

Sociale psychiatrie en psychiatrische epidemiologie in Groningen: verleden en toekomst

door J. Ormel en D. Wiersma

Gepubliceerd in 1994, Thema

Samenvatting

Een beschouwing van het tijdperk ‘Giel’ brengt aan het licht dat de wetenschappelijke resultaten vooral liggen op het terrein van ontwikkeling van classificaties en meetinstrumenten, de opbouw en analyse van longitudinale databestanden, toetsing van het stress-kwetsbaarheidsmodel bij angst en depressie, en de evaluatie van zorg en interventies. Geconcludeerd wordt dat de heterogeniteit van het lopende onderzoek op den duur een positioneel nadeel gaat opleveren en dat de inspanningen zouden moeten worden gericht op een theoretisch gestuurd strategisch onderzoeksprogramma. Zo’n onderzoeksprogramma wordt uitgewerkt voor twee ziektebeelden, schizofrenie en depressie, met het focus op drie aspecten: etiologie en beloop, de ontwikkeling en toepassing van behandelprotocollen, en kwaliteit van leven met bijbehorende maatschappelijke kosten.

Inleiding

In deze beschouwing willen we ons vooral buigen over de vraag wat de toekomstige ontwikkeling van de sociale psychiatrie en de psychiatrische epidemiologie in Groningen kan zijn. Eerst bezien we in het kort wat de vorige auteurs aan de orde hebben gesteld. Vervolgens richten we de blik op onszelf en op wat de Afdeling Sociale Psychiatrie van de Rijksuniversiteit Groningen op een aantal terreinen heeft gepresteerd. Ten slotte beschrijven we kort een onderzoeksprogramma dat we de komende jaren in Groningen willen ontwikkelen. Hierin is sprake van een sterke verbinding tussen de topreferentiefunctie voor de patiëntenzorg van de Afdeling Psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis en het onderzoek van de vakgroep Psychiatrie.

De sociale psychiatrie?

Ons voornemen om tot een plaatsbepaling (‘state of the art’) te komen van de Sociale Psychiatrie in Nederland is blijkens de voorliggende stukken toch maar gedeeltelijk gelukt. Dat ligt niet zozeer aan die stukken, maar aan het terrein dat eigenlijk te breed is om in één themanummer te behandelen. Uit de bijdragen van Gersons en Henkelman komt nadrukkelijk naar voren dat het maatschappelijke debat over de ‘gecompliceerde’ relatie individu-maatschappij en haar veranderbaarheid bepaald nog niet is afgelopen. Gersons ziet een blijvende taak voor de sociale psychiatrie om verantwoordelijkheid te nemen voor langdurig zorgafhankelijken en om nieuw gedefinieerde maatschappelijke problemen als seksueel geweld en misbruik te bestrijden. Het fundament van de argumentatie berust nu meer dan voorheen op gedegen wetenschappelijk onderzoek. De emancipatoire kant van de sociale psychiatrie heeft trouwens altijd veel steun gekregen (en krijgt dat nog) uit de hoek van de andragologie met de bij haar passende vormen van (actie) onderzoek en programma-evaluatie. De sociale psychiatrie is er verder redelijk in geslaagd de reductie van het klinisch-psychiatrisch denken te keren ten gunste van de toepassing van een breder, zogenoemd biopsychosociaal model. Het lijkt erop dat sociaal-psychiatrische ziens- en handelwijzen in de opleiding en de praktijk van de psychiatrie en de

geestelijke gezondheidszorg gemeengoed zijn geworden. Een belangrijk strijdpunt inzake de betekenis en de effecten van het algemeen psychiatrisch ziekenhuis (i.c. het hospitalisatiesyndroom) lijkt min of meer beslecht voor zover het gericht was op zijn exclusieve en isolationistische positie in de maatschappij. De ontwikkeling van rehabilitatie en revalidatie van de chronische patiënt is met name ook vanuit het APZ en meestal in samenwerking met RIAGG en andere instellingen in (hoop)volle gang gezet. Als we de balans opmaken, moeten we concluderen dat de sociale psychiatrie een behoorlijke bijdrage aan de verandering van de GGZ heeft geleverd.

Wat is de wetenschappelijke winst geweest? Hodiament schetst helder de brede opgave van de psychiatrische epidemiologie en zet de aanzienlijke resultaten op het gebied van incidentie, prevalentie, diagnostiek, meetinstrumentarium, registratie, evaluatie van de zorg, etcetera op een rij. Hij bepleit een meer omvattende psychiatrische nosologie en meer aandacht voor de psychische problemen die de professionele GGZ niet bereiken, teneinde de 'echte' maatschappelijke last goed in beeld te krijgen. Vooruitgang op het gebied van de preventie is volgens De Ridder zeer beperkt gebleken en voor de gangbare angst- en depressieve stoornissen eigenlijk niet mogelijk, en waarschijnlijk op grond van waarden als persoonlijke vrijheid ook niet wenselijk. Ze komt tot de conclusie dat onderzoek naar populatiespecifieke (bij voorbeeld per sociaal-economische groep) kwetsbaarheids- en risicofactoren in relatie tot de genoemde stoornissen op dit terrein wellicht meer vrucht zal afwerpen. Van Tilburg beschouwt de vooruitgang op het gebied van diagnostische classificaties en meetinstrumenten, die zeer aanzienlijk genoemd mogen worden. Hij vestigt terecht de aandacht op de impliciete assumpties in de huidige diagnostische classificaties en waarneming van psychopathologie. Hij bepleit een open oog voor 'symptomen en tekens' die buiten de bestaande classificaties neigen te vallen. De toepassing van onderzoeksbevindingen, onder andere wat betreft het gebruik van geestelijke gezondheidszorg in het beleid van de overheid en de instellingen voor GGZ, kan volgens Van der Grinten gelet op de gebruikelijke aard van het beleidsproces de nodige problemen opleveren. Dit ligt slechts ten dele aan de wetenschappelijke kwaliteit van de onderzoeksresultaten, maar meer aan de aard van de beleidsprocessen. Uit de bijdrage van De Jong blijkt dat de toepassing van de methodologische en epidemiologische verworvenheden in de transculturele psychiatrie nog geen uitgemaakte zaak is, maar thans wel de erkenning van volwaardig subspecialisatie in de psychiatrie rechtvaardigt. Opmerkelijk is in ieder geval zijn oproep, de sociale psychiatrie niet te beperken tot de psychiatrische epidemiologie, maar te laten uitgroeien tot de wetenschap van 'public mental health'.

