

Het sociale profiel en het verloop van functionele psychosen: een cohortonderzoek

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

Inleiding

In onze vorige publikatie (Giel e.a., 1980) over de epidemiologie van de functionele niet-affectieve psychosen in twee noordelijke provincies meldden we een betrekkelijk lage 'administratieve incidence': 1.12 per 10.000 van de bevolking van 15 tot 45 jaar. Intussen is ons gebleken dat de werkelijke 'incidence' hoger moet liggen. In het laatste jaar werden op het crisiscentrum van de Groningse universiteitskliniek drie jongemannen opgenomen die tijdens de door ons onderzochte periode ziek werden, maar die gedurende de eerste twee tot drie jaar van hun psychose geen enkele maal met de geestelijke gezondheidszorg in contact kwamen. Dit illustreert nog eens het door ons al aangestipte verschil tussen een pro- en een retrospectief verzameld cohort, en dient als waarschuwing tegen al te absolute uitspraken naar aanleiding van de verdere bevindingen uit ons vervolg-onderzoek.

In de laatste tien jaar zijn er nogal wat studies verschenen over het verloop van de functionele niet-affectieve psychose, die veelal gaan onder de naam van schizofrenie. Bekende follow-up studies zijn die van Manfred Bleuler (1972) naar de lotgevallen van 208 patiënten over een periode van 20 jaar; die van Ciompi en Müller (1976) over 289 personen, die tot in hun ouderdom werden gevolgd; die van Huber, Gross en Schüttler (1979) over 502 personen gedurende een periode van 15 jaar. Verder kunnen worden genoemd de International Pilot Study of Schizophrenia, onder auspiciën van de Wereld Gezondheids Organisatie (1979), met een tweejarige follow-up die intussen verlengd is tot een vijfjarig onderzoek; en een anderhalfjarige follow-up van Serban (1980) onder 70 acute en 349 chronische schizofrene patiënten. Naast dergelijke empirische studies verschenen ook talrijke theoretisch georiënteerde publikaties die een geïntegreerde visie op schizofrenie beogen te bewerkstelligen: on-

Schrijvers zijn resp. socioloog, hoogleraar, en psycholoog aan de afdeling Sociale Psychiatrie van de Rijksuniversiteit Groningen; psychiater, verbonden aan het Ziekenhuis Leyenburg te 's Gravenhage; en psychiater aan de afdeling Klinische Psychiatrie van de Rijksuniversiteit Groningen. Adres: Postbus 30001, 9700 RB Groningen.

der andere van Gottesman en Shields (1972) over de betekenis van erfelijkheid; van Blatt en Wild (1976) met een ontwikkelings-theoretisch perspectief; van Süllwold (1977) handelend over 'un-charakterische Basisstörungen'; van Wing (1978) 'towards a new synthesis' en Shakow (1979) over de theorie van de 'segmental set'; van Crider (1979) vanuit een bio-psychologisch perspectief en van Neale en Oltmanns (1980) met een breed georiënteerde survey van recente onderzoeken.

Het is niet gemakkelijk via deze studies tot een eenduidige theorie over het ontstaan en verloop van schizofrenie te geraken, niet in de laatste plaats vanwege de variërende omschrijving van de stoornis en de uiteenlopende wijzen van onderzoek waardoor cumulatieve kennis onmogelijk is. De vergelijkbaarheid van vele vervolgstudies is gering. Volgens Zubin (1980) hebben onderzoeken binnen de verschillende theoretische kaders alles bijeen weinig vooruitgang in onze kennis opgeleverd. Zubin betoogt vervolgens dat het gemeenschappelijke in al die modellen waarschijnlijk wijst in de richting van een soort 'kwetsbaarheid' van sommige mensen voor het voor het eerst uitbreken van een psychose of voor de herhaling daarvan (relapse). Aan iemands score op een kwetsbaarheidsindex ofwel aan iemands kwetsbaarheidsprofiel – opgebouwd uit een combinatie van factoren uit de genetica, de neurofysiologie, de biochemie, de leer- en ontwikkelingsgeschiedenis en uit de sociale omgeving – zou men de kans op zo'n 'breakdown' kunnen aflezen. Bij factoren uit de sociale omgeving (het ecologisch model) denkt hij bij voorbeeld aan een lage socio-economische status, de mate van desorganisatie van de gemeenschap, hoge bevolkingsdichtheid en mobiliteit etc. Naast de kwetsbaarheid spelen verder een rol de stress die de psychose kan uitlokken, en iemands 'coping ability' d.w.z. zijn vermogen om adequaat maatschappelijke rollen te vervullen.

Terwijl Zubin vooral heeft nagedacht over een 'oorzakelijk' model voor de schizofrenie, probeerden Brown en Wing (1970) te begrijpen welke factoren bijdragen aan het toestandsbeeld waarmee we in het verloop van de ziekte worden geconfronteerd. Zij maken het volgende onderscheid in de soorten van 'disabilities' of handicaps die we kunnen waarnemen. In de eerste plaats spreken zij over iemands premorbide handicap, welke eigenlijk nauw aansluit bij de 'kwetsbaarheid' van Zubin. Ze bedoelen daarmee de nadelige omstandigheden of kenmerken die al aanwezig waren vóór de eerste verschijnselen van de ziekte: zoals een geringe opleiding, een lichamelijk gebrek, lage intelligentie, lage sociale afkomst, de neiging om vroegtijdig het ouderlijk huis te verlaten en in sociaal geïsoleerde delen van de stad te gaan wonen, of de neiging om in verhouding tot het opleidingsniveau minder verantwoordelijk en minder sociaal actief werk te zoeken, etc. De 'primary disabilities' betreffen vervolgens het eigenlijke symptomen-complex: de stoornissen in het gevoelsleven (bijv. de affect-vervlakking) en de formele en inhoudelijke denkstoornissen (bijv. wanen en hallucinaties). Ten slotte onderscheiden ze nog de 'secondary disabilities':

belemmeringen die voortvloeien uit iemands eigen reacties op zijn ziekte (bijv. zijn verdere houding tegenover zijn werk) en uit reacties van zijn omgeving (bijv. de houding tegenover de arbeidsvaliditeit van de betrokkene).

In onze vorige publikatie (Giel e.a., 1980) wezen wij al op het mogelijke verband tussen symptomatologie (o.a. wanen en hallucinaties), psychologische functiebeperkingen (o.a. in de mimiek en de lichaamstaal) en rolfunctiestoornissen. In dit artikel willen wij verslag doen van enkele bevindingen gedurende het eerste jaar na het uitbreken van de psychose. We schenken aandacht aan de volgende vragen:

1. Onderscheidt ons cohort zich in socio-demografisch opzicht?
2. Hoe verloopt de psychose gedurende het eerste jaar na het uitbreken ervan?
3. Welke socio-demografische kenmerken hebben een prognostische waarde voor het verloop gedurende het eerste jaar en de afloop aan het einde daarvan?

