

Over de epidemiologie van functionele psychosen en invaliditeit

door R. Giel, H.C. Sauër, C.J. Slooff en D. Wiersma

Inleiding

In ons land is het ziekteverzuim al vele jaren aan het toenemen. Dat geldt in het bijzonder ziekteverzuim, dat zonder onderbreking tenminste één jaar duurde. Op elke willekeurige dag in 1978 bleef 10 procent van de beroepsbevolking ziek thuis, terwijl ongeveer 470.000 mensen op een beroepsbevolking van omstreeks 3,5 miljoen, een uitkering genoten krachtens de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Geesteszieken leveren een belangrijke bijdrage aan de totale invaliditeit in onze bevolking, vooral in de jongere leeftijdsgroepen. Zo meldde de Gemeenschappelijke Medische Dienst in 1978 dat ongeveer éénderde van alle arbeidsongeschikten in de leeftijd van 25 tot en met 34 jaar, deze arbeidsongeschiktheid hadden te danken aan een geestelijke stoornis. Een onderzoek van de ziektegeschiedenissen van 376 arbeidsongeschikte werknemers bracht aan het licht dat hun kansen op herstel en werkherleving het kleinst waren in geval van een geestesziekte. Het is jammer dat we over zo weinig feitelijke kennis beschikken op grond waarvan we voorspellingen kunnen doen over iemands kansen op langdurige arbeidsongeschiktheid en afhankelijkheid van sociale voorzieningen bij bijvoorbeeld een functionele psychose. Dergelijke kennis zou de doelmatige bestrijding van die afhankelijkheid bevorderen. Eén van de oorzaken van het ontbreken van zulke kennis is ons gebrek aan overeenstemming over wat maatschappelijke invaliditeit eigenlijk is, over het onderscheid tussen deze invaliditeit en symptomatologie en daarmee over hun samenhang.

Op het ogenblik staat de diagnose van een functionele psychose vrijwel gelijk aan een veroordeling tot blijvende sociale invaliditeit en arbeidsongeschiktheid, hetgeen op zich iedere poging tot revalidatie en resocialisatie zo goed als geheel uitsluit.

De Wereld Gezondheidsorganisatie heeft in 1976 een onderzoek in

Giel en Wiersma zijn resp. als hoogleraar en als socioloog verbonden aan de afdeling sociale psychiatrie van de Rijks Universiteit te Groningen; Sauër en Slooff zijn als psychiater verbonden aan de afdeling klinische psychiatrie van dezelfde Universiteit.

gang gezet naar de toepassing, betrouwbaarheid en validiteit van een reeks instrumenten voor het meten van psychische functiestoornissen en sociale invaliditeit bij mensen met in eerste aanleg ernstige geestesziekten. Catamnestic onderzoek met herhaalde metingen moeten ertoe dienen om het verloop van deze aspecten van geestesziekten aan het licht te brengen en ons zodoende in staat te stellen factoren op te sporen die iemands mate van sociale invaliditeit kunnen voorspellen (Jablensky, et al., 1980).

Het was al direct de bedoeling dit onderzoek in verschillende culturen uit te voeren. In het meest gunstige geval zou dergelijk onderzoek moeten leiden tot experimenten ter voorkoming van sociale invaliditeit.

De 'W.H.O. Collaborative Study on the Assessment and Reduction of Psychiatric Disability' vindt plaats in Ankara, Groningen, Khartoum, Mannheim, Sofia, Zagreb en Zürich (zie bijlage). Het is de bedoeling van dit verslag om de methodologie te presenteren en vervolgens in te gaan op enkele eerste resultaten die betrekking hebben op het optreden en voorkomen van functionele psychosen in ons land. Tenslotte zullen onze epidemiologische bevindingen vergeleken worden met enkele uit Engeland en Scandinavië.

Doelstellingen van het onderzoek en omschrijving van de gebruikte begrippen

De doelstellingen luiden als volgt:

- 1 de ontwikkeling en standaardisering van de instrumenten en van de gang van zaken bij de beoordeling van functiestoornissen en sociale invaliditeit bij patiënten met een functionele psychose;
- 2 de opsporing van factoren die sociale invaliditeit kunnen voorspellen en van kenmerken van patiënten met een verhoogd risico;
- 3 een eerste evaluatie van de verschillende soorten zorg die de patiënten ontvangen en van het effect ervan op hun eventuele invaliditeit.

