opgenomen zijn; het al dan niet psychotisch zijn, enzovoort. Verder loopt de samenstelling van de onderzochte patiëntenpopulaties uiteen. In sommige studies zijn prevalentiecohorten gebruikt die veel chronische patiënten bevatten, terwijl in andere incidentiecohorten zijn verzameld (prospectief) die tot op heden een relatief korte follow-up-periode (2-5 jaar) hebben. Zogenaamde follow-back-studies volgden patiënten retrospectief vanaf hun eerste opname, gedurende een langere follow-up-periode tot meer dan 30 jaar. In een overzicht van Ram e.a. (1992) zijn 12 van deze follow-back-studies bijeen gezet. Daaruit blijkt dat gemiddeld 28% (min. 20% - max. 38%) van de onderzochte patiënten een goed beloop heeft, 50% (min. 15% - max. 50%) een redelijk beloop en ongeveer 22% (min. 14% - max. 35%) een slecht beloop. Hoewel er ondanks de vele beloopstudies nog niet veel bekend is over de oorzaken en de mogelijk verschillende pathogenese van de subtypen (Crow 1980, 1985), wordt duidelijk dat er een grove indeling met betrekking tot het beloop en de uitkomst te maken valt. Aan deze kennis omtrent het 'natuurlijke' beloop van schizofrenie en verwante psychosen willen wij onze

bevindingen betreffende het 15-jaars beloop van een incidentiecohort toevoegen. Het gaat om een vervolg op onze studie van patiënten met een eerste psychose, die we in de periode 1978-1982 gedurende drie jaar hebben gevolgd (zie o.a. Giel e.a. 1980; De Jong e.a. 1983; De Jong 1984; Slooff e.a. 1982; Slooff 1984; Wiersma e.a. 1982, 1984). In samenwerking met de WHO en het Nathan Kline Instituut in Washington is in 1992 door 22 onderzoekscentra die deel uitmaakten van de International Pilot Study of Schizophrenia (WHO 1979), de Determinants of Outcome Study (Sartorius e.a. 1986) en de Disability Study (Jablensky e.a. 1980), besloten tot een nieuwe follow-up van de destijds verzamelde cohorten teneinde het lange-termijnbeloop en zijn predictoren in uiteenlopende socioculturele omgevingen te bestuderen. In dit eerste artikel rapporteren we over het ziektebeloop en de kansen op terugval, en de relatie tussen de psychiatrische diagnose van destijds en die bij het laatste onderzoek.

Het instrumentarium

Teneinde de (inter)nationale vergelijkbaarheid met eerdere metingen te handhaven is gebruik gemaakt van dezelfde instrumenten voor de meting van het toestandsbeeld en psychosociaal functioneren als destijds, waaronder de Present State Examination (PSE-9) en de Schedule for the Assessment of Negative Symptoms (SANS). Wij maakten daarnaast gebruik van de SCAN PSE-10 (WHO 1992), die een conversie naar de PSE-9 toelaat. Voor de retrospectieve registratie van psychotische episoden en opnames in het APZ gebruikten we een speciaal ontworpen belooplijst. Ten slotte werden in een panelbespreking een diagnose volgens DSM-III-R en een diagnostische classificatie alsmede de veranderingen hierin vastgesteld.

De onderzochte patiënten

Van de 82 patiënten die destijds het gehele incidentiecohort vormden, bleken er op grond van ons ter beschikking staande informatie en bij navraag bij de burgerlijke stand negen overleden (van wie acht zekere suïcide), zes onvindbaar en onbereikbaar (van wie twee in het buitenland; de burgerlijke stand weigerde over vier personen informatie), en vier weigerachtig voor enig gesprek, ook met hun naasten. Dit bracht het aantal geïnterviewde personen op 63 (d.i. 77%), hetgeen overeenkomt met de percentages uit andere deelnemende centra. Deze groep bestond in totaal uit 33 mannen en 30 vrouwen. Tussen de opnieuw onderzochten en de uitvallers bestonden geen statistisch significante verschillen wat betreft geslacht, leeftijd en toenmalige diagnose (schizofrenie versus reactieve psychosen). De gemiddelde leeftijd van de opnieuw onderzochten is op dat moment 40 jaar (variëtebreedte 30-59 jaar; $sd = 6,9$ jaar). De helft van hen is ongehuwd, 25 patiënten zijn gehuwd of leven in een wettelijk samenlevingsverband; één patiënt is gescheiden en vijf hebben de weduwstaat. Drieëntwintig respondenten hebben één of meer (maximaal 4) kinderen.