De selectie van het cohort

Het cohort bestaat uit een reeks opeenvolgende patiënten, afkomstig uit Groningen en Drenthe, die voor het eerst in hun leven een functionele niet-affectieve psychose kregen. De eerste selectie verliep via de vier psychiatrische ziekenhuizen, zes PAAZ-en en twee sociaal psychiatrische diensten met poliklinieken op verschillende plaatsen. De definitieve beslissing over hun selectie werd door één lid van het onderzoeksteam genomen, waarbij iemand naast de criteria van woonplaats en leeftijd (15-44 jaar), moest voldoen aan tenminste één van de volgende criteria:

- aanwezigheid van hallucinaties of wanen van niet-affectieve aard;
- duidelijk bizar of onaangepast gedrag; of
- denk- of taalstoornissen, uitgezonderd een pure vertraging of versnelling.

Het diende nadrukkelijk te gaan om de eerste psychotische episode. Er mocht geen sprake zijn van een aandoening van de hersenen (incl. epilepsie), ernstige zwakzinnigheid, duidelijke zintuigelijke gebreken of verslaving aan drugs of alcohol. Een voorgeschiedenis met psychotische symptomen langer dan anderhalf jaar voorafgaand aan het eerste contact met de geestelijke gezondheidszorg leidde eveneens tot uitsluiting.

De selectie-procedure nam ruim anderhalf jaar in beslag, van april 1978 tot december 1979. In totaal werden 100 patiënten geschikt bevonden. Ruim 130 bij ons aangemelde patiënten werden op grond van de bovengenoemde criteria van het onderzoek uitgesloten. In de meeste gevallen ging het om de te lange duur van het psychotische beeld, dat bij een zorgvuldige bestudering van de ziektegeschiedenis vaak al jaren eerder was begonnen. Verslaving, epilepsie, de afwezigheid van psychotische symptomen, manisch-depressieve beelden, woonplaats en leeftijd vormden minder vaak een reden voor afwijzing.

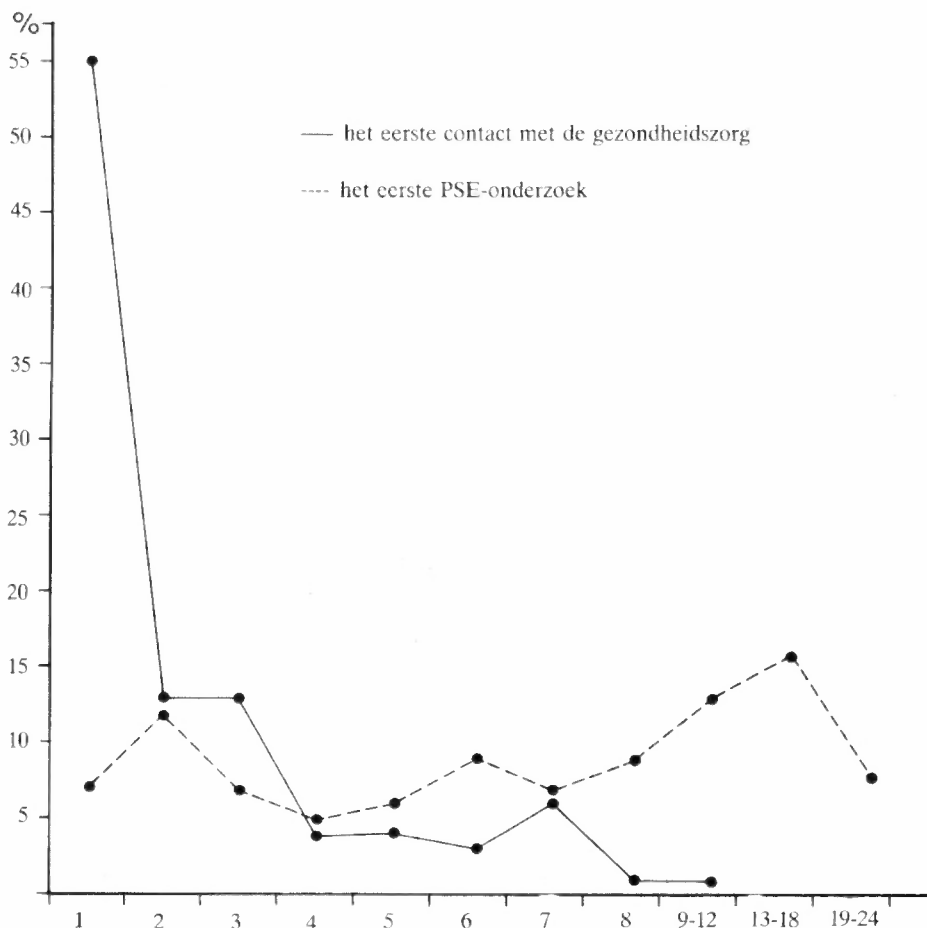
Problemen bij de verzameling van het cohort

Het was onze bedoeling om iemand zo vroeg mogelijk na het begin van zijn ziekte op te sporen en te onderzoeken, ten einde te voorkomen dat bij de eerste meting van iemands sociale functioneren de gevolgen van de ziekte al te veel zouden meespelen. De meeste onderzoeken zijn minder zorgvuldig op dit gebied, waardoor een vertekend beeld wordt verkregen van de socio-demografische kenmerken van de patiënten zoals leeftijd, burgerlijke staat, sociale status. Daarmee vervalt de voorspellende waarde van bepaalde patiënt- of omgevingskenmerken. Bij voorbeeld iemands sociale geïsoleerdheid en ontbonden huwelijk behoren in het internationale WHO-onderzoek naar schizofrenie tot de vijf beste voorspellers van een slechte afloop na twee jaar (WHO, 1979). Het is echter onzeker of deze kenmerken al vóór de aanvang van de ziekte bestonden of juist door de ziekte zijn ontstaan. Ook de duur van de psychotische episode vóór de eerste meting heeft in deze studie een negatief effect op de afloop van de ziekte. Dit gegeven zegt eigenlijk niets over de ziekte maar uitsluitend iets over de uitvoering van het onderzoek (zie ook Strauss en Carpenter, 1974). We kunnen dit illustreren aan onze eigen bevindingen. In figuur 1 laten we zien op welk moment sinds de aanvang van de psychose het eerste onderzoek plaatsvond en hoe dit tijdstip zich verhielt tot het tijdstip waarop de patiënt voor het eerst in contact kwam met de gezondheidszorg.

Uit figuur 1 blijkt dat de helft van de patiënten (52%) pas na een half jaar na het uitbreken van de ziekte werd onderzocht; bij een kwart van het cohort geschiedde dit zelfs na één jaar of langer. In deze gevallen is ons eerste onderzoek eigenlijk een vervolg-beoordeling te noemen. Er zijn een paar redenen voor deze vertraging aan te wijzen. De geselecteerde patiënten werden door hun eigen behandelaar benaderd met het verzoek om deelname aan het onderzoek. Pas wanneer die toestemming was verkregen volgde het eerste interview. Tussen het tijdstip van de selectie en van het interview is door deze procedure in een aantal gevallen veel tijd verstreken. Deze vergde soms langdurige onderhandelingen die in 17 gevallen in een weigering resulteerden. De overige 83 patiënten werden persoonlijk ondervraagd, het merendeel tijdens hun verblijf in het ziekenhuis (64%).

