

STATE-OF-THE-ART-ARTIKEL

Epidemiologie van schizofrenie bij migranten in Nederland

J.P. SELTEN

ACHTERGROND In diverse publicaties is een verhoogde frequentie van schizofrenie beschreven bij bepaalde groepen migranten in Nederland.

DOEL Beantwoording van twee vragen: (1) Wat is er bekend over incidentie en prevalentie? (2) Wat is er bekend over mogelijke oorzaken?

METHODE Literatuuronderzoek met behulp van Medline over de periode 1970 tot 2002 (april) en via de inhoudsopgaven van het Tijdschrift voor Psychiatrie en het Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid (jaargangen 1985-2001). Tevens wordt onderzoek in het buitenland in beschouwing genomen.

RESULTATEN Bij de eerste generatie migranten is er een sterk verhoogde incidentie van schizofrenie bij mannen en vrouwen geboren in Suriname of op de Nederlandse Antillen, en bij mannen geboren in Marokko. Er is geen verhoogde incidentie bij Marokkaanse vrouwen of bij Turkse personen. Bij de tweede generatie is een sterk verhoogde incidentie gevonden bij Marokkanen en Surinamers. Misbruik van drugs lijkt niet de verklaring. Selectieve migratie kan niet de enige verklaring zijn voor de bevindingen bij Surinamers.

CONCLUSIE Als de frequenties in de landen van herkomst niet verhoogd zijn, dan is migratie een belangrijke risicofactor voor schizofrenie. De verhoogde cijfers voor de eerste én de tweede generatie pleiten tegen een louter 'biologische' oorzaak. Het is meer waarschijnlijk dat sociale factoren de stoornis in de hand werken bij genetisch kwetsbare personen, maar de exacte pathogenese moet nog opgehelderd worden.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 44 (2002) 10, 665-675]

TREFWOORDEN etniciteit, migratie, schizofrenie

In diverse publicaties is een verhoogde frequentie van schizofrenie beschreven bij bepaalde groepen migranten in Nederland. Met dit literatuuronderzoek wordt getracht twee vragen te beantwoorden: (1) Wat is er bekend over incidentie en prevalentie van schizofrenie bij migranten in Nederland en zijn er belangrijke verschillen tussen de diverse etnische groepen?; (2) Wat is er bekend over de mogelijke oorzaken van deze verschillen?

Voor een goed begrip van de materie wordt

eerst buitenlands onderzoek besproken.

ONDERZOEK IN ANDERE LANDEN

De Verenigde Staten, Canada en Australië In het begin van de 20ste eeuw namen de Amerikaanse autoriteiten maatregelen om te voorkomen dat Europeanen die krankzinnig waren het land binnenkwamen. Migrantengroepen kregen bij aankomst een medisch onderzoek en sommigen werden teruggestuurd. Malzberg (1940, 1969)

analyseerde vóór en ná de Tweede Wereldoorlog cijfers voor eerste opnamen in de staat New York en vond bij migranten een 20 tot 50% hoger risico van 'dementia praecox'. Bij de tweede generatie migranten namen de risico's een tussenpositie in: hoger dan bij autochtonen (waarvan ook de ouders in de Verenigde Staten (vs) zijn geboren) en lager dan bij de eerste generatie. De aantallen eerste opnamen wegens een 'manisch-depressieve psychose' waren niet of nauwelijks verhoogd.

De resultaten van onderzoeken in andere staten van de vs, in Canada en in Australië verschilden per etnische groep en veranderden met de tijd. Incidentiecijfers voor schizofrenie konden normaal, verhoogd of verlaagd zijn. Een belangwekkend onderzoek in Australië liet een sterk verhoogd (factor 4) risico zien voor personen geboren in Oost-Europa en een normaal risico voor personen geboren in Groot-Brittannië (Krupinski & Stoller 1965).

De twee belangrijkste personen die onderzoek verrichtten naar de oorzaken van de verhoogde risico's waren Ødegaard (1932) en Murphy (1972). Als oprichter van het Noorse register had Ødegaard goed zicht gekregen op de frequentie van eerste opnamen wegens schizofrenie in Noorwegen. In een beroemd geworden onderzoek vergeleek Ødegaard (1932) de frequentie van eerste opnamen bij Noorse migranten in Minnesota met de frequentie bij Noren in Noorwegen en bij personen geboren in de vs. De frequentie voor de Noorse migranten bleek dubbel zo hoog als voor beide andere groepen; de cijfers voor stemmingsstoornissen waren niet verhoogd. Na bestudering van de biografieën van de Noorse patiënten kwam hij tot de overtuiging dat deze bevindingen werden verklaard door selectieve migratie. Veel patiënten functioneerden in Noorwegen al slecht, vooral in sociaal opzicht, en Ødegaard concludeerde dat deze patiënten naar de VS waren gekomen in de hoop dat het gras daar groener was.

Murphy (1972) vermoedde dat het ontstaan van schizofrenie bevorderd werd door onduidelijke richtlijnen voor nieuwe en complexe sociale

taken. Als voorbeeld noemde hij onder meer een toename van schizofrenie bij Oost-Europese vluchtelingen na vertrek uit de opvangkampen van de Tweede Wereldoorlog. In het Verenigd Koninkrijk wachtte hen de moeilijke taak om een keuze te maken voor de toekomst. Zijn hypothese is echter niet eenvoudig te toetsen.

Europa In de vijftiger en zestiger jaren zijn veel personen uit het Caribische gebied, India, Pakistan en Bangladesh naar het Verenigd Koninkrijk gekomen.