Het is uit deze beschouwingen wel duidelijk dat, mede ook gezien het rapport van het RIVM over *Volksgezondheid Toekomst Verkenningen* (1993), de psychische morbiditeit in Nederland en haar determinanten nog maar gedeeltelijk in kaart zijn gebracht en dat er nog veel leemten in de kennis omtrent oorzaken, ontstaan en beloop van psychische stoornissen alsmede omtrent de effectiviteit van de gangbare interventies aanwezig zijn. Dit zal voor ons richtinggevend zijn voor de naaste toekomst.

Een persoonlijke terugblik

Het zij ons vergund om voor onszelf de balans op te maken wat we sinds 1980 samen met Rob Giel en de andere medewerkers van de afdeling wetenschappelijk hebben bereikt. Wat direct opvalt is de breedte van het wetenschappelijk terrein dat sindsdien is bewerkt. Giel initieerde en stimuleerde het wetenschappelijke onderzoek naar ziektegedrag, levensgebeurtenissen, sociaal functioneren en neuroticisme; allemaal elementen die passen in een verklaringsmodel voor ontstaan en beloop van psychische stoornissen. Het kwetsbaarheid-stressmodel zoals gepropageerd door Brown vormde toen en is eigenlijk nog steeds een lichtend voorbeeld. Eind jaren zeventig waren we vooral gericht op het uit elkaar halen van ziekte en ziektegedrag, van psychosociale stress en persoonlijkheid teneinde een beter zicht te krijgen op factoren die van invloed zouden kunnen zijn op het psychisch welzijn en tegelijk op de eigenlijke taken van de geestelijke gezondheidszorg. Het onderzoek werd toen nog als

psychohygiënisch betiteld. De uitkomsten van de verrichte onderzoeken kwamen erop neer dat arbeidsongeschiktheid en psychisch onwelbevinden in belangrijke mate bepaald werden door persoonsgebonden factoren en veel minder dan toen wel werd gedacht door moeilijke omstandigheden (Ormel 1980; Wiersma 1979).

De sociale psychiatrie had eind jaren zeventig nog weinig in praktische zin te bieden. Op de voorgrond stond de tijdige crisisinterventie als preventieve strategie om ernstige psychiatrische stoornissen danwel opname in de psychiatrische inrichting te voorkomen. Giel was een van de eersten die samen met F. Bloemsmā een crisiscentrum, de afdeling P4a, oprichtte (Wiersma en Giel 1974). Toen werd ook door middel van systematische registratie begonnen aan de evaluatie van de geestelijke gezondheidszorg. De oprichting van het Drentse casusregister door Giel en Ten Horn vormde een noodzakelijke voorwaarde voor de bestudering van het gebruik van GGZ-voorzieningen en van de patronen van zorg. De kennis die met het register werd vergaard, was van grote betekenis in de planning van de GGZ-voorzieningen, bij voorbeeld doordat het liet zien dat uitbreiding van ambulante zorg geen navenante daling van de intramurale consumptie tot gevolg had (Giel 1993).

Het wetenschappelijke onderzoek naar psychosociale stress, persoonlijkheidsfactoren, ziektegedrag en psychische stoornissen in de bevolking werd in de jaren tachtig op kleine schaal voortgezet, maar geraakte allengs toch op de achtergrond. Nieuwe studies werden geëntameerd, nu veel meer onder klinische populaties (patiënten met schizofrenie, huisartspatiënten met psychische stoornissen, long-stay-patiënten in APZ en RIBW), en met andere vraagstellingen en instrumenten dan voorheen. De onderzochte patiënten kwamen grotendeels van buiten de universiteitskliniek. Twee studies uit deze periode die een grote landelijke en internationale impact hadden waren het Substitutie Project Drenthe en het Groningse Eerste-Lijns-project. Het substitutieproject betrof een omvangrijk onderzoek naar de evaluatie van een nieuw ontwikkelde interventie van opnamevervangende dagbehandeling. Het ging hier om een 'controlled clinical trial' met een follow-up van twee jaar, die tevens gebruik maakte van gegevens uit het casusregister, hetgeen een tamelijk uniek gebeuren is geweest (zie Kluitert e.a. 1991). Het eerstelijnsproject richtte zich op een beschrijving en verklaring van de prevalentie van specifieke psychische stoornissen in de huisartspraktijk, hun signalering, benoeming en behandeling door huisartsen, alsmede hun beloop en gevolgen voor de kwaliteit van leven (zie Ormel e.a. 1990). Het casusregister werd in de jaren tachtig van een lokaal register voor de stad Assen uitgebouwd tot een provinciaal register omvattende een bevolking van 450.000 inwoners.

