

Meer kans op depressie en psychose bij allochtonen*

Jean-Paul Selten, Wijnand Laan, Ralph Kupka, Hugo Smeets en Jim van Os

ERRATUM

Ned Tijdschr Geneeskd. 2011;155:A3253

Op dit artikel is de volgende verbetering gekomen:

In de oorspronkelijke versie van dit artikel staan enkele fouten in tabel 1 en 2. Onderstaande tabellen vervangen de tabellen 1 en 2 bij dit artikel.

TABEL 1 Voor leeftijd en geslacht gecorrigeerde relatieve risico's (RR) op psychiatrische behandeling voor depressieve of bipolaire stoornis in de periode januari 2002-december 2006, voor etnische minderheden van 15 - 65 jaar in Utrecht stad versus autochtonen.

etnische groep	persoonsjaren ♂ / ♀	depressieve stoornis*		bipolaire stoornis†	
		♂ / ♀	RR (95%-BI)	♂ / ♀	RR (95%-BI)
1e generatie					
autochtoon‡	334.624 / 357.508	563 / 976	1,0	142 / 163	1,0
Turks	15.669 / 14.887	131 / 214	4,6 (4,1-5,2)	4 / 5	0,6 (0,3-1,2)
Marokkaans	31.270 / 27.621	179 / 278	3,6 (3,2-3,9)	7 / 5	0,5 (0,3-0,9)
Surinaams	8.628 / 9.310	4 / 57	1,7 (1,3-2,1)	2 / 4	0,6 (0,3-1,3)
west-europees§	6.364 / 6.852	4 / 16	0,7 (0,4-1,1)	4 / 3	1,4 (0,6-2,9)
2e generatie					
autochtoon‡	334.624 / 357.508	563 / 976	1,0	142 / 163	1,0
Turks	5.445 / 5.125	16 / 48	5,0 (3,8-6,5)	1 / 3	2,7 (1,0-7,3)
Marokkaans	6.919 / 6.674	8 / 34	2,7 (1,9-3,7)	2 / 0	1,1 (0,3-4,5)
Surinaams	4.160 / 4.247	5 / 21	2,1 (1,4-3,1)	1 / 3	2,3 (0,9-6,3)
west-europees	8.432 / 8.927	15 / 27	1,1 (0,8-1,4)	4 / 3	0,8 (0,4-1,7)
1e en 2e generatie gecombineerd					
autochtoon‡	334.624 / 357.508	563 / 976	1,0	142 / 163	1,0
Turks	21.114 / 20.112	147 / 262	4,9 (4,4-5,5)	5 / 8	0,8 (0,5-1,5)
Marokkaans	38.189 / 34.295	187 / 312	3,6 (3,3-4,0)	9 / 5	0,5 (0,3-0,9)
Surinaams	12.788 / 13.557	29 / 78	1,8 (1,5-2,2)	3 / 7	0,8 (0,4-1,6)
west-europees	14.796 / 15.779	19 / 43	0,9 (0,7-1,2)	8 / 6	1,0 (0,6-1,7)

* DSM-IV-diagnosen 'depressieve stoornis, eenmalige episode' of 'depressieve stoornis, recidiverend' (codes 296.2x of 296.3x).

† DSM-IV-diagnosen 'bipolaire I-stoornis' of 'bipolaire II-stoornis' of 'bipolaire stoornis niet anderszins omschreven' (codes 296.0x, 296.4x, 296.5x, 296.6x, 296.7, 296.89, 296.80).

‡ Geboren in Nederland en beide ouders geboren in Nederland.

§ Geboren in Frankrijk, Verenigd Koninkrijk, Duitsland of België.

|| Geboren in Nederland en 1 ouder of beide ouders geboren in Frankrijk, Verenigd Koninkrijk, Duitsland of België. Als ouders in verschillende landen zijn geboren, wordt administratieve etniciteit bepaald door geboorteland moeder.

TABEL 2 Voor leeftijd en geslacht gecorrigeerde relatieve risico's (RR) op psychiatrische behandeling voor psychotische stoornis* in de periode januari 2002-december 2006, voor etnische minderheden van 15 - 65 jaar oud in Utrecht stad versus autochtonen.

etnische groep†	♂ / ♀	RR (95%-BI)
1e generatie		
autochtoon‡	364 / 283	1,0
Turks	28 / 14	1,3 (1,0-1,8)
Marokkaans	106 / 22	2,3 (1,9-2,8)
Surinaams	46 / 24	3,4 (2,6-4,3)
west-europees§	4 / 4	0,7 (0,3-1,4)
2e generatie		
autochtoon‡	364 / 283	1,0
Turks	18 / 4	3,6 (2,4-5,6)
Marokkaans	17 / 4	2,8 (1,8-4,3)
Surinaams	13 / 11	4,3 (2,9-6,5)
west-europees	13 / 4	0,9 (0,6-1,5)
1e en 2e generatie gecombineerd		
autochtoon‡	364 / 283	1,0
Turks	46 / 18	1,8 (1,4-2,4)
Marokkaans	123 / 26	2,5 (2,1-3,0)
Surinaams	59 / 35	3,8 (3,0-4,7)
west-europees	17 / 8	0,9 (0,6-1,3)

* DSM-IV-diagnosen 'schizofrenie', 'schizofreniforme stoornis', 'schizo-affectieve stoornis', 'waanstoornis', 'kortdurende psychotische stoornis' of 'psychotische stoornis niet anderszins omschreven'.