Dit was door de eerder genoemde vertraging niet altijd de eerste opname. Door het late tijdstip van het interview bleek bovendien 45% van de patiënten niet meer psychotisch te zijn. Een en ander betekende dat de eerste evaluatie niet voor iedere patiënt gelijkwaardig was wat betreft het tijdsverloop sinds de aanvang van de psychose, de toestand waarin iemand verkeerde (wel of niet psychotisch gedurende de maand voorafgaand aan het interview) en de omstandigheden waaronder het interview plaatsvond (wel of niet opgenomen).

Een andere reden voor de vertraging was de snelheid waarmee iemand in contact kwam met de gezondheidszorg. In sommige



Aantal maanden na aanvang psychose

Figuur 1: Tijdstip na de aanvang van de psychose waarop men in contact kwam met de gezondheidszorg en waarop het eerste PSE-onderzoek plaatsvond, in procenten van het totale cohort (N=83)

gevallen duurde het enige maanden, hetgeen ook uit de figuur valt af te lezen. In ongeveer 10% van de gevallen kwam het eerste contact met een instelling voor de geestelijke gezondheidszorg pas in het tweede half jaar na het uitbreken van de ziekte tot stand. Dit was onder andere toe te schrijven aan het geleidelijke ontstaan van de symptomatologie of soms aan de tolerantie van de familie en de betrokken huisarts, die iemand zo lang mogelijk uit de handen van de psychiater wilde houden.

Bij de presentatie van onze bevindingen gaan we uit van de toestand aan het veronderstelde begin van de psychose, en bestuderen het verloop van de ziekte en de afloop ervan over een periode van één jaar. De follow-up begint dus niet bij de opname of vanaf ons eerste onderzoek! De 17 weigeraars blijven verder buiten beschouwing. Voor zover informatie beschikbaar was bestonden er betrekkelijk

weinig verschillen tussen de respondenten en de weigeraars. De laatstgenoemden waren wat ouder, hadden vaker een opleiding op MAVO-niveau; het waren vaker huisvrouwen en minder vaak de studenten. Hun slechte ervaringen met de reeds ondergane hulp zou mede de weigering kunnen verklaren.

De samenstelling van het cohort

Het aantal mannen was praktisch gelijk aan het aantal vrouwen, ook in de verschillende leeftijdsklassen. Dit stemt overeen met de meeste bevindingen uit de literatuur (Astrup e.a., 1962; Gove, 1979; Rosenthal, 1971; Wingen Hailey, 1972; WHO, 1979), al laten de onderzoeken van Huber e.a. (1979) en van Ciompi e.a. (1976) een overwegend aantal vrouwen zien.

De leeftijdsverdeling laat zien dat 61% jonger was dan 25 jaar. Boven de 30 jaar treedt deze ziekte kennelijk nauwelijks meer voor het eerst op (16%). Vergeleken met de bevolkingscijfers over geheel Nederland zijn de hogere leeftijdsklassen duidelijk ondervertegenwoordigd en springt de groep 20-24 jarigen eruit. Ook wanneer we de vergelijking trekken met een representatieve steekproef*, waarvan alleen de subpopulatie 15-44 jarigen in beschouwing wordt genomen (Knol, 1980) blijkt een sterke oververtegenwoordiging van de twintigers in ons cohort (bijna 2 keer zoveel als landelijk).

Mensen met een hoge opleiding zijn relatief sterk vertegenwoordigd: 40% heeft tenminste een middelbare school of beroepsopleiding voltooid; 10% heeft zelfs een universitaire of een hogere beroepsopleiding gevolgd. Vrouwen hebben vaker een lagere opleiding dan mannen. Het relatief grote aantal mensen met een hogere opleiding heeft vermoedelijk te maken met de deelname van de universiteitskliniek aan dit onderzoek, waar de toegankelijkheid van de te screenen populatie wellicht wat groter was dan elders in de regio. Bij een vergelijking met de landelijke steekproef blijkt de hogere scholing van het cohort vooral het middelbare school- of beroepsniveau te betreffen. In de volgende paragraaf komen we hierop terug.

Ruim een op de drie patiënten (37%) was aan het begin van de psychose in het normale arbeidsproces en een kwart volgde de een of andere opleiding (7 scholieren en 23 studenten); 16% was huisvrouw en 19% had geen werk (werkloos of afgekeurd). Bij de aanvang van de psychose was maar liefst 28% afhankelijk van de een of andere sociale regeling (10% van de ZW, 4% van de AAW/WAO en 14% van de ABW/RWW/WWV).

Bijna tweederde van het cohort (63%) was ongehuwd en ook nooit gehuwd geweest. De meesten waren mannen. Aan het begin van de psychose waren 4 patiënten (allen vrouwen) al gescheiden. De

* Met dank aan Prof. Dr I. Gadourek en drs F. Wasseur voor het ter beschikking stellen van de gegevens uit het onderzoek naar sociaal-culturele veranderingsprocessen in Nederland (Sociologisch Instituut, R.U. Groningen).

overigen waren gehuwd of woonden samen. De verhouding gehuwden: ongehuwden was in de landelijke steekproef net omgekeerd; tweederde was gehuwd en eenderde ongehuwd. Ook vergeleken met de bevolkingscijfers van het CBS voor de provincies Groningen en Drenthe zijn de ongehuwden oververtegenwoordigd in het cohort. In andere onderzoeken overweegt eveneens meestal het aantal ongehuwden (zie bijv. Astrup e.a., 1962; WHO, 1979).

Van de gehuwden (grotendeels vrouwen) hadden 16 patiënten kinderen: 6% had één kind, 6% twee kinderen en 7% drie of meer kinderen. Tweederde van de onderzochte patiënten leefde aan het begin van de ziekte binnen het ouderlijke of eigen gezinsverband. Een kwart woonde alleen (18%) of had geen vaste woon- of verblijfplaats (6%). Bij 30% van de patiënten was één van beide ouders of waren beide ouders reeds overleden; in de meeste gevallen de vader. Vrijwel eenzelfde uitkomst vinden we in de landelijke steekproef. Tot soortgelijke bevindingen kwamen ook Huber, Gross en Schüttler (1979). Wat betreft de positie in het gezin als het oudste, jongste of enige kind zijn er geen opvallende verschillen tussen het cohort en de steekproef. Er is wel een verschil in grootte van het ouderlijk gezin tussen beide onderzoekspopulaties. De patiënten kwamen uit kleinere gezinnen dan de respondenten van de steekproef: 34% van deze respondenten kwam uit een gezin van zes of meer kinderen tegen 17% van de patiënten.

Er kwam betrekkelijk veel pathologie in de familie van de patiënten voor: bij 10 vaders, 20 moeders en 21 broers of zusters bestonden ernstige neurotische of persoonlijkheidsstoornissen, verslavingen of psychotische toestanden. Bij 20 families waren de gegevens onvolledig.

In de volgende paragraaf schenken we aandacht aan de vraag in hoeverre het sociale milieu waaruit de patiënt komt en zijn reeds bereikte sociale status afwijken van die van de gemiddelde Nederlander uit de betreffende leeftijdsgroep.

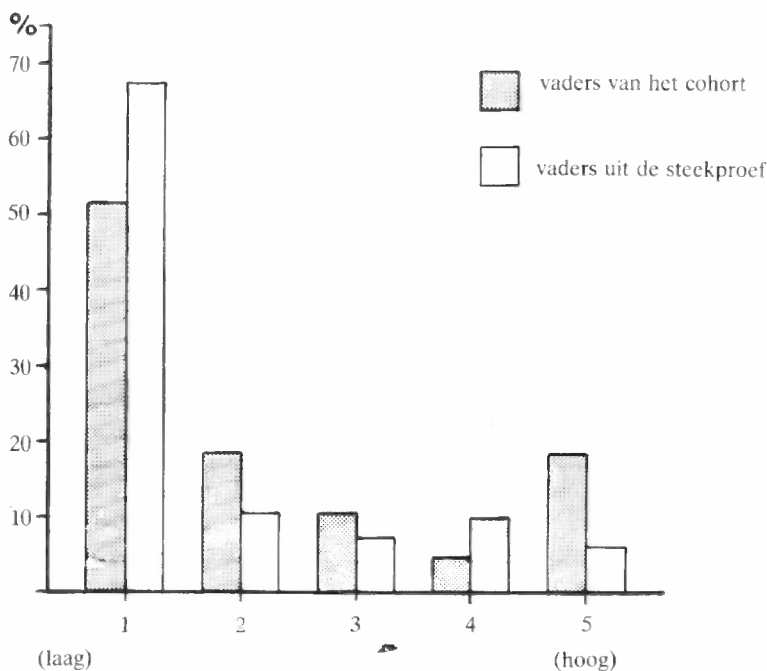
Sociale afkomst en sociale status van het cohort

Uit de literatuur is bekend dat een groot aantal schizofrene patiënten tot de lagere sociale klassen behoren. In tal van onderzoeken wordt een relatie tussen het vóórkomen van schizofrenie en sociale klasse gevonden. De bewijsvoering wordt evenwel om verschillende methodologische redenen aangevochten, waaronder de identificatie van gevallen, de diagnose, het gebruik van 'incidence' of 'prevalence' cijfers, de meting van de sociale klasse, etc. Blijkens een overzicht van Neale en Oltmanns (1980) lijken studies van meer recente datum meer steun te geven aan de 'drift'-hypothese van iemands sociale omstandigheden. De 'drift'-hypothese houdt in dat de lagere status van veel schizofrene patiënten het gevolg is van hun psychiatrische stoornis.

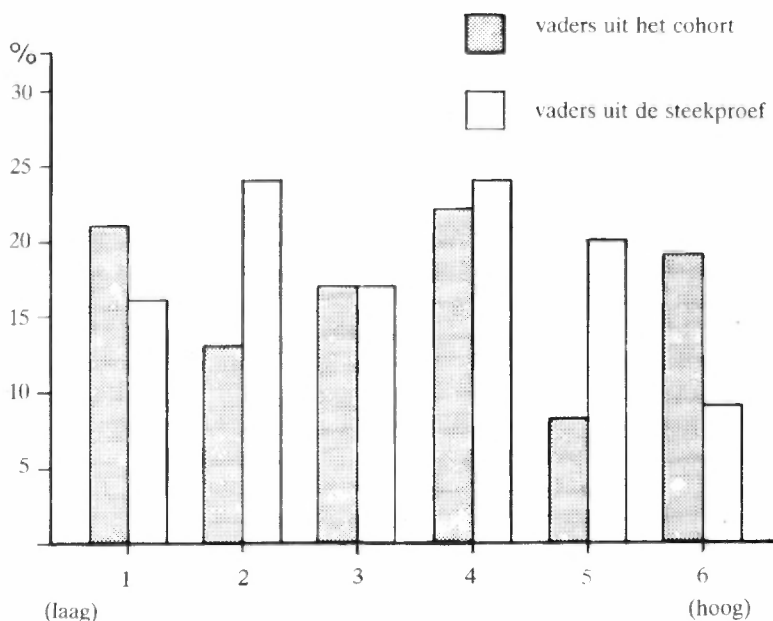
Wij willen deze relatie nader bestuderen door ons cohort te vergelijken met de landelijke steekproef wat betreft de opleiding en het beroep van de ondervraagden en van hun vaders. Voor de indeling

van het opleidings- en beroepsniveau is gebruik gemaakt van de beroepenklapper van het Instituut voor Toegepaste Sociologie (1975) te Nijmegen. De daarin toegepaste negendeling van de opleiding is teruggebracht tot een vijfdeling: (1) VGLO/LAVO of minder; (2) LBO; (3) MULO/MAVO; (4) VHMO/MBO; en (5) HBO/WO. Uitsluitend iemands voltooide opleiding is gebruikt. Het beroepsniveau telt zes klassen: (1) ongeschoolde arbeid; (2) geschoolde arbeid; (3) lagere employés; (4) kleine zelfstandigen; (5) middelbare employés; en (6) hogere beroepen. Met het opleidings- en beroepsniveau beogen we aan te geven welke kansen op onderwijs iemand heeft benut en in hoeverre hij er met de opgedane kennis in is geslaagd een overeenkomstige maatschappelijke positie te verwerven.

In de eerste plaats zullen we nagaan of de sociale herkomst of het sociale milieu van de patiënten verschilt van dat van de 'gemiddelde' respondent uit de steekproef. In figuur 2 zijn de opleidingsniveaus van de vaders uit het cohort en uit de steekproef tegen elkaar afgezet. Het meest opvallende verschil is dat de vaders van de patiënten verhoudingsgewijs drie keer zo vaak een voltooide universitaire of hogere beroepsopleiding hebben gehad dan de 'doorsnee' vader (18% versus 6%). Voor het overige ontlopen ze elkaar niet veel. Kijken we vervolgens naar de beroepsniveaus (zie figuur 3) dan blijken de verschillen tussen de vaders niet groot, wanneer we de twee hoogste niveaus bij elkaar nemen. Er is in elk geval geenszins sprake van een relatief lage sociale herkomst van de



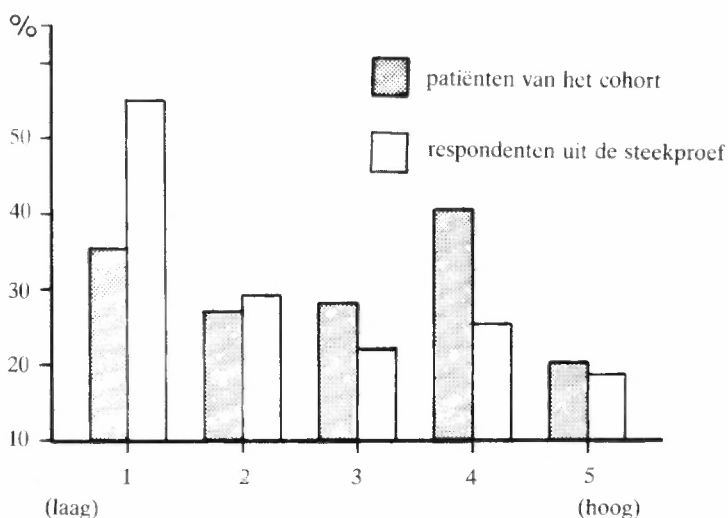
Figuur 2: Niveau van opleiding van vaders uit het cohort (N=83) en uit de landelijke steekproef (N=746)



Figuur 3: Beroepsniveau (sociale laag) van vaders uit het cohort (N=83) en uit de steekproef (N=706)

patiënten; integendeel zelfs, de patiënten uit de sociale milieus van de hogere beroepen zijn wat oververtegenwoordigd.

In de tweede plaats vergelijken we de patiënten en de respondenten uit de steekproef met elkaar (zie figuur 4 en 5). Wat betreft de opleiding hebben de patiënten relatief vaker het middelbare onderwijs voltooid (30% versus 15%) en minder vaak alleen maar lager onderwijs dan de anderen (25% versus 45%). Wat dit betreft is er

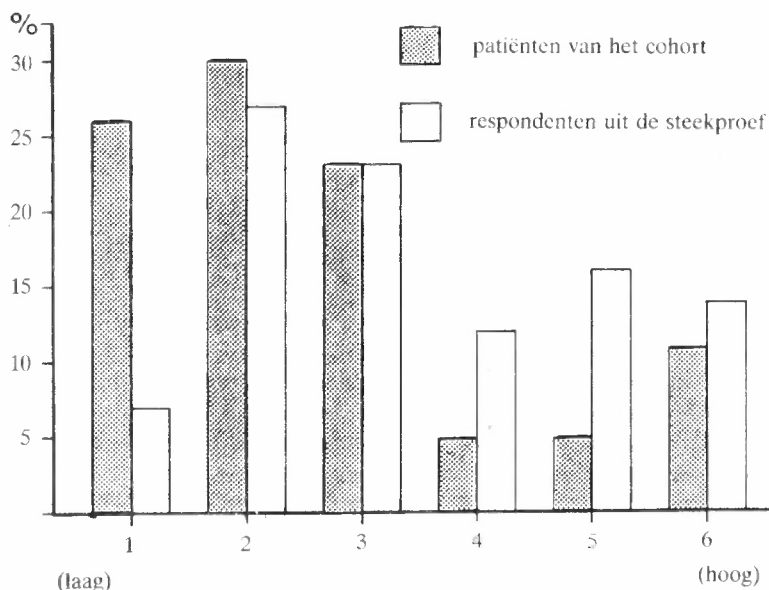


Figuur 4: Niveau van opleiding van de patiënten (N=83) en van de respondenten uit de steekproef (N=796)

bij de patiënten geen sprake van een achterstand ten opzichte van de vergelijkbare Nederlander.

Bij de bepaling van het beroepsniveau van de patiënten moesten de scholieren en studenten buiten beschouwing blijven. Nog vier anderen konden eigenlijk niet worden meegeteld omdat ze na het voltooien van hun opleiding tot aan het begin van de psychose in het geheel (variërend van één tot drie jaar) niet hadden gewerkt. Bij de huisvrouwen is de sociale laag van de echtgenoot genomen, tenzij iemand op basis van eigen beroepsarbeid op een hoger niveau dan dat van de partner kon worden ingedeeld. Hiermee konden 57 patiënten (70%) naar het beroepsniveau worden geclassificeerd. Hetzelfde is voor de huisvrouwen uit de steekproef gedaan. In bijna alle gevallen was een indeling mogelijk. Het maakte niet veel verschil in de relatieve verdeling of de sociale laag van de partner erbij werd betrokken.

Uit figuur 5 blijkt dat de voorsprong in de opleiding bij de patiënten niet omgezet wordt in een min of meer overeenkomstige beroepspositie. Het merendeel van de patiënten bevindt zich op de drie laagste sociale niveaus. Het verschil tussen de patiënten en de respondenten uit de steekproef is zeer markant wat betreft het laagste beroepsniveau (26% versus 7%). De patiënten zijn vooral

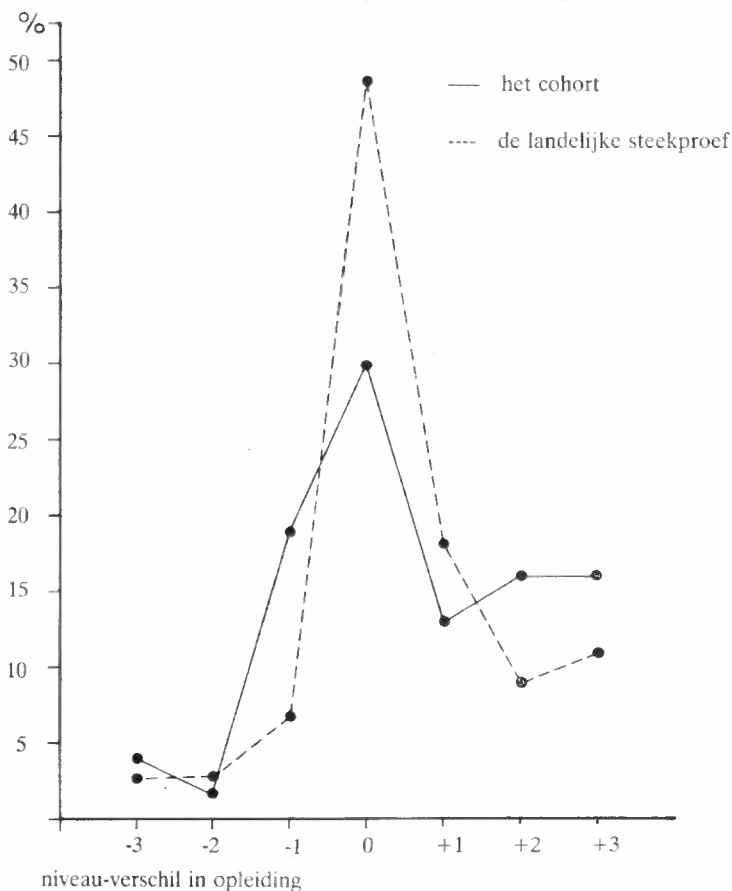


Figuur 5: Beroepsniveaus (sociale laag) van de patiënten (N=57) en van de respondenten uit de steekproef (N=796)

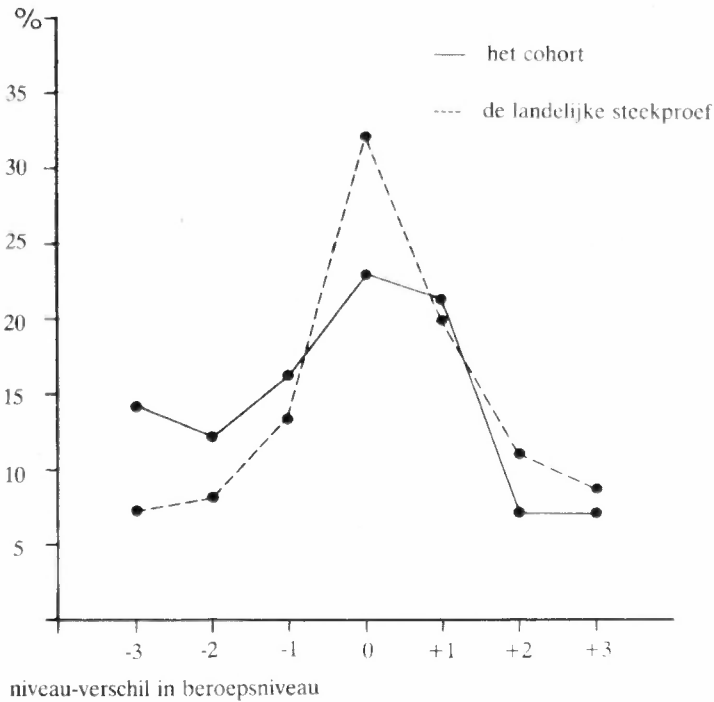
ondervertegenwoordigd op de beroepsniveaus van de kleine zelfstandigen en de middelbare employés. Opvallend is ook dat de verschillen op het hoogste beroepsniveau klein zijn (11% versus 14%).

Tenslotte stelden we de vraag naar de sociale stijging respectievelijk daling van de kinderen ten opzichte van hun vaders. Zowel voor

de opleiding als voor het beroep hebben we de verschillen tussen het kind en zijn vader in maximaal drie niveaus tot uitdrukking gebracht. De patiënten hebben duidelijk meer opleiding gehad dan hun vaders: 32% zelfs twee of meer niveaus hoger (zie figuur 6). Dit percentage stijging ligt boven dat van de steekproef (20%). Zeer weinigen, zowel binnen het cohort als binnen de steekproef hebben twee of meer niveaus minder opleiding dan hun vaders. Opvallend is verder dat één niveau verschil in opleiding ten gunste van de vaders binnen het cohort relatief vaak voorkomt: 19% tegen 7% in de steekproef. Dit verschil wordt vooral veroorzaakt door de relatief grote groep studenten uit de hogere sociale milieus. Al met al zijn er in het cohort vaker opleidingsverschillen tussen de kinderen en hun vaders aanwezig dan in de steekproef (70% tegen 51%). De verschillen in beroepsniveaus tussen kinderen en hun vaders zijn afgebeeld in figuur 7. Mede ten gevolge van de opleidingsverschillen is de sociale mobiliteit in het cohort wat groter dan in de steekproef: 23% van de patiënten en 32% van de respondenten bevinden zich op hetzelfde beroepsniveau als hun vaders. Desondanks is het beroepsniveau van de patiënten vaak lager dan dat van



Figuur 6: Niveau-verschillen in opleiding tussen kinderen en hun vaders uit het cohort (N=83) en uit de steekproef (N=746)



Figuur 7: Niveau-verschillen in beroepsniveau tussen kinderen en hun vaders uit het cohort (N=57) en uit de steekproef (N=679)

hun vaders: 42% van de patiënten tegen 28% van de respondenten heeft een lagere beroepsstatus dan hun vaders. Niveauverschillen van drie of meer komen in het cohort twee keer vaker voor dan in de steekproef (14% versus 7%). Sociale stijging van kinderen ten opzichte van hun vaders komt bij de patiënten ongeveer even vaak voor als in de normale bevolking.

De belangrijkste conclusie uit het bovenstaande is dat de sociale positie van het ouderlijk gezin van de patiënt, gemeten aan het opleidings- en beroepsniveau van de vader, betrekkelijk weinig verschilt van die van het vergelijkbare Nederlandse gezin. De patiënten komen zelfs wat vaker uit de hogere sociale milieus. Wat betreft hun voltooide schoolopleiding steken ze gunstig af bij vergelijkbare Nederlanders doch als het aankomt op het daadwerkelijk vervullen van een arbeidsrol blijken ze vooral te zijn terecht gekomen in de lagere beroepsniveaus. Er is bij hen vaker sprake van een sociale daling ten opzichte van hun vaders. In ons onderzoek hebben we het grote voordeel dat de patiënten vroeg in hun ziektecarrière zijn ondervraagd en dat het begin van de ziekte redelijk betrouwbaar is vastgelegd. Dit betekent dat we hun sociale status van vóór de aanvang van de psychose nauwkeurig hebben kunnen vastleggen. Onze bevindingen ondersteunen de conclusie van Dunham, Phillips en Srinivasan ten gunste van de 'drift'-hypothese, wanneer zij schrijven: '... while the schizophrenic patient may

function long enough to obtain a certain level of education, the real test comes when he enters the job market. Here his traits, attitudes, mannerisms and verbal reactions become only too obvious and operate against his securing a position in the work force and – if he does secure some position – operate to restrict his advancement on the job' (Dunham e.a., 1966, p. 225).

De vraag of iemand ooit een positie op de arbeidsmarkt zal verwerven is in ons onderzoek zeer toepasselijk. We wezen al op vier patiënten die na het verlaten van de school geen werk hadden gevonden. Bovendien telden we tien patiënten die geruime tijd vóór het uitbreken van de ziekte werkloos waren geworden. Twee van hen waren om psychiatrische redenen afgekeurd, doch niet vanwege een psychose. Verdere bestudering van het verloop van de ziekte over enkele jaren is nodig om beter zicht te krijgen op de invloed ervan op de arbeidsmobiliteit en de sociale status van de patiënten.

De betrokkenheid van de geestelijke gezondheidszorg in het eerste jaar van de psychose

De meeste patiënten ondergingen in eerste instantie een opname. Veertig procent van het cohort werd in de eerste week na het ontstaan van de psychose in een PZ of een PAAZ (incl. PUK) opgenomen. Tweeëntwintig procent werd in de daarop volgende drie weken opgenomen, hetgeen betekent dat bijna tweederde (62%) van het cohort in de eerste maand na de psychose vrijwillig of gedwongen was opgenomen. Dit onderstreept het acute en het sociaal storende karakter van de psychose. Gedurende de tweede maand werd 11% en in de rest van het jaar nog eens 20% opgenomen. Vijf patiënten (6%) waren in het eerste jaar niet opgenomen. Zij kregen wel ambulante hulp. Soms direct aan het begin van hun huisarts of pas na een half jaar op een psychiatrische polikliniek. Een en ander hing samen met de wijze van ontstaan van de psychose: bij 27% van de patiënten ontwikkelde het psychotische beeld zich geleidelijk d.w.z. in meer dan één maand tijd. In elk geval vond bij alle patiënten het eerste behandlingscontact gedurende het eerste jaar plaats (zie ook figuur 1). Slechts bij één patiënt kwam het in dat jaar niet verder dan een enkel contact met de huisarts. In de inleiding hebben we er al op gewezen dat het soms nog langer kan duren voordat het eerste contact tot stand komt.

De eerste opname bleek in 63% van de gevallen binnen drie maanden al geëindigd te zijn. Vier patiënten (5%) waren het gehele jaar opgenomen. Voor eenderde van het cohort was de eerste opname

Tabel 1: Duur van de intramurale behandeling in het eerste jaar van de psychose

in weken	niet op- genomen	1-4	5-12	13-52	totaal
duur van de eerste opname	5(6)	19(23)	33(40)	26(31)	83(100)
duur van de totale opname	5(6)	10(13)	28(35)	37(46)	80(100)

niet de enige: 27% werd eenmaal heropgenomen, 4% tweemaal en 1% driemaal. Indien we de totale opnameduur berekenen, inclusief de heropnamen, dan blijkt bijna de helft drie tot twaalf maanden in een ziekenhuis te hebben doorgebracht. Kijken we tenslotte naar de laatste maand van het vervolgjaar dan was 37% niet meer in enigerlei vorm van behandeling, 5% alleen onder behandeling van de huisarts, 25% bij een ambulante GGZ-instelling (polikliniek of SPD) en 33% bij een intramurale GGZ-instelling. Dit betekent dus dat tweederde van het cohort na één jaar nog onder de hoede van de gezondheidszorg verkeerde.

