

Reactie op redactioneel januari 2001
 'Het Groene Huis' (4)

Het redactioneel van Klompenhouwer in het *Tijdschrift voor Psychiatrie* (2001) noopt tot een reactie vanwege de onjuistheden die het over de forensische psychiatrie bevat en ook vanwege de beledigende manier waarop hij het werk van een grote groep collega's in het historisch perspectief van foute nazi- en USSR-artsen plaatst. Het zinnenetje dat 'in de Nederlandse context van misbruik geen sprake' is, maar dat er wel subtiele vergelijkbare processen spelen, neemt de gewraakte associatie niet weg.

De rest van het artikel is te kenschetsen als 'de pot verwijt de ketel dat hij zwart ziet'. De auteur begint al met een kritische blik op de wisselende inzichten van de psychiatrie als 'wetenschap', maar richt zijn pijlen vervolgens op de forensische psychiatrie, die hij zaken aanwrijft als gebrek aan evidence-based werken, het wekken van te hoog gespannen therapeutische verwachtingen en het meewerken aan maatschappelijke ordehandhaving. Hij denkt zelfs dat deze zaken zullen leiden tot het einde van de forensische psychiatrie, die hij om onduidelijke redenen als een 'bedrijfstuk' meent te moeten aanmerken, als zou het daar gaan om winstbejag en niet om psychiatrisch handelen. Ook hier diskwalificeert hij weer vele integere collega's zonder met feiten te komen. Wat Klompenhouwer echter over de forensische psychiatrie schrijft, is zonder meer ook op de algemene psychiatrie van toepassing. Ook daar wordt de klinische praktijk maar ten dele bepaald door evidence-based werken, ook daar zijn therapeutisch te hoge verwachtingen gewekt, ook daar houden psychiaters zich bezig met taken die uit de wetgeving voortvloeien (BOPZ, sociale verzekeringswetten). Toerekeningsvatbaarheid mag dan geen psychiatrisch begrip zijn, arbeidsgeschiktheid, rijvaardigheid en gevaarlijkheid zijn dat evenmin. De aanlei-

ding voor dit redactioneel wordt niet expliciet genoemd. Uit de laatste paragrafen kan men echter opmaken dat het vooral de voortschrijdende toenadering tussen forensische en algemene psychiatrie is die hem zorgen baart. Gemakshalve lijkt hij de tbs-instellingen als synoniem met forensische psychiatrie te zien, wat zeker niet conform de realiteit is. Er zijn echter al forensisch-psychiatrische voorzieningen en door de rechter geplaatste patiënten in de ambulante geestelijke gezondheidszorg aanwezig, en de forensisch-ambulante voorzieningen zijn gewoon AWBZ-instellingen. Wat de auteur dus eigenlijk wil betogen, blijft mij onhelder. Duidelijk is wel dat hij een polarisatie uitdraagt die niet meer past in de huidige ontwikkelingen.

M. DROST, psychiater, geneesheer-directeur Pieter Baan Centrum

ANTWOORD aan Drost

Hiervoor wordt verwezen naar het antwoord op vorige reacties (*Tijdschrift voor Psychiatrie* 2001/3).

Reactie op 'Verschillen in psychiatrische morbiditeit tussen eerste- en tweedegeneratie Turken die zich aanmelden voor behandeling bij een polikliniek van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis'

Met belangstelling las ik de bijdrage van Güzelcan e.a. (2001) over psychiatrische morbiditeit onder Turkse migranten. Zij beschrijven de psychiatrische diagnoses van Turkse patiënten die zich aanmelden op een polikliniek van een APZ. Omdat deze patiënten vanuit heel Nederland komen, is het niet mogelijk incidentie- of prevalentiecijfers te berekenen. Twee recent gepubliceerde Nederlandse onderzoeken bieden hierover wel enige informatie, voorzover het de psychotische stoornissen betreft.

In Rotterdam werden demografische gegevens verzameld van alle patiënten die op 1 oktober 1994 onder behandeling waren in de ambulante GGZ (drie RIAGG's, psychiatrische poli-

klinieken van het Academisch Ziekenhuis Dijkzigt en twee APZ'en en de vrijgevestigde psychiater(s). Deze gegevens werden afgezet tegen de bevolkingsgegevens van Rotterdam en gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht. Er waren geen verschillen in het voorkomen van schizofrenie en andere psychotische stoornissen tussen mensen die geboren waren in Turkije en autochtonen. Over de tweedegeneratie Turken waren te weinig gegevens beschikbaar om uitspraken te kunnen doen (Schrier e.a. 2001).

Het tweede onderzoek betreft een incidentiestudie in Den Haag. Alle mensen die voor de eerste maal vanwege een psychotische stoornis in contact kwamen met de gezondheidszorg werden op gestandaardiseerde wijze onderzocht. Het risico op schizofrenie, schizofrenieforme stoornis of schizoaffectieve stoornis bleek niet verhoogd bij Turken van de eerste- of tweedegeneratie (Selten e.a. 2001).