† Voor persoonsjaren, zie tabel 1.

‡ Geboren in Nederland en beide ouders geboren in Nederland.

§ Geboren in Frankrijk, Verenigd Koninkrijk, Duitsland of België.

|| Geboren in Nederland en 1 van beide of beide ouders geboren in Frankrijk, Verenigd Koninkrijk, Duitsland of België. Als ouders in verschillende landen zijn geboren, wordt administratieve etniciteit bepaald door geboorteland moeder.

Meer kans op depressie en psychose bij allochtonen*

Jean-Paul Selten, Wijnand Laan, Ralph Kupka, Hugo Smeets en Jim van Os

- DOEL** Het vergelijken van het risico op psychiatrische behandeling voor een stemmingsstoornis of een psychotische stoornis tussen autochtonen en allochtonen in de stad Utrecht en daarnaast het schatten van de 1-jaarsprevalentie van psychotische stoornissen bij autochtonen en allochtonen van de eerste generatie.
- OPZET** Retrospectief cohortonderzoek.
- METHODE** Een psychiatrisch casusregister verschaftte gegevens over alle ambulante en klinische behandelingen bij psychiatrische instellingen in en om Utrecht. Het CBS verschaftte bevolkingscijfers.
- RESULTATEN** Het risico op behandeling in de periode 2002-2006 wegens een depressieve stoornis was verhoogd voor Turkse (relatief risico (RR) voor eerste en tweede generatie samen: 4,9; 95%-BI: 4,4-5,5), voor Marokkaanse (RR: 3,6; 95%-BI: 3,3-4,0) en voor Surinaamse Nederlanders (RR: 1,8; 95%-BI: 1,5-2,5). Het risico op behandeling voor een bipolaire stoornis was alleen significant verhoogd voor Turkse Nederlanders van de tweede generatie. Het risico op behandeling wegens een psychotische stoornis was bij de eerste generatie verhoogd voor Surinaamse Nederlanders en Marokkaans-Nederlandse mannen. Voor Turkse, Marokkaanse en Surinaamse Nederlanders van de tweede generatie was het risico 6-9 keer hoger dan voor autochtone leeftijdsgenoten. De 1-jaarsprevalentie van psychotische stoornissen was onder mannen geboren in Suriname (2,1%) of Marokko (1,2%) hoger dan onder autochtone mannen (0,5%). Voor allochtonen van de eerste of tweede generatie uit België, Frankrijk, Duitsland of het Verenigd Koninkrijk was het risico op een depressieve, bipolaire of psychotische stoornis niet significant verhoogd.
- CONCLUSIE** De geestelijke gezondheid van niet-westerse allochtonen in Nederland was slechter dan van autochtone Nederlanders

* Dit onderzoek werd eerder gepubliceerd in *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* (epub: doi: 10.1007/s00127-010-0335-7) met de titel 'Risk of treatment for mood disorders and psychotic disorders among migrants and Dutch nationals in Utrecht, the Netherlands'.
Afdrukt met toestemming.

Stichting Rivierduinen, afd. GGZ Leiden; Leiden.
Dr. J.P. Selten, psychiater en epidemioloog (tevens Maastricht Universitair Medisch Centrum, Afd. voor Psychiatrie en Psychologie, Maastricht).
Universitair Medisch Centrum Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Huisartsgeneeskunde, Utrecht.
Drs. W. Laan en drs. H. Smeets, epidemiologen.
VU Medisch Centrum, Afd. Psychiatrie en GGZ inGeest, Amsterdam.
Prof.dr. R. Kupka, psychiater.
Maastricht Universitair Medisch Centrum, Afd. voor Psychiatrie en Psychologie, Maastricht.
Prof.dr. J. van Os, psychiater en epidemioloog.
Contactpersoon: dr. J.P. Selten (j.selten@ggzleiden.nl).

Epidemiologisch onderzoek naar psychiatrische stoornissen bij migranten in West-Europa betrof tot dusverre meestal psychotische stoornissen.¹ Er is weinig bekend over het risico van migranten op het ontwikkelen van een stemmingsstoornis.² Wel is er in Nederland eerder een studie gedaan naar opnamen in een psychiatrisch ziekenhuis wegens een stemmingsstoornis,³ maar de meeste patiënten worden ambulante behandeld.