In 15 onderzoeken zijn incidentiecijfers voor de eerste en de tweede generatie migranten uit het Caribische gebied vergeleken met die voor autochtone Britten of 'overigen'. Alle onderzoeken hebben een significant verhoogd schizofrenierisico gevonden voor 'African Caribbeans', maar de grootte van het relatieve risico (RR) varieert van 1,7 tot 13,2 (Eaton & Harrison 2000). De cijfers voor migranten uit West-Afrika zijn eveneens sterk verhoogd (Van Os, Castle e.a. 1996), maar de cijfers voor Aziaten zijn dat niet of nauwelijks. Alleen King e.a. (1994) vonden in Noord-Londen een RR voor Aziaten van 6,0 (95%-betrouwbaarheidsinterval (BI) 1,6-10,5).

De incidentie van schizofrenie kan men het beste meten door alle personen uit een exact omschreven gebied, die voor het eerst in hun leven in verband met een psychotische stoornis in contact komen met een ambulante of klinische behandelaar, te onderzoeken met behulp van een semi-gestructureerd diagnostisch interview. In dergelijke 'eerstecontact-incidentie-onderzoeken' zijn voor leeftijd en sekse gecorrigeerde RR's gevonden voor 'Caribbeans' (ten opzichte van autochtone Britten of 'overigen') van 13,2 (Harrison e.a. 1988), 5,3 (King e.a. 1994), 1,7 (Bhugra e.a. 1997) en 7,7 (Harrison e.a. 1997). De incidentie van manieën met psychotische kenmerken lijkt bij Caribbeans ook verhoogd (Van Os, Takei e.a. 1996), maar de prevalentie van depressieve stoornissen en angststoornissen niet (Shaw e.a. 1999).

De in het Verenigd Koninkrijk verrichte

onderzoeken naar het beloop van de aandoening (Bhugra e.a. 1997; Goater e.a. 1999; Harrison e.a. 1999; McKenzie e.a. 1995, 2001; Takei e.a. 1998) hebben de hypothese weerlegd dat het bij Caribbeans zou gaan om kortdurende psychosen met volledig herstel. Ook na een follow-up-periode van achttien jaar wordt de oorspronkelijke diagnose in de meeste gevallen bevestigd (Takei e.a. 1998). Er zijn bovendien geen belangrijke verschillen gevonden tussen Caribbeans en blanke Britten in het symptoomprofiel van schizofrenie (Hutchinson e.a. 1999). McKenzie e.a. (1995, 2001) constateerden dat Caribbeans een kleiner deel van de follow-up-periode in een psychotische toestand doorbrengen, maar de andere onderzoekers vinden een even slecht beloop als bij autochtone Britten.

Onderzoek naar mogelijke oorzaken is relatief schaars. In eerstecontact-incidentieonderzoeken op Jamaica, Trinidad en Barbados zijn cijfers gerapporteerd die even hoog zijn als die voor autochtone Britten en significant lager dan die voor Caribbeans in het Verenigd Koninkrijk (Hickling e.a. 1995; Bhugra e.a. 1996; Mahy e.a. 1999).

Uit familieonderzoek blijkt dat de invloed van genetische factoren bij Caribbeans niet groter of kleiner is dan bij autochtone Britten en dat omgevingsfactoren verantwoordelijk zijn voor het sterk verhoogde risico bij Caribbeans van de tweede generatie (Hutchinson e.a. 1996).

Ook obstetrische complicaties in de voorgeschiedenis en drugsmisbruik lijken geen oorzaak te zijn (Hutchinson e.a. 1997; Cantwell e.a. 1999). Er is al diverse keren op gewezen dat mensen van het zwarte ras in het Verenigd Koninkrijk vaak tot de laagste sociaal-economische klasse behoren, werkloos zijn en slecht behuisd, dat de situatie waarin ze opgroeien minder stabiel is (veel eenoudergezinnen) en dat ze vaak het slachtoffer zijn van discriminatie. Er is echter weinig onderzoek gedaan om te kijken of deze factoren de stoornis induceren bij genetisch kwetsbare personen. Boydell e.a. (2001) hebben gevonden dat leden van etnische minderheden in Londen een

hoger risico hebben wanneer ze in een wijk wonen met weinig allochtonen. Verlies van steun zou dus een factor van belang kunnen zijn.

Het onderzoek in Scandinavische landen betreft heterogene groepen migranten. In onderzoeken in Denemarken en in Zweden zijn bij migranten ook verhoogde opnamecijfers wegens schizofrenie gevonden (Mortensen e.a. 1997; Zolkowska e.a. 2001). Wanneer de migranten in Malmö (Zweden) worden opgesplitst naar land van herkomst, blijken de risico's het hoogst voor migranten uit Afrika ($RR=11,3$; 95%-BI 6,4-20,0) en Azië ($RR=3,0$; 95%-BI 1,5-6,0) en het laagst voor migranten uit andere Scandinavische landen ($RR=1,9$; 95%-BI 1,2-3,1). Onderzoeken in Duitsland vinden een verlaagd of een normaal risico voor migranten uit Turkije (bijvoorbeeld Weyerer & Häfner 1992). In andere Europese landen is geen onderzoek verricht.

METHODE

Met behulp van Medline is over de periode 1970 tot 2002 (april) gezocht naar epidemiologisch onderzoek over schizofrenie bij migranten in Nederland. Als trefwoorden zijn gebruikt: *schizophrenia, psychosis, migration, ethnicity, Netherlands, Surinam, Antilles, Morocco, Turkey*. Tevens zijn de inhoudsopgaven van het Tijdschrift voor Psychiatrie en het Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid (jaargangen 1985-2001) bekeken.

RESULTATEN

Er zijn twaalf relevante onderzoeken gevonden.

Incidentie en prevalentie Een aantal onderzoeken (Brook & de Graaf 1985; Selten & Sijben 1994; Selten e.a. 1997) zijn gebaseerd op gegevens van de landelijke Patiëntenregistratie Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg (PIGG). Dit register legt sinds 1970 van alle psychiatrische opnamen, behalve de opnamen op PAAZ's (psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen), een aan-

tal geanonimiseerde gegevens vast, onder meer geboorteland, geboortedatum, geslacht en diagnose bij opname en ontslag. Eerste opnamen kunnen worden onderscheiden van heropnamen door middel van gecomputeriseerde koppeling van gegevens, waarbij men patiënten herkent aan hun geboorteland, geboortedatum en geslacht. Omdat veel Marokkanen hun exacte geboortedatum niet weten en vaak 1 januari of 1 juli van een bepaald jaar opgeven, is deze methode voor hen minder geschikt. De computer ziet namelijk alle mannen, op bijvoorbeeld 1 januari 1958 in Marokko geboren, aan voor één en dezelfde persoon. Dit heeft tot gevolg dat de frequentie van eerste opnamen bij Marokkanen onderschat wordt. Bij migranten uit Turkije, Suriname of de Nederlandse Antillen doet dit probleem zich niet voor. Het zal nu ook duidelijk zijn dat het onmogelijk is om met dit register onderzoek te doen naar migranten van de tweede generatie: zij kunnen niet worden onderscheiden van autochtonen.

Brook & de Graaf (1985) rapporteerden voor het eerst de opmerkelijke verschillen tussen Marokkaanse mannen en vrouwen en tussen Turken en Marokkanen. Het bleek dat in Nederland in de periode 1980-1982 11 mannen en 2 vrouwen met geboorteland Turkije werden opgenomen wegens schizofrenie (eerste opnamen en heropnamen tezamen) en 34 mannen en 1 vrouw met als geboorteland Marokko. Er woonden in ons land meer migranten uit Turkije dan uit Marokko. Selten & Sijben (1994) onderzochten de frequenties van eerste opnamen wegens schizofrenie in 1990 en vonden verhoogde cijfers bij migranten geboren in Suriname of op de Antillen (2-5 maal zo hoog) en bij mannen geboren in Marokko (ongeveer 4 maal zo hoog). De cijfers voor in Marokko geboren vrouwen of voor migranten uit Turkije (beide geslachten) zijn niet verhoogd.

Een later onderzoek naar Surinamers en Antillianen in Nederland betreft eerste opnamen in de periode 1983 t/m 1992 (Selten e.a. 1997). De RR's voor mannen geboren in Suriname of op de

Nederlandse Antillen (vergeleken met in Nederland geboren mannen) worden geschat op respectievelijk 4,5 (95%-BI 4,1- 4,9) en 4,5 (95%-BI 3,9- 5,3). De relatieve risico's voor vrouwen uit deze landen zijn respectievelijk 2,8 (95%-BI 2,4- 3,2) en 3,0 (95%-BI 2,3- 3,8), ten opzichte van in Nederland geboren seksegenoten.

Dekker e.a. (1996) maakten gebruik van een Amsterdams register en vonden in de periode 1992-1993 een frequentie van eerste opnamen die voor mannen geboren in Suriname bijna 2 keer zo hoog was als voor mannen geboren in Nederland ($p < 0,01$). Het risico voor Antilliaanse en Marokkaanse mannen was niet significant verhoogd en het risico voor in Turkije geboren mannen was significant verlaagd ($p < 0,05$). Vergelijkingen tussen vrouwen brengen geen significante verschillen aan het licht.

Schrier e.a. (2001) berekenden de puntprevalentie van schizofrenie bij de ambulante geestelijke gezondheidszorg in de gemeente Rotterdam met als peildatum 1 oktober 1996. Het aantal patiënten met een DSM-III-R-diagnose (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3de herziene versie) schizofrenie bedroeg 713 (0,21%). De prevalentie bleek significant verhoogd bij mannen uit Suriname en Marokko en bij vrouwen uit Suriname, de Antillen en Kaapverdië (odds ratio's tussen 2 en 3). De prevalentie bij Turken wijkt niet af van die bij autochtonen en er is geen enkele in Marokko geboren vrouw in behandeling wegens schizofrenie.

Omdat de PIGG geen informatie verschaft over ambulante behandelingen en omdat er twijfels bestaan over de validiteit van de diagnostiek, verrichtten de afdeling psychiatrie van het Universitair Medisch Centrum Utrecht en de Stichting Parnassia tussen 1 april 1997 en 1 april 1999 een eerstecontact-incidentieonderzoek in Den Haag (Selten e.a. 2001).

Hierbij trachtte een arts-assistent alle patiënten die in deze periode voor het eerst in hun leven in contact kwamen met een arts wegens een psychotische stoornis te onderzoeken met behulp van een diagnostisch interview. Een soci-

aal-psychiatrisch verpleegkundige (spv) nam bij familieleden een heteroanamnese af en vroeg of de gedachten en/of gedragingen van de patiënt binnen zijn of haar cultuur normaal zijn. De arts en de spv schreven een verslag waar mogelijke aanwijzingen voor de etniciteit van de patiënt uit werden weggelaten. Twee psychiaters stelden vervolgens blind voor etniciteit een DSM-IV-diagnose.

De resultaten bevestigen de bevindingen van de registeronderzoeken bij migranten van de eerste generatie: een sterk verhoogde incidentie bij mannen en vrouwen geboren in Suriname of op de Antillen en bij mannen geboren in Marokko; geen verhoogde incidentie bij Marokkaanse vrouwen of bij migranten uit Turkije. Nieuw zijn de verhoogde incidentie bij migranten uit andere niet-westerse landen dan Suriname, de Antillen, Turkije en Marokko (RR voor schizofrene stoornissen is 2,4; 95%-BI 1,3-4,7) en de sterk verhoogde incidentie bij Surinamers (RR=5,5; 95%-BI 2,5-11,9) en Marokkanen (RR=8,0; 95%-BI 2,6-24,5) van de tweede generatie. Vrijwel alle ondervraagde referenten beschouwden de gedachteninhoud van hun familielid als volstrekt abnormaal en de diagnosticerende psychiaters zagen na bekendmaking van de etniciteit geen redenen om de DSM-IV-diagnosen te wijzigen.

Oorzaken De grootschalige migratie uit Suriname naar Nederland in combinatie met de sterk verhoogde incidentie bij Surinamers in Nederland is onverenigbaar met de selectiehypothese. Als de verhoogde incidentie in Nederland het gevolg was van selectieve migratie, dan zou de stoornis uit Suriname verdwenen moeten zijn. Hanoeman e.a. (2002) vonden echter een normale frequentie van eerste opnamen in Suriname in de jaren 1992 en 1993. Bogers e.a. (2000) onderzochten of patiënten die in Suriname een psychose hebben ontwikkeld vaker naar Nederland emigreren dan andere Surinamers. Het omgekeerde blijkt het geval. Zij emigreren significant minder vaak en na emigratie keren ze zelfs vaker terug naar Suriname.

Selten e.a. (2002) verrichtten een gedachtenexperiment. Zij stelden zich voor dat de gehele bevolking van Suriname naar Nederland is geëmigreerd en dat alle hypothetische extra migranten, in werkelijkheid personen die in Suriname zijn gebleven, geen schizofrenie ontwikkelen. Zij herhaalden vervolgens het eerdergenoemde onderzoek van het Nederlandse register (Selten e.a. 1997) en vergrootten de noemer voor de Surinaamse gemeenschap in Nederland door de gehele bevolking in Suriname er aan toe te voegen. Het risico voor de Surinamers is dan nog steeds significant verhoogd. De selectiehypothese kan worden verworpen, omdat de vergroting van de noemer iedere mogelijkheid van selectie uitsluit.

Er is wel geopperd dat druggebruik de verhoogde cijfers bij allochtonen veroorzaakt, maar het is dubieus of drugs een schizofrene stoornis veroorzaken of induceren. Bovendien blijkt uit het onderzoek in Den Haag dat allochtone patiënten niet vaker drugs gebruiken dan autochtone patiënten (Veen e.a. 2002). Het is helaas onbekend of allochtone jongeren uit de algemene bevolking meer drugs gebruiken dan autochtone jongeren. Bij een enquête in Amsterdam waren de percentages weigeraars te hoog, vooral bij Marokkanen (77%) (Abraham e.a. 1998).

Surinamers zouden gevoeliger kunnen zijn voor een neurotroop virus in West-Europa, bijvoorbeeld het Borna Disease Virus, dat wel met schizofrenie in verband is gebracht. Uit een onderzoek bij eerste-generatie-Surinamers in Nederland met de diagnose schizofrenie blijkt echter dat ze niet vaker in contact zijn geweest met dit virus dan gezonde personen uit een vergelijkbare groep (Selten e.a. 2000). Er is gesuggereerd dat prenatale blootstelling aan het influenzavirus in het tweede trimester van de zwangerschap het risico op schizofrenie zou verhogen, maar Surinamers of Antillianen die enkele maanden na de pandemie van Aziatische griep in het Caraïbische gebied zijn geboren, hebben geen extra verhoogd risico (Selten e.a. 1998).

Andere psychiatrische stoornissen Uit gegevens van 1990 (PIGG) blijkt dat de frequenties van opnamen wegens drugpsychosen en verslaving verhoogd zijn bij migranten uit Suriname, de Nederlandse Antillen en Marokko (met een factor 2-4), en niet bij migranten uit Turkije (Selten & Sijben 1994). De verschillen in de frequenties van opnamen wegens stemmingsstoornissen zijn veel kleiner. Een beperking van dergelijk onderzoek is natuurlijk dat de drempels voor opname wegens deze stoornissen per etnische groep kunnen verschillen. Goed onderzoek naar de frequentie van depressie en verslaving ontbreekt.

Schudel e.a. (1999) rapporteerden sterk verhoogde cijfers (met een factor 3) voor parasuicide bij jonge Surinaamse vrouwen in Den Haag (leeftijd 15-24 jaar). Het betreft vooral inname van geneesmiddelen of vergif. De cijfers zijn ook verhoogd voor jonge Surinaamse mannen (15-24 jaar), jonge Turkse vrouwen (15-24 jaar) en Marokkaanse meisjes (15-19 jaar). Ook al zijn de cijfers voor voltooide suïcides bij allochtonen in Den Haag niet verhoogd, de cijfers voor parasuicide zeggen wel iets over de aanwezigheid van spanningen.

Er zijn geen grote verschillen in de manier waarop Surinamers, Turken, Marokkanen, Ghanezen en autochtonen hulp zoeken voor 'psychosociale problemen' (Knipscheer 2000).

DISCUSSIE

Incidentie en prevalentie Er is een consistent patroon in incidentie en prevalentie van schizofrenie bij de eerste generatie migranten: verhoogde cijfers bij mannen en vrouwen geboren in Suriname of op de Antillen en bij mannen geboren in Marokko; geen verhoogde cijfers bij Marokkaanse vrouwen of bij personen geboren in Turkije. De onderzoeksresultaten van Dekker e.a. (1996) wijken af: in Amsterdam werden geen significant verhoogde cijfers gevonden voor Antilliaanse of Marokkaanse mannen en evenmin voor Antilliaanse of Surinaamse vrouwen.

Ook Schrier e.a. vonden geen verhoogde cijfers bij Antilliaanse mannen in Rotterdam. Helaas presenteren Dekker e.a. geen absolute aantallen of RR's met betrouwbaarheidsintervallen, zodat hun gegevens moeilijk te interpreteren zijn. Het is daarom mogelijk dat de resultaten in Amsterdam verklaard worden door een gebrek aan 'power'.

Om over de grootst mogelijke cijfers te beschikken, vroeg ik de PIGG om informatie over aantallen personen geboren in Suriname, Turkije, Marokko of op de Nederlandse Antillen en minimaal 1 keer ontslagen met de ICD-diagnose (*International classification of diseases*) schizofrenie (295.x) in de periode 1978 t/m 1996, opgesplitst naar geslacht en woonplaats. De cijfers, weergegeven in tabel 1, bevestigen het hierboven geschetste patroon.

Het is belangrijk op te merken dat de verhoogde risico's voor Marokkaanse mannen, Surinamers en Antillianen niet het gevolg kunnen zijn van een verborgen morbiditeit in de autochtone bevolking, omdat bij bevolkingsonderzoek in West-Europa en de VS is gebleken dat de meeste patiënten in contact zijn gekomen met een arts (Jablensky 1995). Het is niet met zekerheid bekend of Marokkaanse vrouwen inderdaad een laag risico hebben, of dat ze zelden in behandeling komen. Een onderzoek in Rotterdam toonde aan dat Marokkaanse vrouwen in de leeftijd van 20 tot 44 jaar niet minder vaak in contact kwamen met de geestelijke gezondheidszorg dan Surinaamse of Antilliaanse seksegenoten (Dieperink e.a. 2002).

Problemen bij diagnostiek Er werden geen publicaties gevonden over empirisch onderzoek naar problemen in de diagnostiek van psychotische stoornissen. Bij het onderzoek in Den Haag noteerden de psychiaters, blind voor etniciteit, of ze wel niet zeker waren van hun DSM-IV-diagnose (ze waren wel zeker van het bestaan van een functionele psychose, anders werd de patiënt niet geteld). Tabel 2 toont de verschuivingen in RR's die ontstaan als alleen patiënten geteld wor-

EPIDEMIOLOGIE VAN SCHIZOFRENIE BIJ MIGRANTEN IN NEDERLAND

TABEL 1 Aantallen migranten met ICD-diagnose schizofrenie, ontslagen uit een Nederlands instituut voor intramurale psychiatrische zorg, per geboorteland, geslacht en woonplaats, in de periode 1978-1996*, en de bevolkingsaantallen in Nederland per 1-1-1990

Geboorteland	Geslacht	Woonplaats Amsterdam	Woonplaats Rotterdam	Woonplaats Den Haag	Woonplaats elders	Totaal	Bevolking per 1-1-1990
Suriname	m	350	184	176	456	1166	75.590
	v	143	95	77	202	517	81.464
Nederlandse Antillen en Aruba	m	77	59	48	221	405	27.310
	v	30	31	15	98	174	28.753
Turkije	m	32	44	20	138	234	78.331
	v	10	9	6	57	82	62.919
Marokko	m	119	67	60	295	541	66.853
	v	22	5	9	26	62	48.635

ICD = International classification of diseases

*gegevens verkregen uit de Patiëntenregistratie Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg

TABEL 2 Voor leeftijd en geslacht gecorrigeerde relatieve risico's van een eerste contact met een arts wegens een schizofrene stoornis (DSM-IV: 295.x) voor Surinamers en Marokkanen in Den Haag, in de periode van 1 april 1997-31 maart 1999, uitgesplitst naar zekerheid van diagnose

Etniciteit	Diagnose zeker of waarschijnlijk		Diagnose zeker	
	n	RR (95%-BI)	n	RR(95%-BI)
-Autochtoon*	35	1,0	25	1,0
-Surinaams**	27	3,7 (2,2-6,1)	19	3,6 (2,0-6,5)
-Marokkaans**	17	5,5 (2,8-8,9)	9	3,5 (1,6-7,6)

DSM-IV = Diagnostic and statistical manual of mental disorders, IV

BI = betrouwbaarheidsinterval

RR = relatieve risico

* Geboren in Nederland en beide ouders geboren in Nederland

** Eerste en tweede generatie tezamen

den bij wie de diagnose 'schizofrene stoornis' zeker is (DSM-IV: 295.x). Psychiaters blijken bij Marokkanen minder zeker te zijn van hun zaak dan bij autochtonen of Surinamers. Een veel voorkomend probleem bij de diagnostiek bij Marokkanen is het onderscheid tussen: (a) een

depressieve stoornis met stemmingsincongruente psychotische kenmerken; (b) een schizoaffectieve stoornis, depressief type; en (c) schizofrenie, gecompliceerd door een depressieve stoornis, niet anderszins omschreven (DSM-IV-criteria). In het Haagse incidentieonderzoek was

dit onderscheid problematisch bij 8 van de 28 Marokkaanse patiënten. Om patiënten die langdurig depressief en psychotisch zijn te kunnen classificeren, moet men weten welke van de 2 stoornissen eerder ontstond, welke langer duurde en of er ook een periode was waarin een van beide niet optrad. Door de taalbarrière is dit vaak moeilijk.

Enkele opmerkingen over migranten uit Suriname Hoe groot is het probleem voor de Surinaamse gemeenschap in Nederland? In de periode 1978-1996 zijn er 1683 in Suriname geboren personen opgenomen en ontslagen met de diagnose schizofrenie (tabel 1). Het aantal in Suriname geboren personen, woonachtig in Nederland op 1 januari 1990, bedraagt 157.054. Op basis van deze gegevens is het aannemelijk dat het risico voor Surinamers in Nederland hoger is dan 1%, vooral bij mannen. Voor personen geboren in Nederland in 1958 bedraagt het risico van een psychiatrische opname en ontslag (met deze diagnose) in de periode 1970-1994 ongeveer 0,35% (Selten e.a. 1999). De ware cijfers zullen voor autochtonen en Surinamers hoger zijn, omdat niet alle patiënten worden opgenomen en de diagnose vaak gemist wordt (of vermeden met de term 'psychotische stoornis niet anderszins omschreven').

De meeste Surinaamse patiënten van het Haagse onderzoek zijn van Hindoestaanse afkomst en dan rijst de vraag of de incidentie ook verhoogd is voor Creoolse Surinamers. Omdat Hindoestanen en Creolen bij hun komst naar Nederland verschilden in hun voorkeur voor een woonplaats, is de etnische samenstelling van de Surinaamse gemeenschap in Amsterdam (70% Creools, 26% Hindoestaans) anders dan die in Den Haag (10% Creools, 80% Hindoestaans) (Martens & Verweij 1997). Op basis van de gegevens uit tabel 1, de aantallen in januari 1990 in Amsterdam en Den Haag wonende in Suriname geboren personen, en de leeftijdsopbouw, is het aannemelijk dat de incidentie ook verhoogd is voor Creoolse Surinamers.

Oorzaken De onverklaarde bevindingen in Groot-Brittannië en Nederland vormen één van de grootste uitdagingen voor de psychiatrische epidemiologie (Eaton & Harrison 2000). Het is niet waarschijnlijk dat ze verklaard worden door een verhoogde incidentie in het land van herkomst. De onderzoeken van de Wereldgezondheidsorganisatie in derdewereldlanden (Jablensky 1995) en de onderzoeken op Jamaica, Trinidad en Barbados lieten immers normale cijfers zien.

Het hierboven geschetste patroon voor schizofrenie bij de eerste generatie migranten kan men niet terugvinden bij andere aandoeningen. Een verhoogde prevalentie van diabetes mellitus type 2, bijvoorbeeld, wordt niet alleen gevonden bij Hindoestaanse Surinamers, maar ook bij migranten uit Turkije (Weijers e.a. 1998). De prestaties van kinderen bij testen van cognitieve vermogens volgen ook een ander patroon; zij zijn bij Surinaamse en Antilliaanse kinderen hoger dan bij kinderen van Turkse en Marokkaanse afkomst (Resing & Hessels 2001). Alleen de misdaadcijfers (en misschien de cijfers voor verslavingsziekten) lijken op het patroon bij schizofrenie: bij Turken lager dan bij Surinamers, Antillianen en Marokkanen (Leuw 1997).

Dat de incidentie van schizofrenie verhoogd is bij zowel de eerste als de tweede generatie migranten pleit tegen een louter 'biologische' oorzaak. Men kan speculeren dat migranten minder weerstand hebben tegen een virus in West-Europa, maar dit verklaart de verhoogde incidentie bij de tweede generatie niet. Men zou kunnen bedenken dat zwangere allochtone vrouwen minder weerstand hebben tegen een virus en een abnormale immuunrespons produceren die het ongeboren kind beschadigt, maar dit verklaart weer niet de bevindingen bij de eerste generatie. Het is meer waarschijnlijk dat sociale factoren de stoornis induceren bij genetisch kwetsbare personen. De problemen die samenhangen met het proces van migratie en acculturatie gelden immers voor beide generaties. De normale cijfers voor Turken in Nederland en voor Aziaten in Groot-Brittannië zouden het gevolg kunnen zijn

van een beschermend effect van sterke familiebanden. Ook de relatief lage misdaadcijfers voor Turken duiden wellicht op een grotere sociale cohesie van de Turkse gemeenschap.

Aanbevelingen voor verder onderzoek Het is belangrijk dat de resultaten bij de tweede generatie, verkregen in Den Haag, in een ander onderzoek gerepliceerd worden. We moeten weten hoe het staat met de risico's voor andere allochtone groepen (bijvoorbeeld Somaliërs) en met de risico's voor de broers en zussen van allochtone patiënten. Het beloop van de stoornis wordt nu onderzocht bij het incidentiecohort in Den Haag.

Nader onderzoek zal moeten uitwijzen: (1) of migranten vaker worden blootgesteld aan bepaalde risicofactoren, waarvoor migranten en autochtonen even gevoelig zijn; (2) of bepaalde groepen migranten voor deze factoren gevoeliger zijn dan autochtonen; (3) of dat het om risicofactoren gaat waar alleen migranten aan worden blootgesteld. Uitdagingen voor toekomstig onderzoek zijn niet alleen een betere omschrijving van deze risicofactoren (ontworteling, discriminatie, rolverandering, gebrek aan sociale steun, nieuwe complexe sociale taken?), maar ook de ontwikkeling van een pathogenetisch model dat verklaart hoe schizofrenie ontstaat als genetisch kwetsbare personen aan deze factoren worden blootgesteld.

👉 Dank aan de collega's A. de Ranitz, M.R.M. Scholten en N.D. Veen voor hun commentaar.

LITERATUUR

- Abraham, M.D., Cohen, P.D.A., van Til, R.J. e.a. (1998). Licit and illicit drug use in Amsterdam III, 1987-1997. Amsterdam: University of Amsterdam.
- Bhugra, D., Hilwig, M., Hossein, B., e.a. (1996). First-contact incidence rates of schizophrenia in Trinidad and one-year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 169, 587-592.
- Bhugra, D., Leff, J., Mallett, R., e.a. (1997). Incidence and outcome of schizophrenia in whites, African-Caribbeans and Asians in London. *Psychological Medicine*, 27, 791-798.
- Bogers, J.P., de Jong, J.T., & Komproe, I.H. (2000). Schizophrenia among Surinamese in the Netherlands: high admission rates not explained by high emigration rates. *Psychological Medicine*, 30, 1425-1431.
- Boydell, J., van Os, J., McKenzie, K., e.a. (2001). Incidence of schizophrenia in ethnic minorities in London: ecological study into interactions with environment. *BMJ*, 323, 1336-1338.
- Brook, O.H., & de Graaf, A.C. (1985). Opnemingen in de algemene psychiatrische ziekenhuizen van in Nederland verblijvende migranten. Mededeling uit de Patiëntenregistratie Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 27, 190-202.
- Cantwell, R., Brewin, J., Glazebrook, C., e.a. (1999). Prevalence of substance misuse in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 174, 150-153.
- Dekker, J., Peen, J., Heijnen, H., e.a. (1996). Psychiatrische opnamen in Amsterdam naar etnische achtergrond en diagnose. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 140, 368-371.
- Dieperink, C., van Dijk, R., & Wierdsma, A. (2002). GGZ voor allochtonen. *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid*, 57, 87-97.
- Eaton, W., & Harrison, G. (2000). Ethnic disadvantage and schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102 (Suppl.), 38-43.
- Goater, N., King, M., Cole, E., e.a. (1999). Ethnicity and outcome of psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 175, 34-42.
- Hanoeman, M., Selten, J.P., & Kahn, R.S. (2002). Incidence of schizophrenia in Surinam. *Schizophrenia Research*, 54, 219-221.
- Harrison, G., Amin, S., Singh, S.P., e.a. (1999). Outcome of psychosis in people of African-Caribbean family origin. Population-based first-episode study. *British Journal of Psychiatry*, 175, 43-49.
- Harrison, G., Glazebrook, C., Brewin, J., e.a. (1997). Increased incidence of psychotic disorders in migrants from the Caribbean to the United Kingdom. *Psychological Medicine*, 27, 799-806.
- Harrison, G., Owens, D., Holton, A., e.a. (1988). A prospective study of severe mental disorder in Afro-Caribbean patients. *Psychological Medicine*, 18, 643-657.
- Hickling, F.W., & Rodgers-Johnson, P. (1995). The incidence of first contact schizophrenia in Jamaica. *British Journal of Psychiatry*, 167, 193-196.
- Hutchinson, G., Takei, N., Bhugra, D., e.a. (1997). Increased rate of psychosis among African-Caribbeans in Britain is not due to an excess of pregnancy and birth complications. *British Journal of Psychiatry*, 171, 145-147.
- Hutchinson, G., Takei, N., Fahy, T.A., e.a. (1996). Morbid risk of schizophrenia in first-degree relatives of white and African-

- Caribbean patients with psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 169, 776-780.
- Hutchinson, G., Takei, N., Sham, P., e.a. (1999). Factor analysis of symptoms in schizophrenia: differences between White and Caribbean patients in Camberwell. *Psychological Medicine*, 29, 607-612.
- Jablensky, A. (1995). The epidemiological horizon. In S.R. Hirsch & D. Weinberger (Red.), *Schizophrenia* (pp. 206-252). Oxford: Blackwell.
- Junger, M. (1992). Some explanations of crime among four ethnic groups in the Netherlands. *Journal of Quantitative Criminology*, 8, 51-77.
- King, M., Coker, E., Leavy, G., e.a. (1994). Incidence of psychotic illness in London: comparison of ethnic groups. *BMJ*, 309, 1115-1119.
- Knipscheer, J.W. (2000). *Cultural convergence and divergence in mental health care*. Proefschrift. Veenendaal: Universal Press.
- Krupinski, J., & Stoller, A. (1965). Incidence of mental disorders in Victoria, Australia, according to country of birth. *The Medical journal of Australia*, 2, 265-269.
- Leuw, E. (1997). *Criminaliteit bij etnische minderheden*. Den Haag: Wetenschappelijk centrum voor onderzoek en documentatie.
- Mahy, G.E., Mallett, R., Leff, J., e.a. (1999). First-contact incidence rate of schizophrenia on Barbados. *British Journal of Psychiatry*, 175, 28-33.
- Malzberg, B. (1940). *Social and biological aspects of mental disease*. Utica: State Hospitals Press.
- Malzberg, B. (1969). Are immigrants psychologically disturbed? In Plog, S.C., & Edgerton, R.B. (Red.), *Changing perspectives in mental illness* (pp. 395-421). Holt: New York.
- Martens, E., & Verweij, A.O. (1997). *Surinamers in Nederland. Kerncijfers 1996*. Rotterdam: ISEO/EUR.
- McKenzie, K., van Os, J., Fahy, T., e.a. (1995). Psychosis with good prognosis in Afro-Caribbean people now living in the United Kingdom. *BMJ*, 311, 1325-1328.
- McKenzie, K., Samele, C., van Horn, E., e.a. (2001). Comparison of the outcome and treatment of psychosis in people of Caribbean origin living in the UK and British Whites. *British Journal of Psychiatry*, 178, 160-165.
- Mortensen, P.B., Cantor-Graae, E., & McNeil, T.F. (1997). Increased rates of schizophrenia among immigrants: some methodological concerns raised by Danish findings. *Psychological Medicine*, 27, 813-820.
- Murphy, H.B.M. (1972). The evocative role of complex social tasks. In A.R. Kaplan (Red.) *Genetic factors in schizophrenia* (pp. 407-422). Springfield: Thomas.
- Ødegaard, Ø. (1932). Emigration and insanity. *Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica*, 7 (Suppl. 4), 1-206.
- Os, J. van, Castle, D.J., Takei, N., e.a. (1996). Psychotic illness in ethnic minorities: clarification from the 1991 census. *Psychological Medicine*, 26, 203-208.
- Os, J. van, Takei, N., Castle, D.J., e.a. (1996). The incidence of mania: time trends in relation to gender and ethnicity. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31, 129-136.
- Resing, W.C.M., & Hessels, M.G.P. (2001). Het meten van de cognitieve mogelijkheden en het schoolgedrag van allochtone kinderen. In N. Bleichrodt & F.R.J. van de Vijver (Red.), *Diagnostiek bij allochtonen* (pp. 89-118). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- 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 Psychiatry*, 16, 162-166.
- Schudel, W.J., Struben, H.W.A., & Vroom-Jongerden, J.M. (1999). Epidemiologie van parasuicide in Den Haag. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 143, 1469-1474.
- Selten, J.P., Brown, A.S., Moons, K.G.M., e.a. (1999). Prenatal exposure to the 1957 influenza pandemic and non-affective psychosis in the Netherlands. *Schizophrenia Research*, 38, 85-91.
- Selten, J.P., Cantor-Graae, E., Slaets, J., e.a. (2002). Ødegaard's selection hypothesis revisited: schizophrenia in Surinamese immigrants to the Netherlands. *American Journal of Psychiatry*, 159, 669-671.
- Selten, J.P., & Sijben, A.E.S. (1994). First admission rates for schizophrenia in immigrants to The Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 71-77.
- Selten, J.P., Slaets, J.P.J., & Kahn, R.S. (1997). Schizophrenia in Surinamese and Dutch Antillean immigrants to The Netherlands: evidence of an increased incidence. *Psychological Medicine*, 27, 807-811.
- Selten, J.P., Slaets, J.P.J., & Kahn, R.S. (1998). Prenatal exposure to influenza and schizophrenia in Surinamese and Dutch Antillean immigrants to The Netherlands. *Schizophrenia Research*, 30, 101-103.
- 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.
- Selten, J.P., van Vliet, K., Pleyte, W., e.a. (2000). Borna disease virus and schizophrenia in Surinamese immigrants to the Netherlands. *Medical Microbiology and Immunology*, 189, 55-57.
- Shaw, C.M., Creed, F., Tomenson, B., e.a. (1999). Prevalence of anxiety and depressive illness and help seeking behaviour in African

- Caribbeans and white Europeans: two phase general population survey. *BMJ*, 318, 302-305.
- Takei, N., Persaud, R., Woodruff, P., e.a. (1998). First episode of psychosis in Afro-Caribbean and White people. *British Journal of Psychiatry*, 172, 147-153.
- Veen, N., Selten, J.P., Hoek, H.W., e.a. (2002). Use of illicit substances in a psychosis incidence cohort: a comparison among different ethnic groups in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 440-443.
- Weijers, R.N., Bekedam, D.J., & Oosting, H. (1998). The prevalence of type 2 diabetes and gestational diabetes mellitus in an inner city multi-ethnic population. *European Journal of Epidemiology*, 14, 693-699.
- Weyerer, S., & Häfner, H. (1992). The high incidence of psychiatrically treated disorders in the inner city of Mannheim. Susceptibility of Germans and foreign residents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27, 142-146.
- Zolkowska, K., Cantor-Graae, E., & McNeil, T.F. (2001). Increased rates of psychosis among immigrants to Sweden: is migration a risk factor for psychosis? *Psychological Medicine*, 31, 669-678.

AUTEUR

J.P. SELTEN is psychiater en werkzaam bij de Divisie Psychiatrie, Universitair Medisch Centrum Utrecht.

Correspondentieadres: dr. J.P. Selten, psychiater, Divisie Psychiatrie, Universitair Medisch Centrum, Postbus 85000, Huispostnr. A00.241, 3508 GA Utrecht.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 23-4-2002.

SUMMARY

Epidemiology of schizophrenia in immigrants to the Netherlands – J.P. Selten –

BACKGROUND There are reports of an increased incidence of schizophrenia in certain immigrant groups to the Netherlands.

AIM To answer two questions: (1) What is known about the incidence and prevalence?; (2) What is known about aetiology?

METHOD Literature review using Medline and the contents of the 'Tijdschrift voor Psychiatrie' and the 'Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid' (1985-2001). Also a summary of research conducted abroad is given.

RESULTS For subjects of the first generation there is an increased incidence for males and females born in Surinam or the Netherlands Antilles and for Moroccan-born males. There is no excess in Moroccan-born females or in Turkish-born subjects of either sex. For subjects of the second generation an highly increased risk is found for Moroccans and Surinamese. It is unlikely that drug abuse accounts for the findings. Selective migration cannot explain the findings in Surinamese-born immigrants.

CONCLUSIONS If the frequencies in the countries of origin are not increased, migration is an important risk factor for schizophrenia. The increased figures for both the first and the second generation migrants argue against a purely 'biological' aetiology. It is more likely that social factors precipitate the disorder in those who are genetically at risk, but the exact pathogenesis remains to be elucidated.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 44 (2002) 10, 665-675]

KEYWORDS ethnicity, migration, schizophrenia