Uit dit korte en selectieve overzicht blijkt de heterogeniteit van het onderzoek op de afdeling Sociale Psychiatrie. Die heterogeniteit zet zich voort tot op de dag van vandaag: onderzoek naar het lange-termijnbeloop van schizofrenie, epidemiologische studie naar omvang en aard van chronische psychiatrische stoornissen, interventiestudie in de eerste lijn waarin een nascholingsprogramma in de herkenning en behandeling van angst en depressie wordt geëvalueerd in termen van proces van zorg en uitkomsten, evaluatie van het effect (o.a. van substitutie) van nieuwe zorgarrangementen als ambulante opname, intensieve psychiatrische thuiszorg, dagbesteding voor chronische patiënten in Drenthe en multifunctionele eenheid Emmen, ontwikkeling van instrumenten (sociaal functioneren, belasting op het gezin, sociale steun, life events, coping, satisfactie, behoefte aan zorg) en van geïntegreerde informatie- en classificatiesystemen (bij voorbeeld ter karakterisering van aard en omvang van de beschikbare zorg bij de GGZ-instellingen) in de provincies Friesland en Groningen. Die heterogeniteit was - en laat daarover geen misverstand bestaan - ook de grote kracht van de afdeling. Het internationale succes blijkt overduidelijk uit externe beoordelingen (Rooijmans 1993; Disciplineplan Geneeskunde van de KNAW 1994).

Dit geheel overziende (wat overigens niet alles omvat wat Giel bezighield zoals transculturele psychiatrie, psychosociale gevolgen van rampen, advisering inzake organisatie van GGZ in uiteenlopende landen) komt ons inziens het volgende als de belangrijkste wetenschappelijke

verworvenheden naar voren:

a. ontwikkeling en toepassing van classificatie en meetinstrumenten voor longitudinaal onderzoek; een specifiek voorbeeld hiervan is de bestudering van sociaal functioneren, sociale beperkingen en sociaal gedrag;

b. opbouw en analyse van longitudinale databestanden (casusregister, geïntegreerde informatievoorziening) alsmede hun analyse; een specifiek voorbeeld hiervan is de bestudering van patronen van zorg met behulp van survivalanalysetechnieken;

c. uitwerking en toetsing van het stress-kwetsbaarheidsmodel ter verklaring van het ontstaan en beloop van depressie en angst;

d. evaluatie van bestaande en nieuwe zorgarrangementen en specifieke interventies ten behoeve van patiënten met een schizofrenie, of met stemmingsstoornissen (angst, depressie); specifieke voorbeelden zijn opnamevervangende dagbehandeling en thuiszorg, en geprotocolleerde behandeling van angst en depressieve stemming door huisartsen.

Op deze terreinen is daadwerkelijk een uitbreiding en verdieping van de wetenschappelijke kennis van de psychiatrie tot stand gebracht.

De heterogeniteit heeft naast voordelen ook nadelen gehad. De veelzijdigheid is ten koste gegaan van diepgang en cumulativiteit. Door steeds weer andere onderwerpen aan te pakken hebben we een mogelijkheid laten liggen om wezenlijk verder te komen op het gebied van de etiologie. Het voortbouwen op eerdere resultaten, ongeacht of dit nu ondersteuning danwel verwerping van hypothesen betrof, heeft onvoldoende plaatsgevonden. Ook de profilering naar buiten toe was soms wat verwarrend. Twee oorzaken van deze heterogeniteit willen wij noemen. In de eerste plaats heeft de veelzijdigheid van Giel hierin een grote rol gespeeld. Maar daarnaast eveneens de combinatie van een kleine vaste onderzoeksstaf - aanvankelijk 2,5 full-time equivalenten (fte) waarvan een belangrijk deel opging in de patiëntenzorg, in de jaren tachtig uitgebreid tot 4,5 fte, en thans wat universitaire formatie betreft weer terug bij ongeveer 2,0 fte - en een tamelijk grote groep tweede en derde geldstroommedewerkers (ongeveer 12 fte). Hoe paradoxaal dit ook mag lijken, de aanwezigheid van relatief veel tijdelijke krachten legt een grote verantwoordelijkheid op de vaste staf in termen van begeleiding en verwerving van nieuwe fondsen om medewerkers toch een zeker perspectief te kunnen bieden en enigszins te kunnen profiteren van de investering in hun opleiding tot onderzoeker. De neiging om in te springen op vraagstellingen waarvoor geld te krijgen is, ligt dan voor de hand. En dit waren niet altijd de meest logische voortzettingen van eerder werk.