De onderzoeken naar psychotische stoornissen hebben weliswaar aangetoond dat bepaalde groepen allochtonen uit niet-westerse landen een sterk verhoogd risico op deze aandoeningen hebben, maar er bestaan geen recente cijfers over allochtonen van de tweede generatie in ons land.⁴ Bovendien betreffen vrijwel alle onderzoeken de incidentie en is het onbekend of de verhoogde incidentie van psychose ook geleid heeft tot een verhoogde prevalentie. Een niet-verhoogde prevalentie zou kunnen wijzen op een psychotische stoornis van korte duur.⁵

In deze studie vergeleken wij de risico's op behandeling voor een depressieve stoornis, een bipolaire stoornis en een psychotische stoornis tussen autochtonen en allochtonen van de eerste en tweede generatie woonachtig in de stad Utrecht. Dat deden wij aan de hand van een psychiatrisch casusregister dat gegevens verzamelt over behandelingen in Utrecht en omgeving. Een tweede doel van de studie was het bepalen van de 1-jaarsprevalentie van behandelde psychotische stoornissen.

DATA EN METHODE

De psychiatrische gegevens waren afkomstig van het Psychiatrisch Casus Register Midden-Nederland (PCR-MN), dat sinds 1999 geanonimiseerde gegevens verzamelt over alle behandelingen bij alle instituten voor psychiatrische zorg in de stad Utrecht en omgeving. De informatie in het PCR-MN bevat altijd de geboortedatum van de patiënt, de postcode, het geslacht en ten minste 1 DSM-IV-diagnose.⁶ Het register ontvangt geen informatie van huisartsen en ook niet van een klein aantal vrijgevestigde psychiaters.

Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) verschaftte voor elk relevant kalenderjaar informatie over de bevolking van de stad Utrecht, uitgesplitst naar het geboorteland van de persoon en diens ouders, 5-jaarsleeftijdsgroep en geslacht. Het CBS definieert een autochtoon als een persoon die in Nederland is geboren en wiens ouders ook in Nederland zijn geboren. Als iemand in het buitenland is geboren, dan is deze persoon een allochtoon van de eerste generatie. Een in Nederland geboren persoon wordt een 'allochtoon van de tweede generatie' genoemd als 1 van beide ouders of beide ouders in het buitenland is of zijn geboren. Als de ouders in verschillende landen zijn geboren (niet in Nederland), dan geeft het geboorteland van de moeder de doorslag. Surinaamse Nederlanders in Utrecht zijn van Hindoestaanse (53%), Creoolse (39%) of andere origine (8%).⁷

We gebruikten informatie over inwoners van de stad Utrecht die een psychiatrische instelling bezochten en een DSM-IV-diagnose kregen van een eenmalige of recidiverende depressieve stoornis, (DSM-IV-codes: 296.2x of 296.3x), een bipolaire stoornis (DSM-IV: 296.0, 296.4x, 296.5x, 296.6x, 296.7x, 296.7x, 296.89) of van een psychotische stoornis, dat wil zeggen schizofrenie, schizofreniforme stoornis, schizoaffectieve stoornis, waanstoornis, kortdurende psychotische stoornis of een psychotische stoornis niet anderszins omschreven (DSM-IV: 295.x, 297.1, 298.8 of 298.9). Als een patiënt op hetzelfde tijdstip meerdere diagnoses kreeg, werd de eerste diagnose gebruikt. Als de diagnose in de loop der tijd veranderde, de laatste diagnose.

Door anonieme bestanden van het PCR-MN en het CBS te kruisen, kon bij 79,6% van de patiënten het geboorteland en het geboorteland van de ouders worden achterhaald. Alleen deze patiënten werden gebruikt in de analyse. Bij 11,9% van de patiënten was dit niet mogelijk, omdat meerdere personen binnen hetzelfde postcodegebied dezelfde geboortedatum en hetzelfde geslacht hadden. Bij 8,5% was het onmogelijk doordat de patiënt een adreswijziging niet had doorgegeven aan de psychiatrische instelling of doordat deze instelling een verkeerde geboortedatum had genoteerd. Verdere details van de methode staan in de oorspronkelijke publicatie.

STATISTISCHE ANALYSE

Het 5-jaarsrisico op een psychiatrische behandeling in de periode 2002-2006 werd berekend door het aantal patiënten te delen door het aantal persoonsjaren. Het risico voor autochtonen werd vergeleken met dat voor allochtonen uit Turkije, Marokko, Suriname en met een groep van 4 West-Europese landen (België, Frankrijk, Duitsland en Verenigd Koninkrijk). Relatieve risico's (RR's) en bijbehorende 95%-betrouwbaarheidsintervallen, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht, werden berekend met behulp van poissonregressie.

De 1-jaarsprevalentie van psychotische stoornissen werd voor autochtonen en allochtonen van de eerste generatie berekend door het aantal behandelde patiënten in 2006 te delen door de bevolkingsaantallen op 1 januari 2006. De cijfers werden gecorrigeerd voor leeftijd door directe standaardisatie naar de totale Nederlandse bevolking in dat jaar. Voor allochtonen van de tweede generatie werden deze cijfers niet berekend, omdat velen van hen nog jong waren en de risicoperiode waarin men de stoornis kan ontwikkelen (18-35 jaar voor mannen en 18-65 jaar voor vrouwen) nog niet hadden doorlopen.

RESULTATEN

Depressieve stoornis Het risico op psychiatrische behandeling voor een depressieve stoornis in de periode 2002-2006 was het sterkst verhoogd voor Turkse Nederlanders van beide generaties (RR ten opzichte van autochtonen: 4,6), gevolgd door de Marokkaanse (RR: 3,6) en Surinaamse Nederlanders (RR: 1,7) (tabel 1).