Het verloop van de psychose en de afloop na één jaar

In ongeveer de helft van de gevallen was de psychose na drie maanden voorbij en bij 18% (15 patiënten) duurde deze het gehele eerste jaar zonder onderbreking. Bij 12% (10 patiënten) trad na het herstel een terugval op. Indien we de totale duur van de psychose berekenen blijkt ongeveer een kwart van de patiënten langer dan een half jaar psychotisch. In totaal 30% was psychotisch gedurende de laatste maand van het eerste vervolgjaar, d.w.z. één op de drie patiënten verkeerde een jaar later nog of opnieuw in een psychotische episode.

Tabel 2: Verloop van de psychose gedurende het eerste jaar

weken	1-4	5-8	9-13	13-26	27-52	totaal
duur van de eerste episode	13(16)	13(16)	17(21)	17(21)	21(26)	83(100)
totale duur van de psychose	9(11)	13(16)	17(22)	18(23)	22(28)	79(100)

Het functioneren in de arbeidsrol vóór de psychose en een jaar later

We hebben iemands sociale functioneren in zijn werksituatie tweemaal beoordeeld; eenmaal over de maand vóór het uitbreken van de psychose en andermaal een jaar later over dezelfde tijdsperiode. We maakten daarbij een onderscheid in drie categorieën: (1) adequaat, d.w.z. normale prestatie in werk, studie of huishouden; (2) verminderd, d.w.z. gedeeltelijk in staat geweest tot werken of werk op halve kracht, zoals halve dagen werken; en (3) sterk verminderd, d.w.z. in het geheel niet of vrijwel niet in staat tot werk, studie of huishouden. Voor een aantal mensen was dit gegeven niet bekend of niet te beoordelen.

In de periode vóór de psychose functioneerde ongeveer tweederde van het cohort adequaat in het werk, de studie of het huishouden. Een jaar later was dit aantal bijna gehalveerd en functioneerde nog maar eenderde adequaat. De groep met een sterk verminderde werkfunctie was bijna verdrievoudigd, van 19% naar 51%. We kunnen stellen dat ongeveer eenderde de dagelijkse werkzaamhe-

Tabel 3: Functioneren in de werksituatie vóór de psychose en een jaar later

	adequaat	verminderd	sterk verminderd	totaal
vóór de psychose	47(65)	12(16)	14(19)	73(100)
één jaar na de psychose	27(35)	11(14)	39(51)	77(100)

den na de psychose weer redelijk tot zelfs zeer goed aankon, maar dat de overigen in meer of mindere mate sociale invaliditeit vertoonden. In dit eerste jaar steeg het aantal WAO/AAW-ers van drie naar acht en daalde het aantal mensen dat betrokken was bij het normale arbeidsproces van 31 naar 21. In totaal nam de afhankelijkheid van de sociale voorzieningen toe van 28% tot 37%.

De betekenis van de sociodemografische kenmerken voor het verloop van de psychose en de afloop ervan

We hebben nagegaan in hoeverre allerlei persoonskenmerken voorspellende waarde hadden voor het verloop en de afloop van de psychose. Dit geldt vooral voor de duur van de psychose, de duur van de opname, de afhankelijkheid van de gezondheidszorg en het sociale functioneren in de werkrol in de laatste vervolgmaand.

De psychose duurde bij vrouwen doorgaans langer, d.w.z. langer dan drie maanden, maar in de opnameduur bestond geen verschil tussen de beide geslachten. Vrouwen waren aan het einde van het vervolgjaar minder vaak afhankelijk van de gezondheidszorg en functioneerden bovendien vaker adequaat in de werkrol dan mannen.

Ouderen boven de dertig waren langer psychotisch en bleken na een jaar vaker nog in zorg te zijn. Dit betrof vooral een contact met een polikliniek of SPD. De psychose duurde voorts langer bij patiënten met weinig opleiding (LO/LBO) of juist met zeer veel opleiding (HBO/WO). Deze twee groepen waren in het algemeen relatief lang opgenomen, d.w.z. langer dan een half jaar. De werkrol-vervulling aan het eind van het vervolgjaar bleek onder deze groepen vaker sterk verminderd.

De uitkomst bij de vrouwen kwam bij de huisvrouwen opnieuw tot uiting: een langere psychose, vaker onafhankelijk van de gezondheidszorg en vaker een adequate vervulling van de werkrol. De studenten vielen op door een langere opnameperiode, door afhankelijkheid van de intramurale gezondheidszorg aan het einde van het jaar en daarmee samenhangend door een sterk verminderde rolfunctie. De werklozen kenmerkten zich eveneens in de beide laatstgenoemde opzichten.

De vervulling van de werkrol vóór de psychose toonde een duidelijke samenhang met het verdere verloop. Een adequate werkrolvervulling aan het begin hield een relatief korte episodeduur in, evenals een relatief korte opnameperiode. Een sterk verminderde werkrolfunctie betekende vooral een relatief lange totale opnameduur en mede daardoor vaker afhankelijkheid van de intramurale GGZ aan het einde van het eerste jaar. Maar bovenal voorspelde

hetslechte premorbide functioneren in de werksituatie nauwkeurig de toestand aan het einde van het eerste vervolgjaar. Van de patiënten die aanvankelijk goed functioneerden waren er na een jaar evenveel die dat opnieuw deden als die dat helemaal niet meer deden. Dit betekent dat een adequate vervulling van de werkrol vóór de psychose wel iets zegt over het latere functioneren in de werksituatie van de groep als geheel, maar in het individuele geval een slechte voorspeller is.

Gehuwden brachten het er in het eerste vervolgjaar beter af dan ongehuwden of gescheiden mensen: nl. een kortere opnameperiode, vaker niet meer in zorg en een adequate werkrolvervulling aan het einde van het jaar. De gescheiden mensen kenmerkten zich met name door een slechte afloop. Dit gold ook voor de kleine groep patiënten zonder een vast huisadres: de 'zwervers'.

De sociale status blijkt ook enige voorspellende waarde voor de afloop van de psychose te hebben. De patiënten uit de hogere sociale niveaus (de drie hoogste beroepsniveaus van de patiënt) hadden een relatief korte episodeduur, d.w.z. korter dan 2 maanden, waren vaker in ambulante zorg gedurende de laatste vervolgmaand en functioneerden relatief vaak adequaat. Het is opvallend dat tegenover de patiënten uit de lagere of de hogere sociale beroepsniveaus de categorie van de scholieren en studenten juist een relatief lange eerste opnameperiode ondergingen, vaker nog in intramurale zorg verkeerden aan het einde van het vervolgjaar en dus ook niet in staat waren tot studie. Deze situatie hangt waarschijnlijk samen met de therapeutische mogelijkheden voor deze groep, hetgeen dikwijls betekende een doorverwijzing naar een therapeutische gemeenschap of een neurosekliek.

Nabeschouwing

Onze bevindingen illustreren hoe moeilijk het is om in een vroeg stadium van de ziekte een juist beeld te krijgen van het optreden (incidence) en het voorkomen (prevalence) van de schizofrene en paranoïde psychosen onder de bevolking, wanneer men uitsluitend uitgaat van de in de geestelijke gezondheidszorg geregistreerde morbiditeit. Blijkens onze ervaring kan iemand omstreeks twee jaar psychotisch zijn, met een paranoïd waansysteem, en intussen al in de WAO zijn terecht gekomen, alvorens contact met de GGZ tot stand komt. Kennelijk past de omgeving zich aan de zich zeer geleidelijk ontwikkelende deviantie aan. Retrospectief onderzoek, zeker wanneer het om een terugblik van meer dan drie jaar gaat, vangt dergelijke gevallen wel.

Een tweede belangrijke bevinding betreft de sociale stress-theorie bij het ontstaan van schizofrenie. Vaak wordt gemeld dat deze groep psychosen, die in de buitenlandse literatuur beelden omvat die wij als reactief en psychogeen zouden bestempelen, vooral voorkomt in de laagste sociale klassen, waarbij dan meestal een verband wordt gelegd met de in die klasse grotere levensproblemen. Die meestal retrospectief verrichte onderzoeken blijven

echter vaak onduidelijk over eventuele verschuivingen in de sociale positie van de patiënten als gevolg van hun ziekte. Doordat wij grotendeels prospectief te werk gingen konden we het premorbide sociale niveau nog wel vaststellen en moesten we constateren dat, althans in Groningen en Drenthe, géén sprake is van een overwegen van een lage sociale status vóór de aanvang van de ziekte. Integendeel, eerder lijkt er sprake van een hoger opleidingsniveau bij de patiënten in vergelijking tot hun vaders, welke laatsten doorgaans een hoger beroepsniveau hadden dan de vaders van een vergelijkbare steekproef uit de Nederlandse bevolking. Wel blijkt dat de patiënten hun opleidingsniveau niet waar maken in de vorm van een hoog beroepsniveau. Dat ze onder het niveau van hun vaders blijven, kan te maken hebben met het stadium van hun leven waarin ze verkeren, maar dat ze al vóór het uitbreken van hun ziekte beneden het beroepsniveau van een vergelijkbare steekproef uit de Nederlandse bevolking blijven, geeft te denken over hun premorbide mogelijkheden. Als de sociale stress wel een rol speelt, dan is dat waarschijnlijk meer op grond van een geringe draagkracht dan van een verhoogde draaglast in een bedreigend sociaal milieu.

Ten slotte bestudeerden we het verloop van de psychose gedurende één jaar. De eerste bevindingen waren niet bemoedigend:

- 30% was na een jaar nog of weer psychotisch;
- 31% werd meer dan eens opgenomen;
- 63% was aan het einde van het eerste jaar van de ziekte nog in behandeling; van hen was de helft nog opgenomen; en
- de werkstoornis bleek in de loop van de tijd te zijn toegenomen.

Onze socio-demografische voorspellers kwamen grotendeels overeen met die uit de literatuur. Vrouwen, vooral huisvrouwen, hadden een betere prognose, evenals gehuwde patiënten. Scholieren en studenten kregen een langere intramurale behandeling, maar of deze effect heeft kunnen we op dit moment nog niet zeggen.

Literatuur

- Astrup, C., A. Fossum, R. Holmboe (1962), *Prognosis in functional psychosis: clinical, social and genetic aspects*. Charles Thomas, Springfield, Illinois, USA.
- Beroepenklupper (1975), Instituut voor Toegepaste Sociologie, Nijmegen.
- Blatt, S. J., C. M. Wild, (1976), *Schizophrenia-A developmental analysis*. Academic Press, London.
- Bleuler, M. (1972), *Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichte*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.
- Ciampi, L., C. Müller (1976), *Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Ein katamnestische Langzeitstudie bis ins Senium*. Springer Verlag, Berlin.
- Crider, A. (1979), *Schizophrenia: a biopsychological perspective*. J. Wiley and Sons, New York.
- Dunham, H. W., P. Phillips, B. Srinivasan (1966), A research note on diagnosed mental illness and social class. *Amer. Sociol. Review*, 31, 223-227.
- Giel, R., H. C. Sauer, C. J. Slooff, D. Wiersma (1980) Over de epidemiologie van functionele psychosen en invaliditeit. *T. Psychiat.*, 22, 710-722.
- Gottesman, I. I., J. Shields (1972), *Schizophrenia and Genetics. A twin study vantage*

- point. A volume in series: Personality and Psychopathology. Academic Press, London.
- Gove, W. R. (1979), Sex differences in the etiology of mental disorder. In: E. S. Gomberg, V. Franks (eds.) *Gender and disordered behavior: sex differences in psychopathology*. Brunner and Mazel, New York.
- Huber, G., G. Gross, R. Schüttler. Schizophrenie (1979), *Verlaufs- und Sozialpsychiatrische Langzeituntersuchungen und den 1945-1959 in Bonn hospitalisierten schizophrenen Kranken*. Springer Verlag, Berlin.
- Knol, H. R. (1980), *Dominante houdingspatronen in een pluriforme samenleving*. Dissertatie, R.U. Groningen.
- Neale, J. M., T. F. Oltmanns (1980), *Schizophrenia*. J. Wiley and Sons, New York.
- Romme, M. A. J. (1981), Epidemiologie en schizofrenie. *MGV*, 3, 225-242.
- Rosenthal, D. (1971), *Genetics of Psychopathology*. McGraw Hill, New York.
- Serban, G. (1980), *Adjustment of schizophrenics in the community*. MTP Press limited England/Spectrum publications inc., USA.
- Shakow, D. (1979), *Adaptation in schizophrenia. The theory of segmental set*. John Wiley and Sons, New York.
- Strauss, J. S., W. T. Carpenter (1974), Prediction of outcome in schizophrenia. II. Relationships between predictor and outcome variables. *Arch. Gen. Psychiatry*, 31, 37-42.
- Süllwold, L. (1977), *Symptome schizophrener Erkrankungen. Uncharakteristische Basisstörungen*. Springer Verlag, Berlin.
- Wing, J. K., G. W. Brown (1970), *Institutionalism and schizophrenia. A comparative study of three mental hospitals 1960-1968*. Cambridge Univ. Press.
- Wing, J. K., A. M. Hailey (1972), *Evaluating a community psychiatric service: the Camberwell Register 1964-71*. Oxford Univ. Press, London.
- Wing, J. K. (ed.) (1978), *Schizophrenia, towards a new synthesis*, Academic Press, London.
- World Health Organisation (1979), *Schizophrenia: An international follow-up study*. John Wiley and Sons, New York.
- Zubin, J. (1980), Chronic schizophrenia from the standpoint of vulnerability. In: C. Baxter en T. Melnechuk (eds): *Perspectives in schizophrenia research*, Raven Press, New York.