Een blik vooruit

In toenemende mate zijn wij tot de overtuiging gekomen dat het goed zou zijn de beperkte expertise gericht te benutten en een theoretisch gestuurd, strategisch onderzoeksprogramma te ontwikkelen. De kern hiervan is beperking tot twee ziektebeelden, depressie en schizofrenie, die elk op een drietal aspecten zullen worden bestudeerd, met behulp van een gemeenschappelijke strategie en deels overeenkomstige instrumenten. Het eerste en belangrijkste aspect is etiologie in een levenslooperspectief. Hierbij gaat het met name om de beschrijving en verklaring van chroniciteit en recidieven vanuit verbijzonderingen van het algemene stress-kwetsbaarheidsparadigma. Het tweede aspect betreft de ontwikkeling en evaluatie van protocollaire benaderingen van diagnostiek en behandeling. Hiermee denken we zinvol te kunnen bijdragen aan de topreferentie - en nascholingsfuncties van het AZG en de vakgroep. Het derde aspect, ten slotte, omvat de gevolgen van depressie en schizofrenie voor de kwaliteit van leven van de patiënt en diens naasten, en hun maatschappelijke kosten zoals produktieverlies en kosten van de zorg. Het gemeenschappelijke

element in de onderzoeksstrategie ten aanzien van depressie en schizofrenie is longitudinaal onderzoek waarbij patiënten met een *eerste* episode gedurende *lange tijd* worden gevolgd. We werken dit hieronder verder uit.

Depressie

Etiologie. De traditionele opvatting dat depressie een acute ziekte is met een gunstig beloop is slechts ten dele juist. Meer en meer wordt duidelijk dat depressie vaak een chronisch of recidiverend beloop laat zien. Tussen de 50-85% van patiënten met een enkele episode ervaart een andere episode gedurende hun leven en patiënten met twee episoden hebben een kans van 80-90% op een derde episode. Ons toekomstige depressie- onderzoek zal zich richten op de etiologie van depressie in levensloopperspectief, dus met name op chroniciteit en recidieven. Dit zal gebeuren door uitwerking en toetsing van twee varianten van het stress- kwetsbaarheidsparadigma: het dynamische-evenwichtsmodel en het kwetsbaarheids-cumulativiteitsmodel (Duncan Jones e.a. 1990; Ormel en Schaufeli 1991). De kernassumptie van het dynamische-evenwichtsmodel is een sterk verhoogde algemene kwetsbaarheid voor stress, dat zich uit in onder andere neuroticisme, (subklinische) gegeneraliseerde angst en het verwickeld raken in interpersoonlijke problemen, en dat ertoe leidt dat betrokkene bij blootstelling aan specifieke stress (verlies van status en/of eigenwaarde) decompenseert met een depressie. Geheel of gedeeltelijk herstel van de eigenwaarde of status luidt doorgaans herstel van de depressie in. Chroniciteit wordt in dit model vooral toegeschreven aan het achterwege blijven van dit herstel van eigenwaarde en status. Belangrijke vraag in dit verband is, waaruit de kwetsbaarheid nu precies bestaat en of er naast een algemene kwetsbaarheid voor stress ook sprake is van een specifieke kwetsbaarheid voor verlies van eigenwaarde en status. Of anders gezegd: wat zijn de correlaten van bij voorbeeld neuroticisme in termen van temperament, cognitieve schema's, interpersoonlijke gedragstendenties, en biologische parameters? Het kwetsbaarheids-cumulativiteitsmodel verschilt op een aantal punten van het dynamische evenwichtsmodel. Kernverschil is dat het kwetsbaarheids-cumulativiteitsmodel veronderstelt dat het doormaken van een depressieve episode iemands kwetsbaarheid blijvend vergroot, en op die manier de kans op chroniciteit en recidief verhoogt. Belangrijke vragen hierbij zijn, welke kwetsbaarheid blijvend toeneemt en bij wie of welke typen depressie. De 'extra' kwetsbaarheid zou, maar dit is zeer speculatief, een verhoogde sensitiviteit voor dysregulatie van relevante biologische systemen kunnen inhouden, zoals het hypofyse-bijnierschorsysteem. Het andere verschil hangt hiermee samen. Terwijl het bij het dynamische evenwichtsmodel vooral verlies van status en eigenwaarde, dus psychosociale factoren, zijn die een depressieve episode uitlokken, gaat het volgens het kwetsbaarheids-cumulativiteitsmodel bij niet-eerste episoden ook om biologische events. Daarnaast wordt het door de cumulatief verhoogde kwetsbaarheid steeds gemakkelijker voor psychosociale invloeden om een diepe decompensatie los te woelen. Wij willen ons voorlopig vooral richten op het onderzoeken van de cumulativiteitshypothese, in samenwerking met de sectie biologische psychiatrie en dierfysiologie.

Protocollaire benaderingen. Depressie is een veel voorkomende aandoening. Alleen al het type depressie in engere zin komt zowel in de bevolking (3-5%) als onder huisartsbezoekers (5-8%) en ziekenhuispatiënten (5-10%) veel voor. Aanwezigheid van depressie hangt samen met een verhoogde medische consumptie, veel diffuse somatische klachten (pijn, vermoeidheid), en een substantiële afname van beroepsmatig en sociaal functioneren. Ten minste driekwart van de door huisartsen gesignaleerde depressies wordt uitsluitend in de eerste lijn behandeld. De huisartspraktijk is daardoor in toenemende mate de 'de facto mental health service system' voor depressie (Regier e.a. 1984). De kwaliteit van zorg in de huisartspraktijk bepaalt zodoende in hoge mate de kwaliteit van zorg voor de depressieve patiënt (Ormel e.a. 1994). Wij hechten er derhalve veel waarde aan om in samenwerking met huisartsgeneeskunde (K. van der Meer) en de polikliniek van de Afdeling Psychiatrie (J. Jenner) ons (na)scholingsprogramma voor (huis)artsen verder te ontwikkelen en te toetsen op het niveau van