Bipolaire stoornis De aantallen allochtonen met een bipolaire stoornis waren erg klein en het risico was alleen significant verhoogd voor Turkse Nederlanders van de tweede generatie (zie tabel 1).

Psychotische stoornissen Onder allochtonen van de eerste generatie was het risico op psychiatrische behandeling het meest verhoogd bij Surinaamse Nederlanders (RR ten opzichte van autochtonen: 3,4) (tabel 2). Onder Marokkaanse Nederlanders was het risico significant verhoogd bij mannen (RR ten opzichte van autochtone mannen: 3,1; 95%-BI: 2,5-3,9), niet bij vrouwen (RR ten opzichte van autochtone vrouwen: 1,1; 95%-BI: 0,7-1,7). Het risico was niet verhoogd bij Turkse Nederlanders.

De risico's voor allochtonen van de tweede generatie waren sterk verhoogd voor alle niet-westerse groepen (zie tabel 2).

De 1-jaarsprevalentie voor mannen en vrouwen geboren in Suriname en voor mannen geboren in Marokko was significant verhoogd (tabel 3).

TABEL 1 Voor leeftijd en geslacht gecorrigeerde relatieve risico's (RR) op psychiatrische behandeling voor depressieve of bipolaire stoornis in de periode januari 2002-december 2006, voor etnische minderheden van 15 - 65 jaar in Utrecht stad versus autochtonen.

etnische groep	persoonsjaren ♂ / ♀	depressieve stoornis*		bipolaire stoornis†	
		♂ / ♀	RR (95%-BI)	♂ / ♀	RR (95%-BI)
1e generatie					
autochtoon‡	334.624 / 357.508	563 / 976	1,0	142 / 163	1,0
Turks	15.669 / 14.887	131 / 214	4,6 (4,1-5,2)	4 / 5	0,6 (0,3-1,2)
Marokkaans	31.270 / 27.621	179 / 278	3,6 (3,2-3,9)	7 / 5	0,5 (0,3-0,9)
Surinaams	8.628 / 9.310	4 / 57	1,7 (1,3-2,1)	2 / 4	0,6 (0,3-1,3)
west-europees§	6.364 / 6.852	4 / 16	0,7 (0,4-1,1)	4 / 3	1,4 (0,6-2,9)
2e generatie					
autochtoon‡	334.624 / 357.508	563 / 976	1,0	142 / 163	1,0
Turks	5.445 / 5.125	16 / 48	8,5 (6,4-11,2)	1 / 3	5,6 (1,9-16,3)
Marokkaans	6.919 / 6.674	8 / 34	4,8 (3,5-6,8)	2 / 0	2,4 (0,6-10,4)
Surinaams	4.160 / 4.247	5 / 21	2,6 (1,7-3,8)	1 / 3	2,9 (1,1-7,9)
west-europees	8.432 / 8.927	15 / 27	1,1 (0,8-1,4)	4 / 3	0,8 (0,4-1,7)
1e en 2e generatie gecombineerd					
autochtoon‡	334.624 / 357.508	563 / 976	1,0	142 / 163	1,0
Turks	21.114 / 20.112	147 / 262	4,9 (4,4-5,5)	5 / 8	0,8 (0,5-1,5)
Marokkaans	38.189 / 34.295	187 / 312	3,6 (3,3-4,0)	9 / 5	0,5 (0,3-0,9)
Surinaams	12.788 / 13.557	29 / 78	1,8 (1,5-2,2)	3 / 7	0,8 (0,4-1,6)
west-europees	14.796 / 15.779	19 / 43	0,9 (0,7-1,2)	8 / 6	1,0 (0,6-1,7)

* DSM-IV-diagnosen 'depressieve stoornis, eenmalige episode' of 'depressieve stoornis, recidiverend' (codes 296.2x of 296.3x).

† DSM-IV-diagnosen 'bipolaire I-stoornis' of 'bipolaire II-stoornis' of 'bipolaire stoornis niet anderszins omschreven' (codes 296.0x, 296.4x, 296.5x, 296.6x, 296.7, 296.89, 296.80).

‡ Geboren in Nederland en beide ouders geboren in Nederland.

§ Geboren in Frankrijk, Verenigd Koninkrijk, Duitsland of België.

|| Geboren in Nederland en 1 ouder of beide ouders geboren in Frankrijk, Verenigd Koninkrijk, Duitsland of België. Als ouders in verschillende landen zijn geboren, wordt administratieve etniciteit bepaald door geboorteland moeder.

BESCHOUWING

We vonden in het algemeen sterk verhoogde risico's voor depressieve en psychotische stoornissen onder allochtonen uit niet-westerse landen en geen verhoogde risico's voor allochtonen uit de 4 West-Europese landen. De enige uitzondering was het risico op een bipolaire stoornis, dat voor niet-westerse allochtonen van de eerste generatie niet verhoogd was.