In de opzet van het onderzoek is een duidelijk onderscheid tussen symptomen, psychische functiestoornissen en sociale invaliditeit van essentieel belang, omdat hun ontwikkeling in het verloop van een ziekte niet parallel hoeft te gaan. In de praktijk zijn de bijbehorende verschijnselen echter moeilijk te scheiden. In onze opzet houdt het begrip ziekte een verstoring, een afwijking in van iemands gebruikelijke ervaringswereld. Deze afwijkende ervaringen komen tot uitdrukking in symptomen. Het samenstel van symptomen, ofwel het syndroom, hoeft niet volledig identiek te zijn aan de ziekte als eenheid. De laatste kan tot uiting komen in verschillende syndromen. In theoretisch opzicht bestaat de ziekte-eenheid uit een verzameling symptomen met een gemeenschappelijke verklaring, een bepaald beloop, evenals een min of meer omschreven afloop. In de klinische praktijk van de psychiatrie slaan symptomen echter niet alleen op pathologische ervaringen, maar ook op observeerbare psychische functiestoornissen en op afwijkend rolgedrag. Dergelijke functie-stoornissen hoeven echter niet zo specifiek te

zijn voor een bepaalde ziekte-eenheid als een bepaald samenstel van symptomen. Bovendien zijn we er niet zeker van dat ze moeten worden gezien als het directe gevolg van de ziekte dan wel als min of meer onafhankelijke verschijnselen. Op het eerste gezicht lijkt hun onderscheid voornamelijk van theoretisch belang, maar bij hun praktische beoordeling, zoals in dit onderzoek, is het vruchtbaarder om hen als gescheiden te zien: dat wil zeggen de symptomen als pathologische ervaringen die door de patiënt zelf worden beschreven; de psychische functie-stoornissen als observeerbare gedragingen tijdens de interactie tussen patiënt en onderzoeker; en de sociale invaliditeit als stoornissen in het in de cultuur gebruikelijke rolgedrag, in het bijzonder ten opzichte van sleutelfiguren in de directe omgeving van de patiënt. De samenhang tussen deze verschillende aspecten van iemand ziekte vormen het onderwerp van ons onderzoek.

In de praktijk van het onderzoek maken we het volgende onderscheid:

1. De klinisch psychiatrische toestand van de patiënt. Deze bestaat uit het oordeel van de onderzoeker over de aanwezigheid van klinische symptomen gedurende een van te voren afgesproken periode. Dit oordeel is gebaseerd op de weergave door de patiënt, tijdens een gestandaardiseerd interview, van zijn pathologische ervaringen.

2. Psychische functie-stoornissen die te maken hebben met belemmeringen van het geheugen, het kennen, de modulatie van het gevoel, contact met de werkelijkheid enz. In ons onderzoek beperken we ons tot de gewone vaardigheden waarover iemand in zijn dagelijkse interactie moet beschikken: zijn communicatie door middel van gelaats-uitdrukkingen, gebaren en houdingen, zijn gevoelsuitdrukkingen, zijn gespreksvoering, de wijze waarop hij zich in de ontmoeting voordoet, enz. Dit alles wordt beoordeeld tijdens het interview, dus uitsluitend op grond van directe observatie (Argyle, 1972; Ekman and Oster, 1979; en Trower et al., 1978).

3. Sociale invaliditeit komt in dit onderzoek neer op belemmeringen van iemands rolgedrag, zoals dit normaal gesproken van hem kan worden verwacht in zijn eigen maatschappelijke situatie, waartoe ook zijn gezin en baan behoren. Het gaat daarbij uiteraard om stoornissen die verband houden met die ziekte van de patiënt.

Voorzover zijn symptomen, psychische functie-stoornissen en sociale invaliditeit inderdaad duidelijk te onderscheiden aspecten van de toestand van de patiënt beschrijven, is het van belang hun samenhang te bestuderen. Als ze slechts verschillende kanten van één en hetzelfde proces zijn, dan zal deze natuurlijk zeer nauw moeten zijn. Volgens ons heeft sociale invaliditeit echter zijn oorsprong vooral in uitwendige maatschappelijke factoren.

Dat geldt eveneens voor de duurzaamheid ervan. Symptomen en psychische functie-stoornissen zijn waarschijnlijk meer direct het gevolg van de ziekte zelf. Zodoende zal sociale invaliditeit vermoedelijk minder specifiek zijn voor een bepaalde ziekte dan symptomen en psychische functie-stoornissen. Wat we ons in dit onder-

zoek vooral afvragen is welke van de drie bij het uitbreken van de ziekte een grotere voorspellende waarde heeft voor het latere rolgedrag, bijvoorbeeld nadat één jaar is verstreken: de symptomen, de psychische functie-stoornis of de sociale invaliditeit zelf.

Werkwijze

Hier volgt een overzicht van de instrumenten die we bij elke patiënt gebruikten en bij het na-onderzoek grotendeels opnieuw zullen gebruiken:

1. De 'Present State Examination' (PSE), die door Wing, Cooper en Sartorius, (negende versie, 1974) werd ontwikkeld. De PSE gaat uit van een half gestructureerd interview over iemands symptomen gedurende de laatste vier weken. Er hoort een verklarende woordenlijst bij. De transculturele toepassing, de betrouwbaarheid, de training ervoor, de codering en de verwerking zijn uitvoerig beschreven (WHO 1973, 1975 en 1979). Pen en zijn medewerkers (1977) voerden het instrument in ons land in. Wij gebruiken een vertaling door Giel, Pen, Slooff en Van den Hoofdakker, die op zijn betrouwbaarheid werd getoetst (Slooff e.a., 1980).
2. De 'Psychological Impairment Rating Schedule' (PIRS) is in feite een uitbreiding van de PSE sectie die over het gedrag, het gevoel en de spraak van de patiënt gaat. De PIRS omvat scoringsvoorschriften voor het communicatieve gedrag van de patiënt gedurende het interview. Er zijn tien secties: psychisch tempo, aandachtsstoornissen, vermoedbaarheid, initiatief, uitdrukkingsvermogen van het gelaat, lichaamstaal, gevoelsuitingen, gespreksvoering, de manier waarop de betrokkene zichzelf presenteert en zijn medewerking in het interview. Naast een afzonderlijke score voor elk item in een sectie, moet er ook een globaal oordeel worden gegeven over elke sectie als geheel. De PIRS is speciaal voor dit onderzoek opgezet en de betrouwbaarheid en validiteit moeten nog worden getoetst.
3. De 'Disability Assessment Schedule' (DAS) is eveneens speciaal voor dit onderzoek ontwikkeld, en heeft nog niet zijn uiteindelijke vorm bereikt. De vier secties, die over de afgelopen vier weken gaan, behandelen meer algemene aspecten van iemands optreden: zelfverzorging, activiteitsniveau en teruggetrokkenheid; verschillende sociale rollen: betrokkenheid bij het huishouden, het huwelijk, de verzorging van de kinderen, het werk en wat er zoal in de wereld gebeurt; het gedrag op de afdeling, indien de patiënt is opgenomen gedurende de afgelopen maand; en tenslotte 'modifying factors': dat wil zeggen kenmerken van de patiënt en zijn omgeving die hij mee of juist tegen heeft. De scores worden in hoofdzaak gebaseerd op een interview met een sleutelfiguur uit het gezin van de patiënt, bijvoorbeeld de echtgenote, een ouder of een kind. Als standaard geldt wat als het gebruikelijke rolgedrag in het milieu van de patiënt kan worden beschouwd. De uiteindelijke scores zijn mede gebaseerd op de mening van de patiënt zelf.
4. De 'Social Adjustment Scale' (SAS), wordt alleen door het Ne-

derlandse onderzoeksteam gebruikt. Hij verschaft vooral informatie over de eerste twee secties van de DAS, maar dan uitsluitend op grond van de mening van de patiënt over zijn rolgedrag. De SAS is door Weissman e.a. (1974 en 1975) opgezet en getoetst. Wij gebruiken hem ter validering van de DAS.

5. De 'Psychiatric History and Sociodemographic Description Schedule' (PHSD) vloeide voort uit een vorig onderzoek van de WHO (de International Pilot Study of Schizophrenia, WHO, 1973 en 1979). De ziektegeschiedenis met zijn begin, psychotische episoden, opnamen en symptoomvrije perioden, wordt er in chronologische volgorde mee vastgelegd. Daarnaast dient hij om de sociodemografische kenmerken van de patiënt te noteren. Voor het onderzoek bestaat een ietwat gewijzigde versie (de Fu-HSD).

6. De 'Diagnostic and Prognostic Assessment Schedule' (DPA), is een enigszins gewijzigde versie van het diagnostische protocol dat in de 'International Pilot Study of Schizophrenia' van de WHO werd gebruikt. Alle verzamelde informatie wordt benut om met het hele onderzoeksteam tot een diagnose te komen (negende revisie van de International Classification of Diseases, WHO, 1977). Daarnaast wordt een aantal voorspellingen in de DPA vastgelegd over het verdere verloop van de ziekte, evenals de meest wenselijke behandeling en begeleiding van de patiënt. Dit alles dus volgens het oordeel van het onderzoeksteam.

Verder verzamelen we nog informatie over de patiënt, wanneer deze daarvoor toestemming heeft gegeven, bij zijn behandelaars. Het interviewen van de patiënt en zijn sleutelfiguren en het invullen van de diverse protocollen vergen vier tot vijf uren. De PSE bijvoorbeeld, vraagt bij een symptoomloze patiënt niet meer dan 45 minuten, maar bij een ernstig gestoorde patiënt meer dan twee uur. In een aantal gevallen is het zelfs nodig om het in twee zittingen te voltooien. Het onderzoeksteam bestaat uit drie psychiaters en vier gedragswetenschappers die de DAS en de SAS afnemen.

De selectie van het cohort

Het cohort dat het onderwerp van dit onderzoek vormt bestaat uit een reeks van opeenvolgende patiënten, afkomstig uit Groningen of Drenthe, die voor het eerst in hun leven een niet-affectieve functionele psychose hebben gekregen. In andere landen zou dit voornamelijk neerkomen op het ziektebeeld schizofrenie (ICD: 295), maar in Nederland wordt deze diagnose doorgaans niet gauw gesteld en worden veel vaker andere diagnoses gesteld; bijvoorbeeld reactieve, hysterische of psychogene psychosen. Daarom hebben wij ons gericht op de volgende categorieën: ICD: 295.0 tot en met 295.9, dat wil zeggen, schizofrene psychosen; paranoïde toestandsbeelden, dat wil zeggen, ICD 297.0 tot en met 297.9; en de overige niet-organische psychosen, paranoïd en niet nader gespecificeerd: 298.3 tot en met 298.9. Teneinde zeker te zijn omtrent het niet-affectieve karakter van de psychosen hebben we ICD: 298.0 en 298.1 uitgesloten. We konden er niet zeker van zijn dat deze niet

later tot de affectieve psychosen zouden blijken te behoren (ICD: 296). Om dezelfde reden hebben we 298.2 (reactieve verwardheids-toestand) uitgesloten, welk ziektebeeld misschien later van organische aard kan blijken te zijn. De eigenlijke selectie van de gevallen was afhankelijk van het soort ziekenhuis waar we mee te maken hadden. De twee provincies tellen tezamen vier psychiatrische ziekenhuizen, zes paaz-en (waaronder de psychiatrische universiteitskliniek), en twee sociaal psychiatrische diensten met poliklinieken op verschillende plaatsen.

De psychiatrische ziekenhuizen werd gevraagd bij de selectie van alle eerste opnamen, gebruik te maken van de kaarten, met hun ICD codering, voor het centrale register te Leidschendam, met uitsluiting van patiënten jonger dan vijftien of ouder dan vierenvestig jaar, of afkomstig uit een andere provincie. De PAAZ-en die niet aan het centrale register meedoen, werd gevraagd alle eerste opnamen of eerste contacten wegens een psychose aan de volgende criteria te onderwerpen:

- hallucinaties aanwezig;
 - wanen van niet-affectieve aard;
 - duidelijk bizar of hogelijk onaangepast gedrag; of
 - denk- en taalstoornissen, behalve een vertraging of versnelling.
- Ook de PAAZ-en hielden zich aan onze criteria voor leeftijd en de woonplaats van de patiënten.

Op gezette tijden bezocht één van ons de ziekenhuizen om de geselecteerde ziektegeschiedenissen nog eens met bovenstaande criteria bij de hand, door te nemen. Bovendien overtuigden we ons ervan dat het werkelijk om een eerste psychotische episode ging en dat er géén sprake was van het volgende:

- aanwijzingen voor een aandoening van de hersenen (incl. epilepsie), ernstige zwakzinnigheid, duidelijke zintuigelijke gebreken, of verslaving aan drugs of alcohol; en
- geen voorgeschiedenis van psychotische symptomen langer dan anderhalf jaar voorafgaand aan het eerste contact met een sociaal psychiatrische dienst, of de eerste opname, wegens een psychotische episode.

De geselecteerde patiënten werden door hun eigen behandelaar benaderd met ons verzoek om deelname aan het onderzoek. Pas wanneer hun toestemming was verkregen volgde het eerste interview.

De diagnostische indeling die we in dit verslag presenteren, is gebaseerd op de diagnose die door het team van onderzoekers werd gesteld op grond van het interview, inclusief alle andere beschikbare gegevens. De diagnose van de zes weigeraars is die uit hun ziektegeschiedenis. Het komt er dus op neer dat we de diagnostische formuleringen van de oorspronkelijke behandelaars stuk voor stuk hebben doorgenomen en eventueel herzien. De totale selectieprocedure van ons cohort nam anderhalf jaar in beslag. Dit verslag gaat echter over de 47 patiënten uit het cohort, die van de eerste september 1978 tot de eerste september 1979 werden geselecteerd: 46 naar aanleiding van hun eerste opname met een psychose in dat

jaar, en één die slechts met een sociaal psychiatrische dienst in contact kwam.

Epidemiologische beschouwingen

Dit eerste psychiatrische contact wegens een functionele psychose, zoals door ons omschreven betrof dus 47 personen ('administrative annual incidence' of 'inception'). Uit tabel 1 blijkt dat deze ziekte zich vooral gedurende de late adolescentie en de vroege volwassenheid voor het eerst manifesteert. Na het dertigste jaar treedt hij nauwelijks meer voor de eerste keer op.

Table 1*: New cases of functional psychosis contacting mental health services in Groningen and Drenthe during one year, by age and sex and per 10,000 of the population.

Age	Males:			Females:			Total:		
	Population	number of patients	per 10,000	Population	number of patients	per 10,000	Population	number of patients	per 10,000
15-19	41,579	3	0.72	39,658	5	1.26	81,237	8	0.98
20-24	41,708	10	2.40	39,268	10	2.55	80,976	20	2.47
25-29	40,081	6	1.50	37,103	9	2.43	77,184	15	1.94
30-34	37,927	—	—	35,262	1	0.28	73,189	1	0.14
35-39	28,353	—	—	26,980	1	0.37	55,333	1	0.18
40-44	26,580	—	—	25,637	2	0.78	52,217	2	0.38
Total	216,228	19	0.88	203,908	28	1.37	420,136	47	1.12

Voorzover onze bevindingen representatief zijn te noemen, zou dit in geheel Nederland neerkomen op jaarlijks 275 mannen en 400 vrouwen in de leeftijdsklasse van 15 tot en met 44 jaar.

Table 2: Diagnostic breakdown of 47 cases aged 15 to 44 years.

Diagnosis	ICD	Males:		Females:		Total:
		Nr.	per 10,000	Nr.	per 10,000	per 10,000
- Schizophrenia	295.1	2		2		
	295.3	2		1		
	295.4	2		1		
	295.9	—		2		
	Total	295	6	0.28	6	0.29
- Paranoid states	297	—	—	2	0.10	0.05
- other non-organic	298.1	—		—		
	298.2	—		—		
	298.4	2		9		
	298.8	10		10		
	298.9	1		1		
Total	298	13	0.60	20	0.98	0.79

* Teneinde deze tabellen 'toegankelijk' te houden voor alle deelnemers in het onderzoek werden ze in de oorspronkelijke (Engelse) versie opgenomen in dit artikel.

Tabel 2 geeft een meer gedetailleerde diagnostische indeling weer. Wat vooral opvalt is het kleine aantal personen met de diagnose schizofrenie en het geringe verschil tussen mannen en vrouwen. Hare (1967), bijvoorbeeld, haalt gevallen aan over de psychiatrische ziekenhuizen in New York State die veel hoger zijn: in 1930 vonden daar wegens schizofrenie 1,9 eerste opnamen plaats per 10.000 van de bevolking en in 1950 3,2. In Engeland en Wales bleef het aantal eerste opnamen in de periode van 1952 tot 1960 gelijk op 1,5 per 10.000 van de bevolking. Omdat deze ratio getallen alle leeftijdsgroepen omvatten, ook die waarin schizofrenie niet voor het eerst opduikt, zijn ze veel en veel hoger dan de onze.

Hartelius (1972) bestudeerde de psychische morbiditeit van het Zweedse district Kristianstadt met 250.000 inwoners. Zijn onderzoek omvatte het psychiatrische ziekenhuis, een paaz, de universiteitskliniek van Lund en een tehuis voor psychiatrische patiënten. In 1950 telde hij 4,6 eerste opnamen wegens schizofrenie per 10.000 van de bevolking en in 1960 2,8. Hartelius veronderstelt dat een complex van factoren aan deze afname bijdraagt: veranderingen in de bevolkingspyramide, erfelijke factoren, toenemende verstedelijking, veranderingen in de diagnostische gewoonten en een tijdsartefact, omdat hij uitging van een veel latere diagnose van mensen die tien jaar eerder voor het eerst werden opgenomen.

Helgason (1977) telde alle eerste opnamen vanuit de bevolking van IJsland in 1966 en 1967. Hij bestudeerde drie cohorten: patiënten die voor het eerst werden opgenomen binnen het jaar van hun eerste verwijzing naar een psychiater, anderen die pas nadat dat jaar was verstreken werden opgenomen, en een derde cohort van mensen die in het geheel niet werden opgenomen. Het eerste cohort komt meer overeen met het onze, daarom hebben we de bevindingen van Helgason samengevat in tabel 3. Omdat hij de drie cohorten wat betreft de 'overige' psychosen niet afzonderlijk presenteert, doen wij dat ook hier niet.

Table 3: First admissions for schizophrenia and other functional psychoses per 10,000 of the population of Iceland (adapted from Helgason, 1977).

Age	Rates for males: ICD (8th revision)		Rates for females: ICD (8th revision)	
	295	297, 298, 299	295	297, 298, 299
15-19	1.0	1.0	1.7	—
20-24	1.9	1.3	1.3	2.0
25-29	2.5	—	—	2.6
30-34	1.7	—	—	5.3
35-39	0.8	0.8	5.2	4.3
40-44	0.9	—	1.9	2.8
Total	1.5	0.5	1.7	2.8

Opnieuw blijken onze getallen wat betreft de schizofrene psychose erg laag. Het verschil wordt nog veel groter wanneer we de drie IJslandse cohorten bij elkaar optellen: 4,95 per 10.000 mannen van 15-44 jaar en 5,0 vrouwen.

Helgason vond voor iedere schizofrene patiënt die binnen één jaar werd opgenomen, één andere die dat pas na één jaar overkwam en twee anderen die uitsluitend poliklinisch werden behandeld. Hij schrijft dit toe aan het kleine aantal beschikbare psychiatrische bedden: 1,2 per 1000 van de bevolking. Dit is minder dan de helft van het aantal waarover wij beschikken. Alleen al daarom achten wij het hoogst onwaarschijnlijk dat in ons onderzoek veel patiënten met een eerste schizofrene 'Schub' aan een opname zouden zijn ontkomen.

Wing vond in de periode van 1969 tot 1973 in Camberwell (Londen) een gemiddelde jaarlijkse 'inception rate' (d.w.z. een eerste contact met de GGZ) voor schizofrenie van 1,4 per 10.000 mannen en 1,5 vrouwen. Fryers vond in hetzelfde onderzoek (Wing en Fryers, 1976) getallen van 1,2 voor mannen en 1,0 voor vrouwen uit het gebied van Salford. De ICD klassen: 297, 298 en 299 (achtste herziening) zijn in dit onderzoek niet terug te vinden. Daarom weten we niet of ze deel uitmaken van ICD klasse: 295 of niet. Voorzover we dat weten worden de eerdergenoemde klassen in Engeland vrijwel niet gebruikt. Op grond van de opmerking van Wing (1978), dat de ziekte op elke leeftijd, ondanks de voorkeur voor de late adolescentie en de vroege volwassenheid, voor het eerst op kan treden, nemen we aan dat men er in Engeland toe neigt alle 'overige niet-organische psychosen' samen te nemen in de klasse van schizofrenie (ICD: 295). Dit zou voor een deel onze lage cijfers voor schizofrenie kunnen verklaren.

Tot nu toe is het enige onderzoek dat met lage eerste opname cijfers komt het Samsø project in Denemarken. Het eiland Samsø wordt als sinds 1957 door het Aarhus Psychiatric Hospital van psychiatrische zorg voorzien, en door het Institute of Psychiatric Demography onderzocht (Nielsen, 1976). In de periode van 1957 tot 1971 bedroeg het cijfer voor eerste opnamen wegens schizofrenie 0,1 per 1000 van de bevolking van 15 jaar en ouder, en wegens psychogene (reactieve) psychosen ook 0,1. Deze patiënten werden, net zoals bij ons, in een vroeg stadium van hun ziekte geregistreerd. Misschien is dit een verklaring van deze lage cijfers.

Functionele psychosen en sociale invaliditeit

Wanneer we uitsluitend afgaan op de 'eerste opname' cijfers die we hebben gevonden, dan blijkt het niet om een indrukwekkend aantal mensen te gaan. Volgens Wing (1978) suggereren de meeste schattingen van de kans op het uitbreken van schizofrenie bij iemand die lang genoeg leeft om de periode door te maken gedurende welke het risico het grootst is, dat deze één procent niet te boven gaat. Het belang van de ziekte moeten we echter niet aan deze cijfers voor eerste opnamen ontnemen.

Er zijn andere epidemiologische maten voor nodig om het werkelijke probleem aan het licht te brengen. Zo geeft tabel 4 alle opnamen in Nederland te zien, voorzover de psychiatrische ziekenhuizen en universiteitsklinieken daarbij betrokken waren.

We hebben de ratio getallen voor 1970 en 1977 berekend met behulp van de tabellen van het centrale patiëntenregister te Leidschendam en van het Centrale Bureau voor de Statistiek. De cijfers van 1977 zijn de meest recente, en toen was de achtste herziening van de ICD nog in gebruik. Een ander probleem bij de weergaven van de cijfers was dat de centrale tabellen niet voldoende gedetailleerd zijn om dezelfde klassen uit te sluiten als wij hebben gedaan. Toch geloven wij dat deze verschillen niet groot genoeg zijn om een vergelijking in de weg te staan.

Table 4: Admission- and prevalence rates for specific functional psychoses in the whole of the Netherlands

Age	Annual admissions per 10,000 population				Point-prevalence per 10,000 population			
	1970:		1977:		1970:		1977:	
	Males	Females	Males	Females	Males	Females	Males	Females
15-19	1.85	1.87	2.01	1.60	1.55	1.46	1.01	0.77
20-24	5.58	4.82	8.51	4.27	5.61	4.24	5.57	2.70
25-29 } 30-34 }	7.26	6.31	9.01	7.00	9.18	5.70	6.67	4.56
35-39 } 40-44 }	6.56	8.96	8.38	7.77	13.27	10.14	9.69	6.57

Wat vooral opvalt is dat de opname-ratio een veelvoud is van onze eerste opname-ratio in tabel 1, met name in de leeftijdsklasse met een hoog risico van het uitbreken van de psychose. Verder is het duidelijk dat de opname-ratio met de leeftijd blijft toenemen, terwijl de 'eerste opname' ratio zeer sterk afneemt. De tellingen van mensen die op een dag vanwege een functionele psychose een psychiatrisch bed bezetten (de 'point-prevalence') vertonen hetzelfde beeld.

Dat alles betekent een met de leeftijd toenemende afhankelijkheid van ziekenhuisvoorzieningen van mensen met dit soort psychosen. We zouden dit een vorm van maatschappelijke of sociale invaliditeit kunnen noemen. Dit patroon van afhankelijkheid is niet identiek voor mannen en vrouwen en blijkt in 1977 anders te zijn dan in 1970. Klaarblijkelijk spelen nog andere factoren een rol dan de ziekte zelf. Zo weerspiegelt de vermindering van de dagtelling in 1977 ten opzichte van 1970 waarschijnlijk onze pogingen van de laatste jaren om het aantal chronische patiënten in de psychiatrische ziekenhuizen te verminderen. Deze afname heeft dus meer te maken met wijzigingen in bedrijfsvoering dan in morbiditeit.