proces van zorgindicatoren en patiëntuitkomsten. Dit programma richt zich in drie trainingssessies van elk 2,5 uur op detectie, diagnostiek en behandeling van depressies, waarbij het onderscheid tussen drie typen behandeling in toenemende mate een rol moet gaan spelen: de acute, op herstel gerichte fase; de fase van continuering waarin het gaat om het voorkomen van een terugval; en de onderhoudsfase waarbij preventie van een recidief centraal staat. Onderdelen van het programma zijn ook geschikt voor somatische artsen werkzaam in algemene ziekenhuizen. Aangezien comorbiditeit van depressie en chronische ziekte geassocieerd lijkt met een onnodig verhoogde medische consumptie en een ongunstiger beloop van de somatische ziekte, is een betere screening op depressie in het somatische ziekenhuis wellicht effectief en kostenbesparend. Met deze onderzoekslijn hopen we een bijdrage te kunnen leveren aan het versterken van de positie van de psychiatrie in het ziekenhuis en de topreferentiefunctie van het AZG voor chronische ziekten.

Kwaliteit van leven. Depressie heeft gevolgen voor de kwaliteit van leven van niet alleen de patiënt maar ook diens naasten. Depressie verschilt op dit punt aanzienlijk van angststoornissen die in veel mindere mate met beperkingen in het dagelijkse functioneren en het welzijn gepaard gaan (Wohlfart e.a. 1993; Ormel e.a. 1993). De gevolgen van depressie voor kwaliteit van leven lijken bovendien minstens zo erg als die van de prevalentie chronische somatische aandoeningen bij niet-geïstitutionaliseerde personen. Wat ontbreekt is kennis over de maatschappelijke gevolgen in termen van wat hardere parameters dan tot op heden gebruikt.

Schizofrenie

Etiologie. Schizofrenie en overige niet-affectieve functionele psychosen vormen een zware gezondheidslast in termen van chroniciteit, suïciderisico, invaliditeit en beroep op vooral ook intramurale gezondheidszorgvoorzieningen (Wiersma e.a. 1983, 1984, 1988, 1991). Epidemiologische bevolkingsgegevens zijn schaars en moeilijk te verkrijgen door de relatieve lage incidentie, die vermoedelijk schommelt tussen de 0,1-0,3 per 1000 inwoners. De life time risk op deze ziekte wordt geschat op 1%. De prevalentie ligt op 7,5 per 1000 (Giel e.a. 1980; Bijl 1993). Er zijn (buitenlandse) aanwijzingen dat de administratieve incidentie van schizofrenie aan het dalen is, ofschoon de discussie hierover niet gesloten is (Jablensky 1993) en er vooralsnog veel vragen van methodologische aard onbeantwoord blijven. Niettemin is epidemiologische aandacht voor de ontwikkeling van de incidentie van schizofrenie van groot belang voor het toekomstig GGZ-beleid. Dergelijke bevindingen zijn nog nauwelijks getoetst op regionaal niveau met behulp van een lokaal patiëntenregister. Essentieel hierbij is de validering van de gebruikelijke diagnostische criteria. De nieuwe diagnostische classificatiesystemen, ICD-10 en DSM-IV, met bijbehorende meetinstrumenten als de SCAN bieden de gelegenheid om preciezer de externe en predictieve validiteit van de differentiatie van diverse omschreven ziektecategorieën (bij voorbeeld de atypische psychose en de schizo-affectieve psychose) te bepalen. Bij voorbeeld: wat is de betekenis van cognitieve en neuropsychologische tests voor de aanwezigheid van negatieve en positieve symptomatologie, en de formele denkstoornissen?

Naast deze valideringskwestie centreert onze aandacht zich op de etiologie en het beloop van deze stoornissen. Uit verschillende longitudinale studies (zie Ram 1992) zijn thans wel enkele factoren bekend die prognostische waarde hebben voor een goede afloop zoals een goede psychosociale ontwikkeling gedurende de adolescentie, getrouwd zijn, of een acuut begin van de psychose. Maar vaak zijn er factoren die wisselende uitkomsten laten zien, mede omdat de patiëntcohorten heterogeen worden samengesteld wat betreft het stadium van de ziekte. Voorbeeld hiervan zijn de negatieve symptomen, waarbij het nogal eens onduidelijk is of het gaat om primaire (voorafgaand aan danwel kenmerkend voor het actuele ziektebeeld) of secundaire (volgend op of reagerend op het ziektebeeld) symptomen, al dan niet vermengd met depressie. Bovendien is de voorspelde uitkomst soms verschillend gedefinieerd: heropname, terugval, langdurige hospitalisatie, slecht functioneren in beroep en sociale relaties, etcetera. Wat tot nu toe ontbreekt is een systematisch en omvattend