De bevinding van Güzelcan e.a. dat weinig eerstegeneratie Turken zich presenteren met een psychose, past binnen de bovenbeschreven onderzoeksresultaten. Anders ligt dit ten aanzien van hun ervaring met tweedegeneratie Turken, bij wie zij relatief veel psychotische stoornissen diagnosticeren. Op grond van het epidemiologisch onderzoek zijn er voornamelijk geen aanwijzingen voor een verhoogde incidentie van psychoses in deze bevolkingsgroep.

A. C. SCHRIER, psychiater

LITERATUUR

- Güzelcan, Y., Koeter, M.W.J., & Lanting, R.H.H. (2001). Verschillen in psychiatrische morbiditeit tussen eerste- en tweedegeneratie Turken die zich aanmelden voor behandeling bij een polikliniek van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43, 185-189.
- Schrier, A.C., van de Wetering, B.J.M., Mulder P.G.H., e.a. (2001). Point prevalence of schizophrenia in immigrant groups in Rotterdam: data from outpatient facilities. *European Journal of Psychiatry*, 16, 162-166.
- 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.

ANTWOORD aan Schrier

Mevrouw Schrier stelt dat 1. ons onderzoek, gebaseerd op een polikliniek met patiënten uit geheel Nederland, het niet toestaat prevalentie- en incidentiecijfers te berekenen; 2. er twee recente onderzoeken zijn die dit wel mogelijk maken (Schrier e.a. 2001 en Selten e.a. 2001); 3. deze twee onderzoeken onze bevinding bevestigen dat eerstegeneratie Turken zich nauwelijks presenteren met psychosen, maar onze bevinding niet ondersteunen dat bij tweedegeneratie Turken relatief vaak een psychose gediagnosticeerd wordt.

Wij zullen puntsgewijs op de opmerkingen van mevrouw Schrier reageren.

1. Mevrouw Schrier heeft gelijk. De noemer voor de prevalentieschatting vraagt om een nauw omschreven *catchment area*, die er niet is.

2. Gezien het feit dat de door ons onderzochte polikliniek een landelijke functie heeft voor Turken, vragen wij ons af of de twee studies waar mevrouw Schrier aan refereert wel een incidentie- of prevalentieschatting toestaan. Cases zoeken soms hulp buiten het gebied waar zij wonen en dus buiten de *catchment area* van een studie. Zo komt een aantal cases uit hun *catchment area* naar de door ons onderzochte polikliniek. Wij hebben een noemerprobleem bij de prevalentieschatting; zij hebben mogelijk een tellerprobleem.

3. Het vorige punt verklaart mogelijk voor een deel waarom in de steekproef voor beide aangehaalde studies erg weinig Turken voorkwamen. Dit betekent dat generalisatie van de bevindingen van deze studies naar Turken met de nodige voorzichtigheid moet worden gemaakt. Een extra probleem vormt het feit dat, voorzover wij kunnen beoordelen, in het onderzoek van Schrier e.a. geen gestructureerde diagnostiek is gebruikt. Gecombineerd met de verhoogde kans op misdiagnostiek bij immigranten, die voor een substantieel deel de Nederlandse taal niet of onvoldoende meester zijn (Haasen e.a. 2000; Güzelcan & Öricü 1998), maakt dit de bevindingen ook lastiger vergelijkbaar.

4. Bovendien is voor een zuivere prevalentie-schatting onderzoek op *community*-niveau noodzakelijk. Onderzoek in eerste of hogere lijn houdt cases die geen hulp zoeken, onzichtbaar.

Wij hebben overigens geen sluitende verklaring voor onze bevindingen met betrekking tot de tweedegeneratie Turken. Het is niet uit te sluiten dat dit een vorm van selectiebias is, namelijk dat in de tweedegeneratie Turken met name personen met een psychose zich bij deze specifieke polikliniek melden. Het blijft dan wel de vraag waarom dit niet voor de eerstegeneratie Turken geldt.

De onderzoeken waar mevrouw Schrier aan refereert, zijn in onze ogen overigens belangrijke stappen naar een beter begrip van, en inzicht in de psychiatrische toestand van immigranten in Nederland. Ze laten ook een probleem van dit soort onderzoeken zien, namelijk de grote heterogeniteit in etniciteit en culturele achtergrond van de migranten in Nederland. Omdat de onderzoeksgroep bovendien vaak relatief klein is, is generalisatie naar specifieke immigrantengroepen of culturen vaak problematisch. De

combinatie van de bevindingen van verschillende onderzoeken, waar in de brief van mevrouw Schrier een aanzet toe wordt gegeven, biedt misschien meerwaarde.

Y. GÜZELCAN

M.W.J. KOETER

R.H.H. LANTING

LITERATUUR

- Güzelcan, Y., & Örüçü, H. (1998). Schizofrenie wordt bij Turkse patiënten niet snel herkend. *Medisch Contact*, 25, 857.
- Haasen, C., Yagdiran, O., Mass, R., e.a. (2000). Potential for misdiagnosis among Turkish migrants with psychotic disorders: A clinical controlled study in Germany. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 125-129.
- Schrier, A.C., van de Wetering, B.J.M., Mulder P.G.H., e.a. (2001). Point prevalence of schizophrenia in immigrant groups in Rotterdam: Data from outpatient facilities. *European Journal of Psychiatry*, 16, 162-166.
- 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.