Iets dergelijks geldt voor het verschil tussen de geslachten in de aantallen opnamen en in de dagtelling, terwijl aantallen eerste opnamen vrijwel niet uiteenlopen. Men moet zich afvragen of dit alles te maken heeft met psychopathologie, met de behandeling of met rolgedrag en rolverwachtingen? In tabel 2 lieten we al zien dat er weinig verschil bestaat tussen de geslachten wat betreft de eerste opnamen wegens schizofrenie. Hoe het verder met hen gaat wordt duidelijk wanneer we de tabellen van het centrale register te Leid-

schendam bekijken. In 1977 bedroeg het totale aantal opnamen in de Nederlandse psychiatrische ziekenhuizen en universiteitsklinieken 3,54 per 10.000 mannen van 15 tot 44 jaar en 1,96 vrouwen in dezelfde leeftijdsklasse. De dagtelling van 31 december 1977 bedroeg 3,96 mannen en 2,06 vrouwen. Hetgeen we in het voorgaande over de gezamenlijke functionele psychosen (ICD: 295, 297, 298 en 299) meldden, geldt kennelijk ook voor schizofrenie afzonderlijk (ICD: 295): dat wil zeggen dat er aanzienlijke verschillen bestaan tussen de aantallen eerste opnamen, verdere opnamen en de dagtelling, evenals tussen de geslachten.

De sociale invaliditeit als gevolg van schizofrenie blijkt ook nog op een andere manier, namelijk uit het aantal patiënten dat langdurig opgenomen blijft. Van alle 6084 patiënten die in het eerste half jaar van 1970 in alle Nederlandse psychiatrische ziekenhuizen en universiteitsklinieken werden opgenomen, bleef 7 procent tenminste 4 jaar ononderbroken opgenomen. Dit percentage gold alle diagnostische categorieën tezamen. Maar van de schizofrene mannen bleef 12,4 procent en van de vrouwen 10,8 procent; voor de overige functionele psychosen bedroeg het percentage respectievelijk 6,5 en 3,8 procent. Alleen de diagnostische categorie van de zwakzinnigheid (27,5 en 29,6 procent) en die van de organische psychosen (13,3 en 10,3 procent) waren er slechter aan toe (Giel e.a., 1978). Opnieuw zien we verschillen tussen de geslachten, en opnieuw moeten we ons afvragen waaraan deze te wijten zijn. We hopen dat het na-onderzoek van ons eigen cohort antwoord zal geven op de vraag of het gaat om verschillen in psychopathologie, behandeling en opvang of in rolgedrag en -verwachtingen.

Conclusie

Uit ons onderzoek van een jaarcohort van patiënten met schizofrenie, paranoïde psychosen of andere niet-organische en niet-affectieve psychosen blijkt dat het aantal eerste opnamen of eerste contacten met de psychiatrie wegens zo'n psychose erg klein is in de provincies Groningen en Drenthe, in vergelijking tot Engeland, IJsland en Zweden. We hebben geen goede verklaring voor dit verschil, al geloven we dat er toch wel twee belangrijke factoren zijn aan te wijzen. In de eerste plaats trachten de behandelaars in deze twee provincies de diagnose schizofrenie zoveel mogelijk te vermijden, uit angst voor het stigma dat eraan kleeft. Het resultaat is dat de diagnose schizofrenie pas in een heel laat stadium zal worden gesteld, misschien pas na jaren, of dat hij opgaat in een geheel andere diagnostische categorie die aan onze aandacht is ontsnapt. Onze verwachting dat de diagnose schizofrenie zou zijn vervangen door die van een reactieve, hysterische of een psychogene psychose, kwam niet uit.

In de tweede plaats is het mogelijk dat onze eigen strenge selectiecriteria (geen aanwijzingen voor een organisch lijden of een verslaving, tezamen met de selectie van de patiënten in een vroeg stadium van hun ziekte) ertoe hebben geleid dat toch een aantal patiënten

ten onrechte werd uitgesloten. Met andere woorden, misschien heeft onze selectie-procedure vooral aan de diagnose schizofrenie tekort gedaan. Vooral wanneer we onze procedure vergelijken met die van andere onderzoeken, waarbij men retrospectief tewerk ging en uitgekristalliseerde gevallen kon selecteren. In een ander onderzoek (Giel en Van Weerden-Dijkstra, 1974) hebben we laten zien dat er aanzienlijke diagnostische verschuivingen kunnen optreden tussen opname en ontslag, hetgeen overigens lang niet alleen voor de diagnose schizofrenie geldt.

Intussen blijken ook in een ander onderzoek van de Wereld Gezondheidsorganisatie (Cooper, 1980) veel lagere cijfers voor schizofrenie te worden gevonden dan aanvankelijk was verwacht.

Onze eerste indrukken van het na-onderzoek van ons cohort, lijken de bovenstaande opmerkingen te bevestigen. Na de eerste ronde van interviews dachten we namelijk drie groepen patiënten te kunnen onderscheiden: een kleine groep met een sluipend begin van de ziekte, maar met onmiskenbare symptomen van schizofrenie; een tweede groep van jonge mensen met bovenal een langdurige identiteitscrisis en een waarschijnlijk psychogene psychose; en tenslotte een derde groep van angstige, kwetsbare, matig begaafde mensen met een reactieve psychose, die een goede prognose leek te hebben. In onze tweede gespreksronde, een jaar later, werden we echter aanzienlijk minder optimistisch. Vooral van de tweede groep lijken meer mensen dan we dachten, chronisch psychotisch te zijn geworden met weerbarstige gehoors- en gevoelshallucinaties. Mogelijk zal ons na-onderzoek, dat zich hopelijk over meerdere jaren zal uitstrekken, tot een retrospectieve herziening van onze diagnostiek leiden, met een slechtere prognose en meer schizofrenie dan we verwachtten.

Annex

De deelnemers aan dit onderzoek zijn:

Ankara (Turkije): Dr. O. Oztürk, Dr. I. Savasir, Dr. A. Göğüs, Dr. S. Birsöz, Dr. G. Budaicioglu en Dr. P. Ucman: Afdeling Psychiatrie, Hacettepe Universiteit;

Groningen (Nederland): Dr. R. Giel, Dr. D. Wiersma, Dr. H. C. Sauër, Dr. C. Slooff, Drs. A. de Jong. Afdeling Sociale Psychiatrie, Psychiatrische Universiteitskliniek;

Khartoum (Soedan): Dr. H. H. A. Ibrahim en Dr. Y. Younis. Afdeling Psychiatrie en Afdeling Sociale Geneeskunde, Universiteit van Khartoum;

Mannheim (West-Duitsland): Dr. R. Schwarz, Dr. G. Badelt, Dr. J. Michael, Dr. A. Schwarz, Dr. H. Biehl en mevr. C. Schubart. Centraal Instituut voor Geestelijke Gezondheidszorg;

Sofia (Bulgarije): Dr. I. Temkov, Dr. T. Tomov, Dr. M. Boyadjieva, Dr. C. Todorov, Dr. Z. Ivanov, Dr. C. Popov and Dr. L. Zhivkov. Afdeling Psychiatrie van het Instituut voor Neurologie, Psychiatrie en Neurochirurgie, Medische Akademie;

Zagreb (Joego-Slavië): Dr. Z. Kulcar, Instituut voor Volksgezondheid Croatië. Dr. R. Palmovic, psychiatrische kliniek van de Medische Faculteit en Dr. V. Folnegovic-Smalz, psychiatrisch ziekenhuis, Vrapce;

Zürich (Zwitserland): Drs. M. Malzacher, Drs. J. Merz en Dr. M. Lanz. Psychiatrische Universiteitskliniek;

Genève (Zwitserland): Hoofdkwartier W.H.O. Dr. A. Jablensky (onderzoeksleider), Mevr. M. Anker, Mevr. G. Ernberg, de heer W. Gulbinat en Mevr. H. Hugler.

Literatuur

- Cooper, J. (1980), Persoonlijke mededeling betreffende WHO-onderzoek 'Determinants of Outcome of severe mental disorders'. Oktober 1980.
- Giel, R., J. R. van Weerden-Dijkstra (1974), Mededelingen uit het centrale patiëntenregister voor psychiatrische ziekenhuizen en universiteitsklinieken (2). *T. v. Psychiatrie*, 16, 542-545.
- Giel, R., S. Dijk, J. R. van Weerden-Dijkstra (1978), De nieuwe chronische patiëntenpopulatie. Mededeling uit het centrale patiëntenregister (10). *T. v. Psychiatrie*, 10, 601-609.
- GMD. *Jaarverslag Gemeenschappelijk Medische Dienst* (1978) Amsterdam.
- Hare, E. H. (1967), The Epidemiology of Schizophrenia. In A. Coppen en A. Walk: *Recent Developments in Schizophrenia*. Healdy Brothers, Kent.
- Hartelius, H. (1972), An Investigation of Mental Morbidity in a Rural Country in the South of Sweden. *Acta Psych. Scand. Suppl.* 228.
- Helgason, L. (1977), Psychiatric Services and Mental Illness in Iceland. *Acta Psych. Scand. Suppl.* 268.
- Jablensky, A., R. Schwarz, T. Tomov (1980), WHO Collaborative study on Impairments and Disabilities associated with schizophrenic disorders. A preliminary communication: objectives and methods. *Acta Psych. Scand. Suppl.* 285.
- Nielsen, J. (1976), The Samsø project from 1957 to 1974. *Acta Psych. Scand.*, 54, 198-222.
- Wing, J. K., T. Fryers (1976), Statistics from the Camberwell and Salford Psychiatric Registers, 1964-1973. *Publication from the M.R.C. Social Psychiatric Unit*, Institute of Psychiatry, London.
- Wing, J. K. (1978), *Schizophrenia: Towards a New Synthesis*. Academic Press, London.
- World Health Organisation (1973), *The International Pilot Study of Schizophrenia*, Volume 1, Geneva.
- World Health Organisation (1975), *Schizophrenia: A multinational study*. A Summary of the initial evaluation phase of the International Pilot Study of Schizophrenia, Geneva.
- World Health Organisation (1978), *Mental Disorders: Glossary and guide to their classification in accordance with the Ninth Revision of the International Classification of Diseases*, Geneva.
- World Health Organisation (1979), *Schizophrenia: An International Follow up Study*. John Wiley and Sons, Chichester.