onderzoek naar de betekenis van kwetsbaarheidsfactoren op diverse niveaus voor het (eerste) ontstaan en het verdere beloop van de ziekte. Het gaat dan om kwetsbaarheids- of risicofactoren van premorbide aard of aanwezig rond het ontstaan van de eerste psychose. Deze kwetsbaarheid ligt op biologisch (b.v. genetische of neurologische afwijkingen), psychologisch (b.v. schizoïde persoonlijkheid, communicatieve vaardigheden, cognitieve stoornissen) en sociaal (b.v. gezinssituatie, life stress) niveau. Het is de vraag in hoeverre deze verschillende kwetsbaarheden elkaar versterken in hun uitwerking op het beloop. Het beloop van schizofrenie en verwante stoornissen is verschillend (zie Slooff 1988). Een klein deel (ongeveer 20%) herstelt na een episode volledig terwijl een aanmerkelijk deel herhaaldelijk terugvalt (ongeveer een derde) of verslechtert danwel zich suïcideert (ongeveer ook een derde). Dat betekent dat we onze aandacht moeten richten op de kwetsbaarheid voor het ontbreken van herstel (dat niet zelden op termijn gepaard gaat met suïcide: 8-10% binnen 5 jaar na ontstaan) en op de kwetsbaarheid voor een terugval. Kwetsbaarheid in deze duidt op een verminderd vermogen tot functioneren en presteren, waardoor de kans vergroot op een ongunstiger beloop van de ziekte en uitstel van herstel. Het gaat ons hier zowel om factoren op het gebied van de premorbide ontwikkeling (psychosociale ontwikkeling, voltooide opleiding, gedragsproblemen, persoonlijkheidstrekken) als op het gebied van de gezinsomstandigheden en stressvolle gebeurtenissen (verlies van ouder, 'expressed emotions' in het gezin). Belangrijk in dit verband is de vraag of de aangetoonde tekorten op cognitief niveau (aandacht, geheugen, informatieverwerking) kenmerkend zijn voor de voorbijgaande psychotische episode of duiden op een blijvende en mogelijk toenemende kwetsbaarheid die het sociale en beroepsmatige functioneren (ook in toenemende mate?) beperkt. Uit recente studies (Loebel e.a. 1992) blijkt dat hoe langer de periode tussen begin en behandeling des te ongunstiger de uitkomst. Het lijkt erop dat het actieve ziekteproces de kwetsbaarheid vergroot en het is derhalve van extra groot belang vroegtijdig therapeutisch in te grijpen om verder deterioratie te voorkomen.

Protocollaire benaderingen. Een tweede aspect betreft de behandeling en de continuïteit van de zorg voor mensen met deze stoornissen. Medicamenteuze behandeling is van groot belang. Er komen allerlei nieuwe veelbelovende middelen op de markt. Waar het desondanks toch vooral om gaat is het adequaat volgen van een protocol voor de toepassing van neuroleptica. Een dergelijk protocol is binnen de afdeling Psychiatrie, samen met andere psychiatrische centra, in ontwikkeling (Louwerens e.a. 1992). Verder lijken tijdige cognitieve en sociale vaardigheidstrainingen van belang omdat tekorten op deze terreinen de sociale uitkomst bepalen. De laatste jaren zijn min of meer gestandaardiseerde behandelprotocollen beschikbaar, die een passende behandeling, begeleiding en zorg kunnen garanderen (Slooff e.a. 1994). Al met al betekent dit dat de kans op adequate zorg voor patiënten met deze stoornissen wordt vergroot en daarmee de kans op een gunstiger beloop, wat direct gevolgen heeft voor de kwaliteit van leven van de getroffen mensen. En dat is het laatste aspect waaraan we aandacht willen besteden.

Kwaliteit van leven. Deze stoornissen brengen een flinke ziektelast met zich mee, zowel voor de direct betrokkene, alsook voor de naaste omgeving en de maatschappij (Giel en Wiersma 1993). Een belangrijke vraag is of de recente ontwikkelingen op het gebied van de (medicamenteuze) behandeling en de zorg, die meer en meer een extramuraal karakter draagt (thuiszorg, opnamevervangende behandeling, begeleid zelfstandig wonen), ook de kwaliteit van het leven van de patiënten vergroot. Wat zijn eigenlijk de gevolgen voor het persoonlijke en maatschappelijke functioneren van deze mensen? Of betekent het uiteindelijk dat veel patiënten desondanks buiten de boot vallen? En wat zijn precies de medische, maatschappelijke en immateriële kosten van deze zorgvernieuwingen voor mensen met schizofrenie?

Methodisch-strategische keuzen

Samengevat richten onze toekomstige onderzoeksvragen zich op:

1. de betekenis van de kwetsbaarheidsfactoren op diverse niveaus, afzonderlijk en in combinatie, voor herstel en recidief;
2. de invloed van therapeutische interventies op het beloop en het herstel, en op de ontwikkeling van de kwetsbaarheid;
3. de kwaliteit van leven van de patiënten en naastbetrokkenen, en de medische en maatschappelijke kosten.

Hoe kunnen deze vragen nu het beste worden onderzocht waarbij een zelfde methodisch-strategische aanpak voor beide stoornissen uit economische overwegingen valt te prefereren.