De woon- en leefsituatie voor acht patiënten is het psychiatrisch ziekenhuis, en voor vijf patiënten een beschermende woonvorm; de anderen wonen zelfstandig in de maatschappij: 24 samen met een partner in een eigen gezinsverband, zeven samen met anderen, één woont nog bij zijn ouders, en de overige 18 leven op zichzelf. De meeste respondenten (42) zitten in de AAW/WAO of (R)WW. Acht respondenten zijn huisvrouw en 14 hebben een werkverband (van wie één vrijwilligerswerk) buiten het huishouden.

Uitvoering van het onderzoek

Onze 15-jaars follow-up startte in juli 1992 en werd eind 1993 afgerond. De uitvoering van het interview nam bij de patiënt anderhalf tot twee-enehalf uur in beslag. Hier kwam vaak nog bij een gesprek met een familielid, partner of een hulpverlener voor aanvullende informatie. De verzameling van de informatie werd in de regel uitgevoerd door twee onderzoekers, van wie de één de verantwoordelijkheid had voor het psychiatrische deel, en de ander voor het sociale gedeelte. In

vrijwel alle gevallen werden de mensen thuis of in het ziekenhuis bezocht. De meesten woonden nog in de provincies Groningen en Drenthe, doch zeven mensen werden elders bezocht.

Het ziektebeloop

Voor de meting van het beloop over de laatste 15 jaar is een speciaal ontworpen belooplijst gebruikt, waarop retrospectief de psychotische episoden (met hallucinaties en/of wanen al of niet van affectieve aard) en de niet-psychotische episoden (voornamelijk angst en depressie) zijn vastgelegd in tijdseenheden van een maand. Ter controle en aanvulling werden van alle opnames ontslagbrieven opgevraagd. Eerder was al het beloop over de eerste drie jaar vastgelegd. Aldus is een zo volledig mogelijk overzicht van de psychotische episoden gedurende 15 jaar sinds het begin van de eerste episode gemaakt. Voor de indeling in beloopstypen werd een eerder door ons gebruikte indeling aangewend (Slooff 1984; Wiersma e.a. 1984). In tabel 1 staan de beloopvormen zoals we die bij de onderzochten hebben vastgesteld.

Tabel 1: Het ziektebeloop van de niet-affectieve functionele psychose over 15 jaar

Beloopvorm	n = 82
1 episode met complete remissie	10 (12,1%)
≥ 2 episoden met complete remissie	12 (14,6%)
1 episode met neurotisch syndroom	3 (3,7%)
≥ 2 episoden met neurotisch syndroom	4 (4,9%)
1 episode met negatief syndroom	3 (3,7%)
≥ 2 episoden met negatief syndroom	23 (28,0%)
continu psychotisch (1 episode)	8 (9,8%)
suïcide na 1 (n = 4) of meer (n = 4) episoden	9 (11,0%)
beloop niet goed bekend vanwege onvindbaarheid of weigerachtigheid van patiënt	10 (12,2%)

Uit de tabel kan worden afgeleid dat ten minste 34% slechts één episode heeft gehad. Het gaat om 28 patiënten van wie 10 volledig herstelden en van wie het merendeel (18) niet symptomvrij herstelde: zij hielden een neurotisch syndroom of negatieve symptomatologie (destijds persoonlijkheidsverandering genoemd) over, of ze bleven chronisch psychotisch of suïcideerden zich (één patiënt suïcideerde zich tijdens de eerste psychose en drie kort daarop). Chroniciteit treedt dus al direct bij de eerste psychose op. De helft van de suïcides vond plaats tijdens een psychose.

Tweeëntwintig van de 82 patiënten zijn hersteld geraakt. Acht zijn vanaf de eerste episode continu ziek gebleven (d.i. één op de tien) en negen zijn door suïcide overleden.

De kans op terugval en chroniciteit

Ons onderzoek biedt de gelegenheid om over een lange tijd de kansen op een recidief te bepalen. In samenhang hiermee maken we ook melding van de percentages van patinten die niet uit de respectievelijke episoden herstellen (en dus ook geen recidief (meer) kunnen meemaken). Duur en aantal van de psychotische episoden zijn steeds bij elk onderzoek nagevraagd. De aanvang van de eerste psychose was ons precies bekend. Begin en eind van de afzonderlijke episoden zijn zo nauwkeurig mogelijk in kaart gebracht en gedateerd vanaf de maand van het ontstaan van de eerste

episode. Gedurende de eerste drie jaren van het onderzoek ging dit vanwege de regelmatige jaarlijkse follow-up tamelijk gemakkelijk. Navraag over de laatste 12 jaar leverde bij een aantal patiënten geen duidelijke informatie op.

In het kader van deze studie wordt gesproken van beëindiging van een episode, als gedurende drie aaneengesloten maanden van psychotische symptomen geen sprake meer is. Andere redenen voor beëindiging betreffen het overlijden van de patiënt (suicide), weigering van verder contact (dus verloop onbekend), en ten slotte het laatste follow-up-onderzoek. De duur van een psychotische episode varieerde in ons onderzoek van één maand tot 185 maanden (bijna 15 jaar; dus continu psychotisch). De psychotische episoden zijn onderverdeeld in twee typen: het ene met psychotische symptomen als wanen en hallucinaties zonder duidelijk affectieve inhoud, en het andere waarin bij de psychotische verschijnselen een manische of depressieve stemming duidelijk meespeelde. Verschillende patiënten blijken dus ook perioden van affectief- psychotische aard meegemaakt te hebben. Deze verschuiving in de pathologie blijkt ook uit de diagnostische beoordeling die we in de volgende paragraaf zullen bespreken.

Bij vier patiënten eindigde de psychotische episode door overlijden, bij vijf patiënten konden we hun psychose door weigering niet verder volgen en bij 15 niet door het einde van de follow-up. Alle andere 201 psychotische episoden vonden een regulier einde; dat wil zeggen, er volgde een toestand van volledig of onvolledig herstel (met negatieve of neurotische symptomen). De gemiddelde duur van deze regulier beëindigde episoden bedroeg vier maanden (variatiebreedte 1-58 maanden). Alle affectief-psychotische perioden hadden in ons onderzoek een regulier einde (zie tabel 2).

Tabel 2: Chroniciteit van opeenvolgende psychotische episoden van niet-affectieve aard

Beloop van de 1e en volgende episoden	Chronisch psychotisch	Negatieve symptomen
1e psychose (n = 82)	12,2%	14,6%
2e psychose (n = 49)	8,2%	24,5%
3e psychose (n = 27)	18,5%	22,2%
4e psychose (n = 15)	26,7%	20,0%
5e psychose (n = 8)	12,5%	50,0%

Het ontbreken van herstel ten gevolge van een chronisch psychotisch toestandbeeld (in ieder geval tot het laatste follow-up-onderzoek) of eindigend in suicide is na elke psychotische episode relatief groot (8- 27%). Een duidelijk stijgende of dalende trend in de loop der tijd na elke volgende episode is niet waarneembaar. Suicide vond één keer tijdens de eerste psychotische episode plaats, twee keer tijdens de tweede, en één keer tijdens de vierde episode. Betrekken we de negatieve symptomatologie bij het verdere beloop, dan blijkt de chroniciteit na elke episode wel geleidelijk toe te nemen: van 27% tot boven de 60%.

De kans op een eerste en een tweede terugval binnen gemiddeld vier jaar is aanzienlijk: twee derde, respectievelijk de helft van de patiënten maakte dit mee (zie tabel 3). De kansen op een derde en een vierde terugval nemen in de volgende vier jaar iets af (rond de 40%) maar blijven toch relatief hoog. Als we de relatief kortdurende psychotische episoden van affectieve aard meerekenen, is bij de mensen die ervoor in aanmerking komen (dus steeds exclusief de patiënten die niet herstellen of

anderszins niet meer gevolgd worden) de kans op een volgende episode telkens aanzienlijk (boven de 60%).

Verdere episoden laten we vanwege de kleine aantallen in de tabellen achterwege.

Tabel 3: Optreden van psychotische recidieven van niet-affectieve en affectieve aard na elke volgende episode over een periode van 15 jaar

Vóórkomen van terugval na:	Terugval van alléén niet-affectieve aard	Terugval, inclusief affectieve psychose
1e psychose (n = 72)	68,1%	72,2%
2e psychose (n = 47)	57,4%	76,6%
3e psychose (n = 31)	48,4%	67,7%
4e psychose (n = 17)	47,1%	76,4%
5e psychose (n = 12)	41,2%	66,7%

Psychopathologie

Voor het psychiatrische toestandsbeeld na 15 jaar bespreken we hier de uitkomsten van de SANS wat betreft de aanwezigheid van negatieve symptomatologie (score per item: 0 = afwezig tot 5 = in ernstige mate aanwezig). De referentieperiode is de maand vóór het interview. Beoordeling vond plaats op basis van het waargenomen gedrag tijdens het interview en eventueel aanvullende observatiegegevens over de laatste maand. Wij spreken binnen dit onderzoek over aanwezigheid van negatieve *symptomen* als iemand op een subschaal een score 3 (= matig ernstig) of hoger heeft. Daarom wordt in tabel 4 van de subschalen naast de gemiddelden ook het aantal patiënten met een score van 3 weergegeven. We spreken van een negatief *syndroom* bij een score van 4 (in duidelijke mate aanwezig) of hoger op twee subschalen.

Tabel 4: Gemiddelden en standaarddeviaties van de scores op de subschalen van de SANS

Subschalen van de SANS:	Gemiddelde (sd) n = 63	Aantal respondenten met score ≥ 3
Vervlakking, afstomping van affect	1,05 (1,33)	10 (16,4%)
Alogie, spraakarmoede	0,71 (1,26)	7 (11,5%)
Wilszwakte, apathie	1,74 (1,61)	25 (40,3%)
Anhedonie, asociaal gedrag	1,90 (1,69)	25 (40,3%)
Aandachtsstoornissen	0,30 (0,88)	3 (4,9%)

Negatieve symptomen waren aanwezig bij 34 onderzochten. Een negatief syndroom stelden wij bij 12 onderzochten vast, van wie er 9 ten tijde van het onderzoek psychotisch waren. Bij de scores van de SANS vallen met name de apathie en anhedonie op. In zestien gevallen werden alleen nul-scores op de

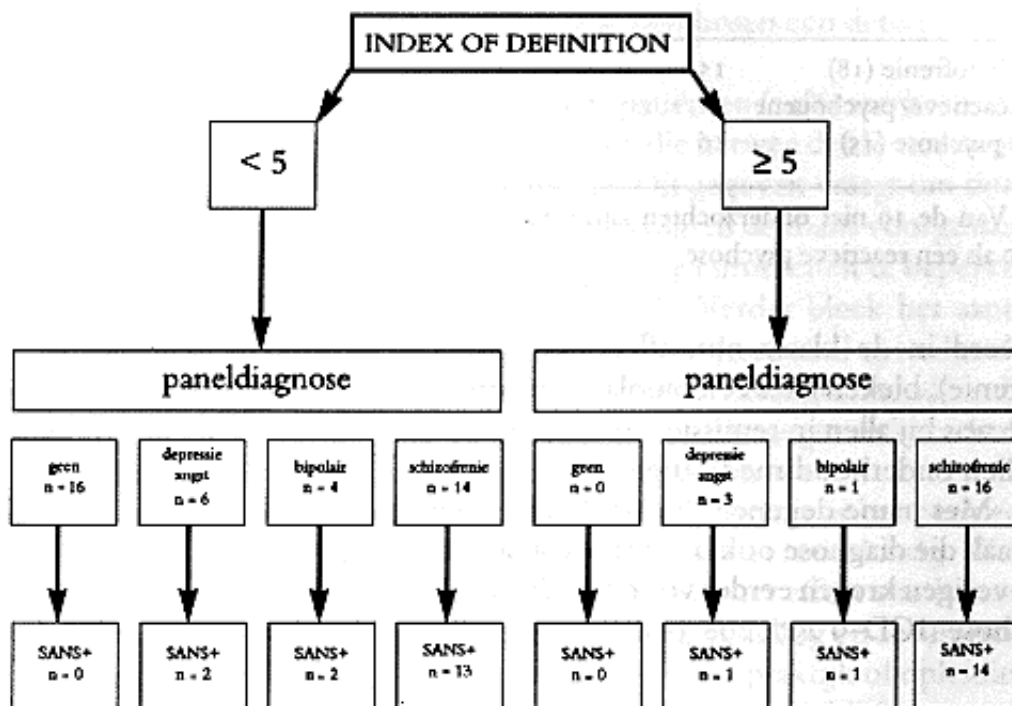
SANS gegeven.

Van de PSE bespreken we alleen de Index of Definition (ID). Omdat bij de ID in het algemeen een drempelwaarde van 5 wordt aangehouden om mensen met en zonder psychiatrische diagnose te onderscheiden, geven we de aantallen patiënten met een score van 1-4 ('geen geval') en 5-8 ('geval'). Onderzochten met negatieve symptomen hoeven niet of nauwelijks te scoren op de PSE, terwijl ze wel een 'geval' zijn. In figuur 1 is aangegeven hoeveel van de met de PSE niet gedetecteerde gevallen van het panel toch een diagnose kregen of negatieve symptomen hadden.

Van de 63 onderzochten waren er drie in het geheel niet bereid persoonlijk met ons te spreken. Wel mochten we met een informant praten. Een vierde was ook weigerachtig, maar er kon een PSE worden ingevuld op basis van een gesprek met de huisarts van de betrokkene. De gegevens voor de PSE ontbreken derhalve voor drie mensen. Zeventien onderzochten (28%) hadden geen (positieve) symptomatologie van betekenis (ID 1 of 2), terwijl 20 patiënten (33%) een ID van 5 of hoger hadden. Negentien patiënten (32%) waren psychotisch tijdens het interview (hallucinaties en/of wanen).

In figuur 1 valt op dat de onderzochten met de diagnose schizofrenie vrijwel zonder uitzondering negatieve symptomen hebben, terwijl geen der onderzochten zonder paneldiagnose deze verschijnselen had.

Figuur 1: Samenhang tussen Index of Definition, diagnose en negatieve symptomen (n = 60)



SANS+ = op één der subschalen 3 of hoger

De diagnose

In het panel van onderzoekers werd de psychiatrische diagnose vastgesteld op basis van de PSE en de SANS. Waar nodig werd ook informatie uit de anamnese gebruikt. Bij de drie onderzochten van wie de PSE ontbrak, was de diagnose gebaseerd op hetero-anamnestiche gegevens (van o.a. huisarts). We classificeerden de onderzochten volgens de criteria van de DSM-III-R (APA 1987). In tabel 5 zijn de diagnoses in klassen weergegeven, gebaseerd op het toestandsbeeld van de onderzochten in de maand voor het interview.

Ruim een kwart van de onderzochten bleek geen symptomatologie te hebben die voldeed aan de criteria voor een psychiatrische diagnose. Bijna de helft van de patiënten daarentegen voldeed na 15 jaar (nog) aan de criteria voor schizofrenie. Daaronder vielen zowel de mensen met een floride psychose als die met een resttoestand. Bij ongeveer één op de vijf patiënten was sprake van een niet-psychotische stoornis, vooral angst of depressie. Vijf patiënten die oorspronkelijk werden geclassificeerd in de klasse non-affectieve psychose (overigens geen schizofrenie), bleken later een bipolaire stoornis te hebben gekregen. De ziekte was bij allen in remissie, en ze ontvingen ten tijde van het onderzoek allen onderhoudsmedicatie.

Tabel 5: Psychiatrische diagnose bij follow-up (DSM-III-R) gerelateerd aan diagnose bij aanvang (ICD-9) (n = 63)*

Diagnose bij aanvang (n)	Diagnose bij follow-up (n)			
	Schizofrenie	Angst/ depressie	Bipolair	Geen diagnose
Schizofrenie (18)	15	1	0	2
Reactieve/psychogene psychose (45)	16	8	5	12

* Van de 19 niet onderzochten zijn 9 bij aanvang als schizofrenie geclassificeerd, 10 als een reactieve psychose

Met name degenen die nu de diagnose schizofrenie kregen, bleken vaak die diagnose ook bij entree tot de studie al gekregen te hebben. De overigen kregen eerder vooral de diagnose reactieve of psychogene psychose (ICD-9 297, 298.3-9).

Samenvatting en conclusie

In dit onderzoek wordt het ziektebeloop van de functionele niet-affectieve psychose, schizofrenie en verwante psychotische stoornissen over 15 jaar nagegaan. De onderlinge variatie in uitkomsten is groot. Negen mensen bleken inmiddels overleden als gevolg van suïcide. Vijf mensen weigerden alle medewerking aan het onderzoek. Onveranderlijk was daarbij het argument dat ze niet herinnerd wilden worden aan de periode van de psychose. Van hen weten we niet hoe ze op dit moment functioneren. We weten wel dat het niet om mensen gaat die chronisch psychotisch zijn en dat ze evenmin in een APZ zijn opgenomen. Zes mensen konden we niet meer achterhalen. Hun huidige toestand is dus onbekend. Van de 63 mensen die we wel konden onderzoeken, verbleven er dertien in beschermende omstandigheden (APZ/ BW); de anderen woonden zelfstandig in de maatschappij. Negentien van de onderzochten waren ten tijde van het interview psychotisch, terwijl twaalf een negatief syndroom hadden. Dit beeld was bij bijna allen reeds lang aanwezig. We troffen ook zestien mensen die tijdens ons onderzoek geen enkel gezondheidsprobleem ondervonden; noch in sociale, noch in psychiatrische

zin. Zij waren degenen met een goede uitkomst: dus ten minste één op de vijf mensen die ooit een psychose doormaakten, functioneerde na 15 jaar zonder problemen. Geconcludeerd kan worden dat een minderheid van de patiënten met een niet-affectieve psychose blijvend herstelt. De overigen ondervonden in wisselende mate (tot volledige invalidering toe) de gevolgen van de psychose gedurende hun leven. Toch is het aantal patiënten dat sinds de eerste episode levenslang gehandicapt raakt, relatief gering. Dat nuanceert, mede gelet op uitkomsten uit andere onderzoeken, de opvatting dat schizofrenie en gerelateerde psychosen een deteriorerend beloop moeten hebben.

Uit onze terugvalgegevens blijkt dat 28 patiënten (34%) van het gehele cohort slechts één episode hebben gehad, die in twee derde van de gevallen een vorm van chroniciteit inluidde. Dit gegeven vraagt om tijdig en adequaat ingrijpen en een behandeling volgens de thans voorgestane behandelprotocollen om zoveel mogelijk deze chroniciteit te beperken (zie Slooff e.a 1994; Appelo en Slooff 1993). Verder bleek het aantal mensen met een chronisch beloop te stijgen met het aantal episoden dat ze hadden doorgemaakt. Het voorkomen van elke terugval houdt in die zin een verlaging van de kans op chroniciteit in. Dit gegeven benadrukt nog eens het belang van terugvalpreventieprogramma's.

Ondanks de hernieuwde aandacht voor schizofrenie is het perspectief voor de patiënten en familieleden nog steeds niet rooskleurig. Weliswaar is er langzamerhand enige evidentie voor het effect van behandelstrategieën wat betreft medicamenteuze behandeling en revalidatie. Deze zijn echter nog geenszins gemeengoed in de praktijk of opleiding (zie bijvoorbeeld Van den Bosch e.a. 1994). Het gevaar blijft aanwezig dat vele patiënten met een schizofrenie aan hun lot worden overgelaten. Maatschappelijke organisaties als de familievereniging 'Ypsilon', de patiëntenvereniging 'Anoiksis' en de Stichting Schizofrenie Nederland zijn actief om de aandacht van politiek en wetenschap op dit gezondheidsprobleem te vestigen. In het kader van Hersenwerk 2002 ('Decade of the Brain') is 1996 uitgeroepen tot het jaar van de schizofrenie, waarin nog eens grote nadruk op dit probleem zal worden gelegd.

Literatuur

American Psychiatric Association (1987), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition, revised*

. American Psychiatric Association, Washington DC.

Andreasen, N.C. (1987), The diagnosis of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 9-22.

Andreasen, N.C., en W.T. Carpenter (1993), Diagnosis and Classification of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19, 199-214.

Appelo, M.T., en C.J. Slooff (1993), *De begeleiding van de chronisch psychiatrische patiënt*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Zaventem.

Bleuler, M. (1972), *Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten*. George Thieme Verlag, Stuttgart.

Ciampi, L., en C. Müller (1976), *Lebensweg und Alter der Schizophrenen: Eine katamnestiche Langzeitstudie bis ins Senium*. Springer Verlag, Berlijn.

Crow, T.J. (1980), Molecular pathology of schizophrenia: more than one disease process? *British Medical Journal*, 280, 66-68.

Crow, T.J. (1985), The two-syndrome concept: origins and current status. *Schizophrenia Bulletin*, 11, 3, 471-486.

Giel, R., H.C. Sauër, C.J. Slooff e.a. (1980), Over de epidemiologie van functionele psychosen en invaliditeit. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 22, 710-722.

Harding, C.M., G.W. Brooks, T. Ashikaga e.a. (1987), The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, I: Methodology, study sample and overall status 32 years later. *American Journal of Psychiatry*, 144, 718-726.

Huber, G., G. Gross en R. Schüttler (1975), A long-term follow-up study of schizophrenia: psychiatric course of illness and prognosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 52, 49-57.

Huber, G., G. Grossen en R. Schüttler (1979), *Schizophrenie. Verlaufs- und sozialpsychiatrische Langzeituntersuchungen an den 1945-1959 in Bonn hospitalisierten schizophrenen Kranken*. Springer, Heidelberg-New York.

Jablensky A., R. Schwarz en T. Tomov (1980), WHO Collaborative study on impairments and disabilities associated with schizophrenic disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Supplement 285, 152-159.

Jablensky, A., N. Sartorius, G. Ernberg e.a. (1992), Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten country study. *Psychological Medicine Monograph Supplement*, 20, 1-97.

Jong, A. de, R. Giel, G.H.M.M. ten Horn e.a. (1983), Nazorg bij functionele psychosen: ontwikkelingen in de samenwerking binnen de GGZ. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 25, 422-439.

Jong, A. de (1984), *Over psychiatrische invaliditeit*. Dissertatie, Rijksuniversiteit Groningen.

Leff, J., N. Sartorius, A. Jablensky e.a. (1992), The International Pilot Study of Schizophrenia: five-year follow-up findings. *Psychological Medicine*, 22, 131-145.

Sartorius, N., A. Jablensky, A. Korten e.a. (1986), Early manifestations of first-contact incidence in different cultures. A preliminary report on the initial evaluation of the WHO Collaborative Study on the Outcome of Severe Mental Disorders. *Psychological Medicine*, 16, 909-928.

Slooff, C.J., R. Giel en D. Wiersma (1982), De classificatie van de functionele niet- affectieve psychosen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 24, 454-469.

Slooff, C.J. (1984), *De klassifikatie en het beloop van schizofrene en reactieve psychosen*. Dissertatie, Rijksuniversiteit Groningen.

Slooff, C.J., M.T. Appelo, I.M. Berkenbosch e.a. (red.) (1994), *Revalidatiemodulen voor mensen met een schizofrenie*. Uitgave: Projectprogramma Woonrevalidatie/ Psychiatrisch Centrum Licht en Kracht, Assen.

Tsuang, M.T., R.F. Woolson en J.A. Fleming (1979), Long term outcome of major psychoses: I. Schizophrenia and affective disorders compared with psychiatrically symptom-free surgical conditions. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1295- 1301.

Wiersma, D., R. Giel, A. de Jong e.a. (1982), Het sociale profiel en het verloop van functionele psychosen. Een kohort-onderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 24, 183-200.

Wiersma, D., R. Giel, A. de Jong e.a. (1984), Chroniciteit bij functionele psychosen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 26, 402-419.

World Health Organization (1979), *Schizophrenia. An International Follow-up Study*. John Wiley and Sons.

World Health Organization (1992), *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)*. World Health Organization, Genève. (Nederlandse vertaling R. Giel en F.J. Nienhuis, afdeling Sociale Psychiatrie, Groningen.)

Summary: Schizophrenia and related psychotic disorders

In the present study 63 out of 82 (76%) subjects were followed-up 15 years after their first non-affective psychosis with a standardized interview, containing psychopathological measures (PSE) as well as observational measures (SANS). Of the original cohort of 82 subjects 9 (11%) had died of suicide, 5 (6%) were not traceable and another 5 (6%) refused to be interviewed. At least about one in five patients (16 patients) had a complete recovery, 23% was (still) psychotic. The others were faced with various degrees of incomplete remission. Results are given as regards patterns of course, current diagnosis and negative symptoms.

De auteurs zijn respectievelijk socioloog, emeritus hoogleraar, wetenschappelijk onderzoeker en klinisch psycholoog (allen verbonden aan de afdeling Sociale Psychiatrie, Rijksuniversiteit Groningen) en psychiater (PZ 'Licht en Kracht', Assen). Correspondentieadres: dr. D. Wiersma, afdeling Sociale Psychiatrie Academisch Ziekenhuis, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 15-2-1995.