STERKE PUNTEN EN BEPERKINGEN

Sterke punten van dit onderzoek waren de grote aantallen patiënten en de betrouwbare bevolkingscijfers. Een beperking was de uitval van 20,4% van de relevante patiënten, omdat hun geboorteland niet kon worden achterhaald. Een tweede beperking was de onbekende betrouwbaarheid van de DSM-IV-diagnosen, die in de meerderheid niet waren ontleend aan gestructureerde diagnostische interviews. De bevindingen van eerdere registerstudies met betrekking tot psychosen werden later bevestigd door onderzoeken die deze interviews wel

gebruikten.⁸ Het is noodzakelijk dat hetzelfde gebeurt met onze bevindingen ten aanzien van stemmingsstoornissen. Replicatie van onze bevindingen op een andere locatie is eveneens geïndiceerd.

ECHTE VERSCHILLEN IN RISICO?

De resultaten betroffen patiënten die in psychiatrische behandeling waren en weerspiegelden niet de ware prevalentie in de algemene bevolking. Het is bekend dat veel patiënten geen psychiatrische behandeling wensen of worden behandeld door hun huisarts. De centrale vraag is of niet-westerse allochtonen met een psychiatrische stoornis, in vergelijking met autochtonen, een grotere of kleinere kans hebben om bij een psychiatrische instelling in behandeling te komen.

Niet-westerse migranten met een psychotische stoornis komen later in psychiatrische behandeling dan autochtonen, mogelijk doordat zij vaker niet-medische verklaringen hanteren dan autochtonen.^{8,9} Bovendien is uit vele onderzoeken gebleken dat de hoogste percentages patiënten met onbehandelde ziekte zich in de lagere soci-

TABEL 2 Voor leeftijd en geslacht gecorrigeerde relatieve risico's (RR) op psychiatrische behandeling voor psychotische stoornis* in de periode januari 2002-december 2006, voor etnische minderheden van 15 - 65 jaar oud in Utrecht stad versus autochtonen.

etnische groep†	♂ / ♀	RR (95%-BI)
1e generatie		
autochtoon‡	364 / 283	1,0
Turks	28 / 14	1,3 (1,0-1,8)
Marokkaans	106 / 22	2,3 (1,9-2,8)
Surinaams	46 / 24	3,4 (2,6-4,3)
west-europees§	4 / 4	0,7 (0,3-1,4)
2e generatie		
autochtoon‡	364 / 283	1,0
Turks	18 / 4	8,7 (5,5-13,9)
Marokkaans	17 / 4	7,2 (4,5-11,8)
Surinaams	13 / 11	6,5 (4,3-9,9)
west-europees	13 / 4	0,9 (0,6-1,5)
1e en 2e generatie gecombineerd		
autochtoon‡	364 / 283	1,0
Turks	46 / 18	1,8 (1,4-2,4)
Marokkaans	123 / 26	2,5 (2,1-3,0)
Surinaams	59 / 35	3,8 (3,0-4,7)
west-europees	17 / 8	0,9 (0,6-1,3)

* DSM-IV-diagnosen 'schizofrenie', 'schizofreniforme stoornis', 'schizo-affectieve stoornis', 'waanstoornis', 'kortdurende psychotische stoornis' of 'psychotische stoornis niet anderszins omschreven'.

† Voor persoonsjaren, zie tabel 1.

‡ Geboren in Nederland en beide ouders geboren in Nederland.

§ Geboren in Frankrijk, Verenigd Koninkrijk, Duitsland of België.

|| Geboren in Nederland en 1 van beide of beide ouders geboren in Frankrijk, Verenigd Koninkrijk, Duitsland of België. Als ouders in verschillende landen zijn geboren, wordt administratieve etniciteit bepaald door geboorteland moeder.

ale klassen bevinden.¹⁰ Er is dus geen reden om aan te nemen dat onze verhoogde cijfers voor allochtonen in verband met een psychotische stoornis verklaard worden door een lagere drempel voor behandeling.

Hoe groot is voor allochtonen met een depressieve stoornis de kans op een psychiatrische behandeling? Vooral nog is onbekend hoeveel allochtonen met een dergelijke stoornis de huisarts consulteren. Er bestaan weliswaar gegevens over de kans dat de huisarts een patiënt wegens angst, depressieve gevoelens of een depressieve stoornis naar een instelling voor geestelijke gezondheidszorg verwijst (bij autochtonen 7,3%, bij Marokkaanse en Turkse Nederlanders respectievelijk 14,4% en 12,0% en bij Surinaamse of Antilliaanse Nederlanders 11,4%), maar wegens ontbrekende gegevens over de ernst van de problematiek kan men niet concluderen dat allochtonen bij een gelijke ernst van de stoornis een grotere of kleinere kans hebben om verwezen te worden.¹¹

VERGELIJKING MET EERDERE STUDIES

Depressieve stoornis Een eerder onderzoek van eerste opnamen wegens een depressieve stoornis bij allochtonen van de eerste generatie stelde een verhoogd risico vast bij mannen afkomstig uit Turkije of Marokko, niet bij vrouwen uit deze landen of bij migranten uit Suriname of de Antillen.³ Dit is opmerkelijk omdat uit talloze studies is gebleken dat het risico op depressie voor vrouwen dubbel zo hoog is als voor mannen. De resultaten van de huidige studie, die wél een 2 keer zo hoog risico voor vrouwen vond, maakt aannemelijk dat de eerder gevonden lage opnamecijfers voor Turkse en Marokkaanse vrouwen verklaard worden door een hoge drempel voor

TABEL 3 Voor leeftijd gecorrigeerde 1-jaarsprevalenties van behandelde psychotische stoornissen* onder migranten van de eerste generatie en autochtonen in Utrecht stad van 15-65 jaar, per geslacht, 2006.

etnische groep	♂			♀		
	n	bevolking†	prevalentie (95%-BI)‡	n	bevolking	prevalentie (95%-BI)
autochtoon	310	69.301	0,45 (0,44-0,49)	234	74.200	0,40 (0,36-0,45)
Turks	23	3.168	0,62 (0,41-0,97)	8	3.035	0,27 (0,13-0,52)
Marokkaans	95	6.202	1,15 (0,92-1,46)	18	5.591	0,31 (0,19-0,49)
Surinaams	39	1.704	2,12 (1,53-2,91)	19	1.869	0,87 (0,53-1,39)
west-europees§	3	1.318	0,49 (0,21-0,99)	4	1.453	0,33 (0,15-0,80)

* DSM-IV diagnosen schizofrenie schizofreniforme stoornis, schizo-affectieve stoornis, waanstoornis, kortdurende psychotische stoornis, of psychotische stoornis, niet anderszins gespecificeerd.

† Bevolking = bevolking in leeftijdsgroep 15-65 jaar, 2006.

‡ Prevalentiecijfers, gestandaardiseerd voor totale Nederlandse bevolking van 2006. De ware prevalentiecijfers zijn gemiddeld 20% hoger (zie onder 'methode').

§ Geboren in Frankrijk, Verenigd Koninkrijk, Duitsland of België.

TABEL 4 Prevalentie van depressieve stoornis in %, op basis van bevolkingsonderzoek bij autochtonen en bepaalde allochtone groepen in Nederland en België.

	Amsterdam ¹⁴ (leeftijd 19-92 jaar)	België ¹² (leeftijd 18-65 jaar)	Amsterdam ¹³ (leeftijd 55-74 jaar)
deelnamepercentage	21-30	61	43-78
prevalentie per etnische groep:			
autochtoon (Nederlands of Belgisch)	10	9	15
Turks	22	15	62
Marokkaans	10	14	34
prevalentie betreft afgelopen	jaar	week	week

opname.

De hier gerapporteerde etnische verschillen in de tweede lijn waren veel groter dan die gevonden bij bevolkingsonderzoek of bij onderzoek in de eerste lijn. De resultaten van bevolkingsonderzoeken in Nederland en België worden weergegeven in tabel 4.¹²⁻¹⁴ Bij de relatief lage cijfers voor allochtonen moet in aanmerking worden genomen dat het deelnamepercentage laag was, vooral bij de laatste studie in Amsterdam (21-30%).¹⁴ Het is dus mogelijk dat allochtonen met een depressieve stoornis niet aan dergelijk onderzoek deelnamen of hun klachten niet rapporteerden.

Bij een onderzoek in stedelijke huisartspraktijken ten slotte, bedroeg de 1-jaarsprevalentie van door de huisarts genoteerde 'depressieve gevoelens' of 'depressieve stoornis' bij autochtonen 2,52%, bij Marokkaanse Nederlanders 2,54%, bij Turkse Nederlanders 3,28% en bij Surinaamse en Antilliaanse Nederlanders 1,41%.¹¹ De detectie en registratie zijn hier mogelijk onvolledig geweest, want uit bevolkingsonderzoek met een hoog deelnamepercentage (64,2%) is gebleken dat de 1-jaarsprevalentie van de depressieve of dysthyme stoornis bij autochtone mannen ongeveer 5,5% bedraagt en bij autochtone vrouwen 10,7%.¹⁵ Het blijft bovendien onduidelijk hoe ernstig de depressieve klachten bij autochtone en allochtone patiënten in de huisartsenpraktijk waren. Nader onderzoek zal hier helderheid moeten verschaffen.

Bipolaire stoornis De resultaten met betrekking tot de eerste generatie kwamen overeen met die van het eerdere onderzoek.³ Het huidige onderzoek was het eerste met cijfers over de tweede generatie.

Psychotische stoornis De bevindingen bij allochtonen van de eerste generatie kwamen overeen met die van eerdere studies.^{4,8} De relatieve risico's voor allochtonen van de tweede generatie waren nog hoger dan gevonden bij eerder onderzoek.⁴

Prevalentie van psychotische stoornissen bij eerste generatie De meeste in Marokko (78%) of Suriname (85%) geboren mannen met een psychotische stoornis

hadden een DSM-IV-diagnose 'schizofrenie', 'schizofreniforme stoornis' of 'schizo-affectieve stoornis'. Als men bedenkt dat gemiddeld 20% van de behandelde patiënten niet meegeteld kon worden doordat hun geboorteland niet kon worden achterhaald, en dat de cijfers in de algemene bevolking nog veel hoger moeten zijn, aangezien ongeveer de helft van de patiënten helemaal niet in behandeling is, dan zijn deze cijfers schrikbarend. Ze behoren tot de hoogste ooit gerapporteerd in de wereldliteratuur.¹⁶

CONCLUSIE

Depressieve stoornis Het is onwaarschijnlijk dat de hoge cijfers voor niet-westerse allochtonen verklaard worden door even hoge cijfers in het land van herkomst. De lifetime-prevalentie van de depressieve stoornis bleek in Turkije (6,3%) lager dan in Nederland (15,7%).¹⁷ In Marokko werd een extreem hoge prevalentie van de depressieve stoornis (26,5%) gevonden, maar het is de vraag of dit een valide bevinding is.¹⁸ In Suriname is dit nooit onderzocht.

Aangezien het risico op het ontwikkelen van een depressieve stoornis voor personen uit de lagere sociale klasse bijna 2 keer zo hoog is als voor personen in hogere klassen, wordt het verschil autochtoon-allochtoon ten dele verklaard door een verschil in socio-economische positie.¹⁹ Het is aannemelijk dat sociaal-psychologische factoren geassocieerd met migratie de 3- tot 5-voudig verhoogde risico's voor Turkse migranten verklaren. Volgens een manifest van Turkse professionals hebben Turks-Nederlandse jongeren het gevoel dat ze nooit een onderdeel van de Nederlandse samenleving zullen worden.²⁰ Het sociale vangnet waar hun ouders wel een beroep op konden doen is tegenwoordig broos geworden en huiseijk geweld komt veel voor.

Bipolaire stoornis We hebben geen verklaring voor de relatief lage risico's op een bipolaire stoornis voor allochtonen van de eerste generatie. Gelet op de hoge risico's

LEERPUNTEN

- **Het risico op ambulante of klinische psychiatrische behandeling voor een depressie was verhoogd voor Turkse, Marokkaanse en Surinaamse Nederlanders (respectievelijk 5 keer, 3 tot 4 keer en ongeveer 2 keer hoger). Dit gold zowel voor vrouwen als voor mannen.**
- **Het risico op ambulante of klinische behandeling wegens een psychose was voor Turkse, Marokkaanse en Surinaamse Nederlanders van de tweede generatie 6 tot 9 keer hoger dan voor autochtone leeftijdsgenoten.**
- **De prevalentie van behandelde psychose was bij Surinaams-Nederlandse en Marokkaans-Nederlandse mannen van de eerste generatie hoger dan bij autochtone mannen (respectievelijk 2,12, 1,15 en 0,45%).**
- **Voor migranten uit België, Frankrijk, Duitsland en Groot-Brittannië waren bovengenoemde risico's niet verhoogd.**

voor African-Caribbeans in het Verenigd Koninkrijk zou men hogere cijfers verwachten voor Surinaamse en Antilliaanse Nederlanders.²¹

Psychotische stoornis De incidentie van psychosen is in Suriname niet verhoogd en is in Turkije of Marokko niet onderzocht.²² Er zijn echter geen aanwijzingen voor verhoogde risico's in naburige landen of in ontwikkelingslanden. Uit de meeste onderzoeken is gebleken dat een lage sociaal-economische status van de ouders geen risicofactor is voor psychose. De oorzaken van de door ons gevonden verhoogde incidentie van psychotische stoornissen zijn derhalve niet met zekerheid bekend en vormen een uitdaging voor nader onderzoek. Druggebruik lijkt een verklaring, maar is niet de enige. Een meta-analyse liet zien dat het risico op schizofrenie wereldwijd even sterk verhoogd is voor vrouwelijke als voor mannelijke migranten terwijl mannen veel meer drugs gebruiken dan vrouwen.¹ Wonen in een wijk met veel leden van de eigen etnische groep heeft een beschermend effect.²³ De meeste hypothesen over de verhoogde incidentie benadrukken het pathogene effect van bepaalde sociale factoren.²⁴ Volgens één hypothese kan de langdurige ervaring van vernedering of sociale uitsluiting het risico op psychose verhogen via sensitivatie van het mesolimbische dopaminesysteem.²⁵ Een dergelijk mechanisme is weliswaar aangetoond bij dieren, maar niet bij mensen.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: Dr. J.P. Selten ontving vergoedingen voor lezingen van de Universiteit van Santander en de International Early Psychosis Association. Dr. R. Kupka ontving via zijn instituut vergoedingen voor lezingen van Benecke NI, AstraZeneca, Eli-Lilly, BristolMyersSquibb en een beurs van AstraZeneca. Tevens ontvangt hij royalties voor het handboek 'Bipolaire stoornissen' van uitgeverij De Tijdstroom. Prof.dr. J. van Os ontving via zijn instituut vergoedingen voor lezingen van AstraZeneca, Eli-Lilly, Janssen en BristolMyersSquibb en een beurs van Servier.

Aanvaard op 4 maart 2011

Citeer als: Ned Tijdschr Geneesk. 2011;155:A3253

[➤ Meer op www.ntvg.nl/onderzoek](http://www.ntvg.nl/onderzoek)

LITERATUUR

- 1 Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *Am J Psychiatry*. 2005;162:12-24.
- 2 Swinnen SG, Selten JP. Migration and mood disorders: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2007;190:6-10.
- 3 Selten JP, van Os J, Nolen WA. First admissions for mood disorders in immigrants to the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2003;38:547-550.
- 4 Veling W, Selten JP, Veen ND, Laan W, Blom JD, Hoek HW. Incidence of schizophrenia among ethnic minorities in the Netherlands. A four-year first-contact study. *Schizophr Res*. 2006; 86:189-193.
- 5 McKenzie K, van Os J, Fahy T, Jones P, Harvey I, Toone B et al. Psychosis with good prognosis in Afro-Caribbean people now living in the United Kingdom. *BMJ*. 1995;311:1325-8.
- 6 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, 4th Edition. Washington DC: APA; 1994.
- 7 Martens EP, Verweij AO. Surinamese in the Netherlands. Rotterdam: Institute for Socio-Economic Research; 1997. p.10.
- 8 Selten JP, Veen, N, Feller W, Blom JD, Schols D, Camoenië W et al. Incidence of psychotic disorders in immigrant groups to the Netherlands. *Br J Psychiatry*. 2001;178:367-72.
- 9 Sterk B, Slief E, Blankers E, Linszen DH, de Haan L. Duration of untreated psychosis and ethnicity. *Schizophr Res*. 2010;124: 238-9.
- 10 Link B, Dohrenwend BP. Formulation of hypotheses about the ratio of untreated to treated cases in the true prevalence studies of functional psychiatric disorders in adults in the United States. In: Dohrenwend BP, Dohrenwend BS, Gould MS, redacteuren. *Mental illness in the United States*. New York: Praeger; 1980. pp.133-149.
- 11 Fassaert T, Nielen M, Verheij R, Verhoeff A, Dekker J, Beekman A et al. Quality of care for anxiety and depression in different ethnic groups by family practitioners in urban areas in the Netherlands. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010; 32: 368-76.
- 12 Levecque K, Lodewyckx I, Bracke P. Psychological distress, depression and generalized anxiety in Turkish and Moroccan immigrants in Belgium. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009;44:188-197.
- 13 Van der Wurff FB, Beekman AT, Dijkshoorn H, Spijker J, Smits CH, Stek ML et al. Prevalence and risk factors for depression in elderly Turkish and Moroccan immigrants to the Netherlands. *J Affective Disorders*. 2004; 83:33-41.

- 14 de Wit MA, Tuinebreijer WC, Dekker J, Beekman AT, Gorissen WH, Schrier AC et al. Depressive and anxiety disorders in different ethnic groups. A population-based study among native Dutch, and Turkish, Moroccan and Surinamese migrants in Amsterdam. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2008;43:905-12.
- 15 Bijl RV, van Zessen G, Ravelli A (1997) Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. II. Prevalentie van psychiatrische stoornissen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997;141:2453-60.
- 16 Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med.* 2005;2: e141.
- 17 Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl R, de Graaf R, Vollebergh W et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) surveys. *Internat J Meth Psychiatr Res.* 2003;12:3-21. .
- 18 Kadri N, Agoub M, Assouab F, Tazi MA, Didouh A, Stewart R et al. Moroccan national study on prevalence of mental disorder: a community-based epidemiological study. *Acta Psychiatr Scand.* 2010;121:71-4. .
- 19 Lorant V, Deliège D, Eaton WW, Robert A, Philippot P, Anseau M. Socioeconomic inequality in depression: a meta-analysis. *Am J Epidemiol.* 2003;157:98-112. .
- 20 Sevincer T, et al. Manifest Turks-Nederlandse professionals: Problematiek jongeren zeer verontrustend. *Volkskrant*, januari 10 2011.
- 21 Fearon P, Kirkbride JB, Morgan C, Dazzan P, Morgan K, Lloyd T et al. Incidence of schizophrenia and other psychoses in ethnic minority groups: results from the MRC AESOP study. *Psychol Med.* 2006;36:1541-50. .
- 22 Selten JP, Zeyl EC, Dwarkasing RM, Lumsden V, Kahn RS, van Harten PN. First-contact incidence of schizophrenia in Surinam. *Br J Psychiatry.* 2005;186:74-5. .
- 23 Veling WA, Susser E, van Os J, Mackenbach J, Selten JP, Hoek HW. Incidentie van psychotische stoornissen bij immigranten hangt samen met etnische dichtheid in wijken. *Ned Tijdschr Geneesk*;154: 681-686.
- 24 Morgan C, Kirkbride J, Hutchinson G, Craig T, Morgan K, Dazzan P et al. Cumulative social disadvantage, ethnicity, and first-episode psychosis: a case control study. *Psychol Med.* 2008;38:1701-15. .
- 25 Selten JP, Cantor-Graae E. Social defeat: risk factor for schizophrenia? *Br J Psychiatry.* 2005;187:101-2. .