Een *eerste* gemeenschappelijke element is een goede registratie van eerste episoden. Het gaat ons immers bij beide ziekten om een vroegtijdige herkenning ervan, waarbij we mikken op 'first life time'-episodes van psychosen en depressies (major affective disorders). Dit vereist een goede registratie bij de GGZ en de eerste lijn van aanmeldingen voor behandeling vanwege dergelijke stoornissen en een geïntegreerde informatievoorziening teneinde deze patiënten adequaat te kunnen volgen. Een dergelijke informatievoorziening bestaat reeds jaren in Drenthe in de vorm van het casusregister dat sinds 1986 alle Drenthenaren die in contact komen met de GGZ in de 'gaten' houdt. Voor Groningen en Friesland zijn met behulp van de expertise van de afdeling Sociale Psychiatrie deze systemen in opbouw. Ze bieden uitzicht op een goede dekking van het GGZ-gebeuren in de drie noordelijke provincies en een unieke gelegenheid voor 'population-based' longitudinaal onderzoek. Naast een betrouwbare detectie en de samenstelling van een aselectieve representatieve steekproef is een langdurige follow-up over een reeks van jaren noodzakelijk. We denken hierbij op zijn minst aan een periode van 5 tot 10 jaar. Een regelmatige follow-up (b.v. eens per jaar) is vooral in de beginjaren wenselijk, maar kan later minder frequent. Een en ander vergt afstemming en samenwerking met in het bijzonder de overige ambulante en intramurale instellingen op het gebied van de GGZ in Groningen, te weten de RIAGG, RIBW en de psychiatrische ziekenhuizen Drenthoord en Groot Bronswijk, die met ingang van 1995 samen de Stichting Centrum voor GGZ Groningen vormen, teneinde de bedoelde patiënten toegankelijk voor onderzoek te krijgen. Waar het de psychosen betreft streven we naar een in principe volledige populatie van patiënten met een eerste psychose afkomstig uit het verzorgingsgebied van het Centrum GGZ Groningen. Voor zover het gaat om depressies kan worden volstaan met een representatieve steekproef uit de aangemelde patiënten. Dit strategische aspect spoort met de topreferentiefunctie en de supraregionale functie voor deze stoornissen door de positie van de afdeling Psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis te Groningen en haar inbedding in de noordelijke geestelijke gezondheidszorg met de bijbehorende geïntegreerde (deels in opbouw) informatievoorziening.

Het *tweede* strategische aspect betreft de beschikbaarheid van een breed instrumentarium van gestandaardiseerde en gevalideerde meetinstrumenten op het gebied van (premorbid) kwetsbaarheid op verschillende niveaus, variërend van hormonale regulatie, circadiane ritmiek, gedrag en cognities, life stress (contextual threat), functionele status (symptomatologie, cognitieve dysfuncties, sociale beperkingen), gevolgen van de ziekte voor de omgeving, kwaliteit van leven, behoefte aan zorg, satisfactie met de zorg, en de medische en maatschappelijke kosten van ziekten. De toepassing van een dergelijk instrumentarium vraagt om de oprichting van een diagnostisch en onderzoekscentrum, waarin op efficiënte en effectieve wijze de personele capaciteit van universiteit en academisch ziekenhuis kan worden benut.

Het *derde* strategische aspect dat ons voor ogen staat betreft de meerwaarde van de samenhang en overlap in het onderzoek van elk van beide stoornissen. Er is sprake van overlap wat betreft de structuur van het verklaringsmodel, namelijk het kwetsbaarheids-cumulativiteitsmodel, wat betreft de methodische aanpak van 'first life time'-episodes met bijbehorende follow-up en het gebruik van een deels identiek meetinstrumentarium. Dit biedt de mogelijkheid van het exploreren en toetsen van hypothesen inzake verschillen en overeenkomsten in etiologie en beloop van deze twee typen chronische stoornissen (zie als voorbeeld Wiersma e.a. 1994).

Ten slotte

Het geschetste onderzoeksprogramma biedt voor ons bovenal de reële mogelijkheid om de wetenschappelijke kennis omtrent beide stoornissen te verdiepen. Het is ambitieus, maar ook uniek, door de (supra)regionale positie en topreferentiefunctie van de afdeling Psychiatrie en de goede samenwerking tussen huisartsen en onderzoekers. Er is een goede basis voor onderlinge samenwerking tussen GGZ-instellingen die zelf ook belangstelling voor onderzoek tonen. Elders in den lande ontbreken dergelijke 'infrastructurele' voorzieningen en samenwerkingsverbanden. Het welslagen vereist de gezamenlijke inzet van vakgroep en afdeling Psychiatrie en dus ook de (extra) steun van universiteit en ziekenhuis. Een spoedige herbezetting van Giel's ordinariaat en integratie van de verschillende secties in de vakgroep zijn van doorslaggevend belang voor het slagen van onze plannen.

Literatuur

Bijl, R.V. (1993), Schizofrenie. In: D. Ruwaard en P.G.N. Kramers (red.), *Volksgezondheid Toekomst Verkenning. De gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1950-2000*

. RIVM, Staatsdrukkerij Den Haag, p. 3318-3222.

Duncan-Jones, P., D.M. Fergusson, J. Ormel en L.J. Horwood (1990), A model of stability and change in minor psychiatric symptoms: results from three longitudinal studies. *Psychological Medicine* (Monograph Supplement) 18, 1-28.

Giel, R. (1993), De groeiende psychische morbiditeit. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 137, 1332-1334.

Giel, R. H.C. Sauer, C.J. Slooff, A. de Jong en D. Wiersma (1980), Over de epidemiologie van functionele psychosen en invaliditeit. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 22, 710-722.

Giel, R., en D. Wiersma (1993), Schizofrenie: kosten, baten en behoeften. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 7, 465-476.

Jablensky, A. (1993), The epidemiology of schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry* 6, 43-52.

Kluiter, H., R. Giel, F.J. Nienhuis, M. Rüphan en D. Wiersma (1992), Predicting feasibility of day-treatment for unselected patients in need of admission: results from a randomized trial. *American Journal of Psychiatry* 149, 1199-1205.

Loebel, A.D., J.A. Lieberman, J.M.J. Alvir, D.I. Mayerhof, S.H. Geisler en S.R. Szymansky (1992), Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 149, 1183-1188.

- Louwerens, J.W., J. Korf en C.J. Slooff (1992), De ontwikkeling van een antipsychotisch protocol. In: C.J. Slooff en W.M.A. Verhoeven (red.), *Ontwikkelingen in en rond de verblijfspsychiatrie*. Reed Healthcare Communications, Leiderdorp, p. 387-398.
- Ormel, J. (1980), *Moeite met leven of een moeilijk leven*. Proefschrift, Rijksuniversiteit Groningen.
- Ormel, J., W. van de Brink, M.W.J. Koeter, R. Giel, K. van der Meer, G. van der Willige en F.W. Wilmlink (1990), Recognition, management and outcome of psychological disorders in primary care: a naturalistic follow-up study. *Psychological Medicine* 20, 909-923.
- Ormel, J., en W. Schaufeli (1991), Stability and change of psychological distress and their relationship with self-esteem and locus of control. *Journal of Personality and Social Psychology* 60, 288-299.
- Ormel, J., M. Von Korff, W. van den Brink, W. Katon, E. Brilman en T. Oldehinkel (1993), Anxiety and disability show synchrony of change. *American Journal of Public Health* 83, 385-390.
- Ormel, J., A.J. Oldehinkel, E. Brilman en W. van den Brink (1993), Outcome of depression and anxiety in primary care: a three-wave, 3.5-year study of psychopathology and disability. *Archives of General Psychiatry* 50, 759-766.
- Ormel, J., W. van den Brink, K. van der Meer, J. Jenner en R. Giel (1994), Depressie en angst in de huisartspraktijk. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 138, 123- 126.
- Ram, R., E.J. Bromet, W.W. Eaton, C. Pato en J.E. Schwarz (1992), The natural course of schizophrenia: a review of first admission studies. *Schizophrenia Bulletin* 18, 185-207.
- Rooijmans, H.G.M. (1993), De Nederlandse psychiatrie en de 'citation index'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 137, 771-773.
- Slooff, C.J. (1988), Het beloop en de afloop van schizofrene psychosen. In: R.J. van den Bosch e.a. (red.), *Schizofrenie*. Van Loghum Slaterus, Deventer, p. 268-283.
- Slooff, C.J., M.T. Appelo, I.M. Berkenbosch en J.W. Louwerens (red.) (1994), *Revalidatiemodulen voor mensen met een schizofrenie*. Van Gorcum, Assen.
- Wiersma, D. (1979), *Psychosociale stress en langdurige arbeidsongeschiktheid*. Proefschrift, Rijksuniversiteit Groningen.
- Wiersma, D., en R. Giel (1974), Theoretische en praktische aspecten van de crisisinterventie. *Tijdschrift Sociale Geneeskunde* 52, 320-325.
- Wiersma, D., R. Giel, A. de Jong en C.J. Slooff (1983), Social class and schizophrenia in a Dutch cohort. *Psychological Medicine* 13, 141-150.
- Wiersma, D., R. Giel, A. de Jong en C.J. Slooff (1984), Chroniciteit bij functionele psychosen. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 26, 402-419.
- Wiersma, D., R. Giel, A. de Jong en C.J. Slooff (1988), Schizophrenia: results of a cohort study with respect to cost-accounting problems of patterns of mental health care in relation to course of illness. In: D. Schwefel e.a. (red.), *Costs and Effects of Managing Chronic Psychotic Patients*. Springer-Verlag, Berlijn, p. 115- 125.

Wiersma, D., H. Kluiters, F.J. Nienhuis, M. Rüphan en R. Giel (1991), Costs and benefits of day treatment with community care as an alternative to standard hospitalisation for schizophrenic patients: a randomized controlled trial in the Netherlands. *Schizophrenia Bulletin* 17, 411-419.

Wiersma, D., H. Kluiters, F.J. Nienhuis en R. Giel (1994), Costs and benefits of hospital and day treatment with community care of affective and schizophrenic disorders. A randomized trial with a follow up of two years. *British Journal of Psychiatry*, supplement (in druk).

Wohlfart, T.D., W. van den Brink, J. Ormel, M.W.J. Koeter en A. Oldehinkel (1993), The relationship between social dysfunctioning and psychopathology among primary care attenders. *British Journal of Psychiatry* 163, 37-44.

Summary: Social psychiatry and psychiatric epidemiology in Groningen: past and future

A careful examination of the work of the social psychiatrist Giel and his collaborators showed that their best scientific achievements involve the development of classifications and instruments, the advancement and analysis of longitudinal data, the confrontation of the stress-vulnerability model with data, and the evaluation of mental health care and interventions. Despite their strong national and international reputation, it is concluded that the heterogeneity of their work may turn against them and become a disadvantage. Therefore, the authors strongly suggest that their expertise and efforts become concentrated on a limited theory-driven research program focussing on three aspects of two psychiatric disorders: depression and schizophrenia. The aspects concern etiology in a life-time perspective with a focus on chronicity and recurrency, development and evaluation of clinical guidelines, and quality of life.

De auteurs zijn beiden epidemioloog en socioloog, en als universitair hoofddocent verbonden aan de afdeling Sociale Psychiatrie van de Rijksuniversiteit Groningen.

Adres: Afdeling Sociale Psychiatrie, Rijksuniversiteit Groningen, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen.