Primaire preventie in de geestelijke gezondheidszorg

Onopgeloste problemen en het perspectief van de GVO-benadering

door F.M. Gerards

Samenvatting

De vraag of psychische stoornissen te voorkomen zijn is tot op heden niet beantwoord. De voortdurende onzekerheid hierover heeft het 'preventieveld' verdeeld. Enerzijds zijn er degenen die, ondanks alles, in het preventie-ideaal blijven geloven, anderzijds zijn er degenen die hun twijfels uiten. Tussen beide groeperingen bestaan duidelijke meningsverschillen. Deze hebben betrekking op een drietal kwesties, namelijk

a. de definitie van het object van preventie;
b. het causaliteitsvraagstuk; en
c. het aangrijpingspunt van preventie.

Belangrijker dan deze meningsverschillen is het op korte termijn verwerven van meer zekerheid omtrent de praktische mogelijkheden van primaire preventie. Met het oog hierop wordt de GVO-benadering voorgesteld. Kleinschalige experimenten met deze benadering lijken nuttig.

Inleiding

Dat voorkómen beter is dan genezen is een waarheid die ook sinds lange tijd in de geestelijke gezondheidszorg wordt onderschreven. Waar echter de somatisch georiënteerde geneeskunde met het voorkómen van infectieziektes grote successen heeft geboekt, is de preventieve psychiatrie, behoudens enkele uitzonderingen (bij voorbeeld daar waar duidelijk aanwijsbare organische oorzaken in het geding waren zoals bij de psychopathologische complicaties van syfilis), dergelijke successen tot op heden onthouden. Het gevolg hiervan is dat het 'preventieveld' verdeeld is geraakt. Enerzijds zijn er de (soms vurige) verdedigers van het preventie-ideaal en anderzijds de twijfelaars. In de Verenigde Staten duidt men de eerste groep aan als de 'pro-preventionists', de tweede groep, eigenlijk ten onrechte, als de 'anti-preventionists' (Bloom 1985).

De verdedigers van het preventiewerk houden vast aan de overtuiging dat primaire preventie mogelijk is, ook al is het onomstotelijke

bewijs hiervoor nog niet geleverd. In de Verenigde Staten kunnen onder andere Gerald Caplan, George Albee en Stephen Goldstein tot deze groep worden gerekend. In ons land betreft het de preventiewerkers verenigd in de zogenaamde 'Drakenburgh-groep'. Deze groep heeft zich ingezet voor een systematische ontwikkeling en theoretische onderbouwing van de preventie (Nuyten, Nijmeijer en Sterenborg 1985).

De sceptici zijn van mening dat primaire preventie tot op heden meer een wetenschappelijk geloof is geweest dan een wetenschappelijk gefundeerde waarheid. Het preventiestreven wordt gezien als een pretentie die gebaseerd is op aanvechtbare theoretische uitgangspunten. Globale effectmetingen, als bewijs voor de praktische haalbaarheid van preventie, zijn nauwelijks voorhanden. In de Verenigde Staten zijn het vooral H. Richard Lamb en Jack Zusman die dit standpunt vertolken. In ons land kan de auteur van deze bijdrage in zekere zin als een scepticus gezien worden (Gerards 1985a).

Een zeer uitvoerige discussie tussen beide groeperingen is, waar het de Amerikaanse situatie betreft, uitvoerig weergegeven in *The Journal of Primary Prevention* (Vol. 5, No. 4, Summer 1985). In ons land zijn dergelijke discussies schaars. Enigszins een uitzondering hierop vormt de polemiek die in 1985 verscheen in het *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid* (Tuinenburg 1985; Schoenmakers e.a. 1985; Gerards 1985b).

In deze bijdrage zetten we uiteen op welke punten de voorstanders en sceptici van mening verschillen. Daarbij scheren we, om het betoog niet onnodig te compliceren, de Amerikaanse en Nederlandse situatie over één kam. In werkelijkheid zijn er ten aanzien van de Amerikaanse en Nederlandse situatie belangrijke accentverschillen te bespeuren.

Wanneer we de verschillen tussen de voorstanders en sceptici op een rijtje zetten blijkt het te gaan om een drietal kwesties. Op de eerste plaats verschilt men van mening over het object van preventie. Dat object is namelijk op uiteenlopende manieren te definiëren. De keuze voor een bepaalde definitie heeft consequenties voor de praktische vormgeving van het preventiewerk. Op de tweede plaats hanteert men verschillende opvattingen inzake het causaliteitsvraagstuk. Hierbij gaat het onder meer om de vraag in hoeverre het van belang is om precies de oorzaken van psychische stoornissen te kennen. In dit kader wordt ook het belang afgewogen van de stressbenadering. Op de derde plaats, en dit punt hangt samen met het vorige, verschilt men van mening over de vraag of het aangrijpingspunt van preventie het individu moet zijn dan wel de maatschappelijke omstandigheden.

Bovengenoemde meningsverschillen lijken niet gemakkelijk oplosbaar. Ter afsluiting van deze bijdragen komen we met een eigen standpuntbepaling. Hierbij wordt voorgesteld de primaire preventie experimenteel aan te pakken volgens een GVO (Gezondheidsvoor-

lichting en -opvoeding)benadering (Kok 1986). Deze benadering is tot nu toe vooral toegepast op somatische gezondheidsproblemen. Hierbij gaat het om gezondheidsproblemen waarbij het menselijk gedrag als een belangrijke oorzakelijke factor wordt gezien. Het meest duidelijke voorbeeld is de rol van roken bij longkanker. Of deze GVO-benadering eveneens zijn vruchten kan afwerpen ter preventie van psychische stoornissen moet nog worden aangetoond.

Het object van preventie

Ten aanzien van het object van preventie nemen de sceptici het volgende standpunt in. Op de eerste plaats dient de preventie uit te gaan van goed diagnosticeerbare, dus nauwkeurig te omschrijven, stoornissen. De DSM-III (APA 1980) biedt hiervoor, zij het geen volmaakt, dan toch een redelijk uitgangspunt. Op de tweede plaats dient de preventie een keuze te maken voor de ernstige problemen. Met name genoemd worden 'schizophrenia' en 'manic depressive psychosis' maar ook de neurosen worden genoemd (Lamb 1985; Zusman 1985). Voor de voorstanders van preventie zijn beide standpunten niet acceptabel. Wat het eerste punt betreft wordt opgemerkt dat psychische stoornissen geen duidelijk van het gezonde te onderscheiden ziekten zijn maar extreme varianten van de normale toestand (Albee, 1985b). Tussen het normale en het zieke is dus geen scherpe grens te trekken. Eerder is er sprake van continuïteit. Een uitzondering hierop zijn de stoornissen die door duidelijk aanwijsbare organische oorzaken teweeg worden gebracht (Albee 1985c). In het verlengde van deze afwijking ligt de verwerping van de DSM-III als vertrekpunt voor preventie. De DSM-III wordt gezien als een sterk tijdgebonden en daarom te betrekkelijk richtsnoer. Als bewijs hiervoor wordt aangehaald dat de DSM-I, verschenen in 1952, nog slechts 60 stoornissen behandelde. De DSM-II, die in 1968 uitkwam, had dat aantal al uitgebreid tot 145. De in 1977 verschenen DSM-III onderscheidde al 230 stoornissen.

Waar de sceptici de preventie willen richten op ernstige stoornissen als 'schizophrenia' en 'manic depressive psychosis' wordt ook deze keuze door de voorstanders afgewezen. Als belangrijkste reden hiervoor geldt dat het bestaan van dergelijke ziektes in twijfel wordt getrokken. Daarbij gaat het niet om een ontkenning van de symptomen maar om de ontkenning van de specifieke, door het etiket aangeduide, ziekte. Het etiketteren ziet men als een sterk cultuurgebonden activiteit waarbij bepaalde symptomen tot een ziekte-eenheid worden samengevoegd. Ter bewijsvoering wijst Albee (1985a) op het feit dat er de laatste veertig jaar in de Verenigde Staten een enorme toename is geweest van de diagnose 'schizophrenia' terwijl deze in dezelfde periode in Engeland sterk is verminderd. Wat de voorstanders niet willen is duidelijk. Wat wil men wel? Aangezien men vloeiende overgangen ziet tussen het psychisch zieke en het normale acht men het niet

nodig zich te richten op aparte categorieën maar veeleer op de condities die stoornissen teweeg brengen. Die condities worden gezocht in het interpersoonlijke, sociale en maatschappelijke vlak. Genoemd worden bij voorbeeld ondeugdelijk ouderschap, machteloosheid, eenzaamheid, een tekort aan 'coping skills', gebrek aan zelfrespect, een tekort aan 'social support', seksisme en racisme, armoede en verpaupering, etc. Beïnvloeding van deze condities is preventie.

Deze keuze stuit op verzet van de sceptici (Lamb 1985). Zo wordt van deze kant gesteld dat ondanks massale pogingen om in de Verenigde Staten de armoede te bestrijden, het sociale welzijn en de sociale zekerheid te verbeteren, het onderwijssysteem te veranderen en de opvoedingsmethoden te beïnvloeden er géén aanwijzing is dat hierdoor de incidentie van welke functionele stoornis dan ook is verminderd. Evenmin zijn er aanwijzingen dat in landen waarin die condities beter zijn, er minder psychisch gestoorden zijn. De sceptici zijn geen principiële tegenstanders van dergelijke programma's. Men kan ze heel goed uitvoeren om sociale en ethische redenen. Maar men dient ze niet te rechtvaardigen door een beroep te doen op primaire preventie. Geconstateerd kan worden dat aan de hierboven gesignaleerde controversen oude tegenstellingen ten grondslag liggen. Enerzijds gaat het om de grens tussen het normale en het zieke (Nijdam en Rooymans 1981), anderzijds om de invloed van individugebonden versus maatschappelijke factoren. In de psychiatrie woedde rondom deze thema's felle discussies in de jaren zestig en zeventig, de periode van de 'antipsychiatrie'. Momenteel zijn deze discussies daar verstomd. Ten aanzien van de preventie zijn ze nog steeds actueel.

Het causaliteitsvraagstuk

Met betrekking tot het causaliteitsvraagstuk spitsen de meningsverschillen zich toe op een drietal punten, namelijk (a) het te hanteren causale model, (b) de betekenis van reeds voorhanden zijnde kennis betreffende de oorzaken, en (c) de waarde van die kennis voor de preventie.

Wat het causale model betreft hanteren de sceptici een lineair model, dat wil zeggen dat ze op zoek zijn naar scherp te isoleren oorzaken welke eenduidig psychische stoornissen als gevolg hebben. De voorstanders hanteren een multi- en circulair-causaal model. Niet alleen gaan ze ervan uit dat er bij iedere stoornis meerdere oorzaken tegelijk in het spel zijn, maar ook wordt gesteld dat die oorzaken met elkaar interacteren en daardoor elkaar versterken dan wel afzwakken. Wat de hoofdoorzaak is kan in zo'n model niet gemakkelijk worden vastgesteld.

Dat we niets weten van de oorzaken van psychische stoornissen wordt noch door de voorstanders, noch door de sceptici beweerd. Maar over wat wel bekend is en welke betekenis daaraan gehecht

moet worden is men het oneens. Lamb en Zusman (1979), zich vooral richtend op ernstige psychische stoornissen, zijn van mening dat genetische en biochemische oorzaken de doorslag geven. Psychosociale preventie heeft bijgevolg weinig zin. Natuurlijk worden die genetische en biochemische oorzaken nog versterkt dan wel verzwakt door omgevingsinvloeden maar van die factoren weten we te weinig af om ze gericht te kunnen beïnvloeden. Beïnvloeding ervan is daarom een schot in het duister (Lamb 1985a).

De voorstanders van preventie hechten veel minder waarde aan de genetische en biochemische bepaaldheid der psychische stoornissen. Als men er namelijk van uitgaat dat er in de Verenigde Staten 34 miljoen ernstig psychisch gestoorden zijn, dan zou er in het licht van die hypothese van een genetische ramp kunnen worden gesproken. Verder betwijfelt men of al dat genetisch onderzoek wel de toets der kritiek kan doorstaan (Albee 1985b).

Waar de sceptici grote twijfels hebben aan de maatschappelijke bepaaldheid der psychische stoornissen staat deze factor bij de voorstanders net centraal. Voor wat de Verenigde Staten betreft wordt daarbij vooral aandacht geschonken aan de factor 'armoede'. Een hard bewijs dat armoede psychische stoornissen veroorzaakt is er niet. Dat erkennen ook de voorstanders. Ten slotte moet men zich in deze behelpen met correlationeel onderzoek. Maar, zo stelt men, waarom wordt dergelijk onderzoek hier niet als bewijs geaccepteerd terwijl op somatisch gebied dergelijk onderzoek wel als bewijs gezien wordt? Hierbij wordt dan verwezen naar onderzoek betreffende het verband tussen roken en longkanker. De sceptici trachten de armoedehypothese te ontkrachten met behulp van de 'downward drift'-theorie. Deze theorie beweert dat het niet de armoede is die psychische stoornissen veroorzaakt maar dat het gaat om reeds gestoorde mensen uit de hogere klassen die ten gevolge van de stoornis dalen op de maatschappelijke ladder. Met andere woorden, de psychische stoornis veroorzaakt de armoede.

Ten slotte dan de vraag wat al die kennis nu oplevert voor de preventiepraktijk. De sceptici zijn daar duidelijk over: het gebrek aan kennis der oorzaken maakt psychosociale preventie zinloos. Het antwoord van de voorstanders is optimistischer. Op de eerste plaats is men niet zo negatief over de oorzakelijke kennis die reeds beschikbaar is. Die is 'hard' genoeg om nu reeds interventies te doen. Op de tweede plaats, zo wordt gesteld, zijn er in de preventieve zorg genoeg voorbeelden bekend waarbij ziektes worden voorkomen door toeval, dus zonder gedegen kennis der oorzaken (Albee 1985a). Ook dat is een argument om de psychosociale preventie te rechtvaardigen.

De stressbenadering

In het kader van het causaliteitsvraagstuk is het ook van belang aan-

dacht te schenken aan de stressbenadering. Bij de voorstanders van preventie speelt deze benadering namelijk een belangrijke rol. De door hen gesignaleerde oorzaken (armoede, werkloosheid, racisme, discriminatie, etc.) veroorzaken namelijk stress. Stress, zo weet men, gaat vaak vooraf aan het ontstaan van ernstige pathologie (D'Augelli 1985). Stressreductie ter preventie van die pathologie, lijkt derhalve een voor de hand liggende weg. Daarvoor staan drie wegen open: bestrijding van de omstandigheden die stress veroorzaken, vergroting van de weerbaarheid van het individu tegen stress (stressinoculatie en 'competency-building'), en versterking van het sociale netwerk rondom het individu ter intensivering van de sociale ondersteuning.

Ook deze op het eerste gezicht nuttige benadering kan in de ogen van de sceptici niet de toets der kritiek weerstaan. In de eerste plaats bekritiseert men de pluriforme betekenis die aan het begrip stress gehecht wordt. In de tweede plaats twijfelt men aan het verband tussen stress en psychische stoornis (Zusman 1985). Misschien veroorzaakt stress alleen maar psychische stoornissen bij mensen die daartoe al tendeerden. In ieder geval weet men niet of stresspreventie psychische stoornissen voorkomt. Een derde punt van kritiek is de eenzijdige nadruk die wordt gelegd op de pathologische werking van stress. De sceptici gaan ervan uit dat stress bij het leven hoort, onvermijdelijk is en essentieel is voor iedere verdere ontwikkeling. Hevige stress kan een tijdelijke verstoring teweeg brengen en dient daarom vermeden te worden. Men moet echter niet uit het oog verliezen dat stress een heel normale reactie kan zijn. Dat een werkloze bij voorbeeld wanhopig en bezorgd is en lijdt aan slapeloosheid is een volstrekt normale reactie. Zo iemand heeft misschien hulp nodig maar de symptomen zijn volstrekt normaal. Die behoren bij de situatie. De getroffene lijdt dan ook niet aan een psychische stoornis. Een vierde punt van kritiek betreft het vergroten van de individuele weerbaarheid ('competency building'). Men acht dit een waardevol doel op zich maar er is geen bewijs dat dit psychische stoornissen voorkomt. Lamb (1985) wijst er zelfs op dat verschillende onderzoekers gevonden hebben dat psychisch gestoorden net op dit punt niet te beïnvloeden zijn. Ze zijn 'educationally incompetent'. Daarin ligt precies de oorzaak van de stoornis. Verder wijst hij erop dat het vergroten van de weerbaarheid mensen meer zelfvertrouwen zal geven zodat men beter is opgewassen tegen moeilijke omstandigheden. Maar men moet zulke problemen onderscheiden van psychische stoornissen. Een ander probleem is de generaliseerbaarheid van bepaalde aangeleerde 'coping skills' (Levine 1985). In een bepaalde situatie aangeleerde 'skills' generaliseren zich niet zo maar naar allerlei situaties in het dagelijkse leven. Tevens is het de vraag of die 'skills' in alle situaties even geschikt zijn.

Het aangrijpingspunt van preventie

In het verlengde van het voorafgaande ligt de vraag of primaire preventie het individu of de maatschappelijke omstandigheden tot uitgangspunt van het werk dient te maken. Gezien de oriëntatie op een lineair causaal en medisch model kiezen de sceptici voor het individu. Hierin worden ze gesterkt door het gegeven dat de causale verbanden tussen bepaalde maatschappelijke omstandigheden en het ontstaan van psychische stoornissen uiterst dubieus zijn. Maar afgezien daarvan betwijfelt men of hulpverleners uit de geestelijke gezondheidszorg wel effectieve 'social change agents' kunnen zijn die geacht moeten worden in staat te zijn brede maatschappelijke omstandigheden te kunnen veranderen. Men is van mening dat men doorgaans niet verder komt dan dergelijke omstandigheden te signaleren en er informatie over te verstrekken. Terecht wordt door de voorstanders opgemerkt dat de aandacht voor maatschappelijke condities in de geestelijke gezondheidszorg, zeker waar het de hulpverlening betreft, steeds meer op de achtergrond is geraakt (Nuyten, Nijmeijer, Sterenborg 1985). Waar het ons land betreft is daar recentelijk nog een voorbeeld van gegeven door Reijzer (1986). Waar de bekende WHO-definitie van het begrip 'gezondheid' waarde hecht aan zowel de lichamelijke, geestelijke alsook sociale aspecten van gezondheid is in de beleidsvorming met betrekking tot de psychotherapie en de verdere definiëring van het begrip 'psychotherapie' dat sociale aspect geheel verdwenen. Toch, zo stellen de voorstanders, ligt in dat sociale aspect het belangrijkste aangrijpingspunt voor preventie. Aan de individuele problemen liggen namelijk gemeenschappelijke, collectieve problemen ten grondslag. Maar dat is niet de enige reden. Gewezen werd ook op de omvang van de problematiek. Deze is zo massaal dat individueel gerichte interventies geen zoden aan de dijk zetten (Albee 1985a). Verbetering kan alleen verwacht worden van een politiserende preventiepraktijk, gericht op de beïnvloeding van die collectieve problemen. Ter ondersteuning van dit standpunt wordt gewezen op het feit dat de verbeterde gezondheidstoestand in de westerse wereld tijdens de laatste honderd jaar vooral te danken is aan de verbeterde sociaal-economische en maatschappelijke omstandigheden. Hierdoor verbeterden onder andere de voeding, de woonomstandigheden en de hygiëne.

Uit het voorafgaande blijkt dat sceptici en voorstanders op hoofdzaken andere standpunten innemen. Ofschoon in de argumentatie beiden een beroep doen op empirische gegevens heeft de discussie een ideologische geladenheid. Dat belemmert een nuchtere en zakelijke benadering van het probleem. Om verder te komen is het van belang om over de grenzen van de eigen ideologie heen te kijken naar een pragmatisch georiënteerde aanpak. Een belangrijk onderdeel van zo'n aanpak zouden kleinschalige experimenten moeten zijn. Deze heb-

ben als doel het praktisch nut van primaire preventie aan te tonen. Ons inziens biedt de Gezondheidsvoorlichting- en Opvoeding (GVO)-benadering, zoals die op het moment in ons land ontwikkeld wordt, daarvoor goede aanknopingspunten (Spangenberg e.a. 1984; Kok 1986). Soortgelijke benaderingen zijn in de Verenigde Staten voorgesteld door Elkins (1985) en Price (z.j.).

Primaire preventie volgens een GVO-benadering

Volgens Kok (1986) is er sprake van een GVO-benadering als voldaan is aan de volgende kenmerken:

a. Men houdt zich bezig met gezondheidsproblemen (lichamelijk en/of geestelijk) waarbij het *gedrag* van de betrokkenen belangrijk is;
b. er wordt zorgvuldig gekeken naar de *oorzaken* van dat gedrag;
c. er worden pogingen gedaan om dat gedrag te *beïnvloeden* door de betrokkenen te motiveren tot ander gedrag;
d. de effecten van die beïnvloedingspogingen worden zo goed mogelijk *geëvalueerd*, zodat verbeteringen kunnen worden aangebracht.

Bij de aanpak van een gezondheidsprobleem volgens een GVO-benadering worden de volgende stappen in acht genomen: de probleemanalyse, de bepaling van de gedragsdeterminanten, de gedragsbeïnvloeding en de evaluatie.

Probleemanalyse – De eerste vraag die in het kader van een GVO-benadering gesteld wordt is: hoe belangrijk is een bepaalde psychische stoornis, en wat is de rol van het menselijke gedrag hierbij. Deze vraag impliceert op de eerste plaats dat een GVO-benadering specifieke psychische stoornissen op het oog heeft en op de tweede plaats dat het daarbij vooral gaat om gedragsfactoren als mogelijke oorzaken. Het eerste punt maakt duidelijk dat een GVO-benadering geen keuze kan maken voor het brede veld der psychische stoornissen in zijn algemeenheid. Met de sceptici wordt gekozen voor bepaalde nauwkeurig te omschrijven psychische stoornissen. Mocht na analyse blijken dat aan verschillende stoornissen één of meerdere gemeenschappelijke gedragsfactoren (bij voorbeeld stress) ten grondslag liggen, dan kunnen uiteraard die gemeenschappelijke factoren worden aangepakt. Echter, steeds dient het verband van zo'n gedragsfactor met specifieke stoornissen duidelijk te zijn.

Het tweede punt maakt duidelijk dat een GVO-aanpak alleen zin heeft als bij het ontstaan van de stoornis het gedrag een belangrijke rol speelt. Daaruit volgt dat deze benadering geen zin heeft als de oorzaken van de stoornis niet van gedragsmatige aard zijn of als dat gedrag niet beïnvloedbaar is. Dat wil uiteraard dan nog niet zeggen dat er geen primaire preventie mogelijk is. Via een andere benadering, bij

voorbeeld via wettelijke of structurele maatregelen, valt wellicht wel wat te bereiken.

Uit de in de probleemanalyse gestelde vraag wordt duidelijk dat de sociale epidemiologie hier een belangrijke rol speelt. Het is deze discipline die ons meer inzicht moet geven in enerzijds de omvang, de ernst en de mate van spontaan herstel van de psychische stoornis, en anderzijds de factoren die de stoornis veroorzaken. Met name de rol van het menselijk gedrag moet duidelijk worden.

Gedragsdiagnose – In het geval dat het gedrag een belangrijke factor blijkt te zijn in het ontstaan van de psychische stoornis, kan worden overgegaan naar de tweede stap: de gedragsdiagnose. Hierbij gaat het erom te achterhalen welke de gedragsdeterminanten zijn. Met andere woorden, er moet een antwoord worden gevonden op de vraag welke factoren het gedrag in stand houden. Kok (1986) noemt in deze drie soorten gedragsdeterminanten: de eigen attitude van de persoon, de invloed van de sociale omgeving en de mogelijkheden voor dit gedrag.

Gedragsbeïnvloeding – Wanneer de factoren die het gedrag in stand houden zorgvuldig zijn geanalyseerd, kan de vraag gesteld worden hoe dat gedrag te beïnvloeden is. Kenmerkend voor GVO is dat die gedragsbeïnvloeding tot stand komt via leerprocessen. Vandaar dat hier gesproken wordt van een 'educatieve interventie'. Voordat zo'n interventie tot stand komt dient een zorgvuldige planning ervan plaats te vinden. Hierbij wordt rekening gehouden met onder andere de keuze van de juiste methodieken, de organisatie, de keuze van bepaalde hulpmiddelen (media en folders), etc. Dit is uiteraard niet de enige mogelijkheid voor gedragsbeïnvloeding. Andere mogelijkheden zijn: wetgeving, economische maatregelen, beleidsmaatregelen. Maar dat is géén GVO.

Evaluatie – De evaluatie tracht een antwoord te geven op twee vragen, namelijk:

a. heeft het educatieve programma al of niet het beoogde resultaat bereikt?
b. waarom heeft het dat bepaalde resultaat bereikt?

Het eerste punt betreft de effectmeting. Het tweede punt is de procesevaluatie. Hiermee wordt bedoeld dat gekeken wordt naar de specifieke factoren uit het programma die verantwoordelijk moeten worden geacht voor de effecten.

Bovengeschetste benadering zal niet het definitieve antwoord kunnen geven op de vraag of psychische stoornissen te voorkomen zijn. De benadering heeft namelijk twee belangrijke beperkingen. De eerste beperking is inherent aan de benadering zelf, namelijk de beperking tot gedragsaspecten als causale factoren. De tweede beperking ligt opgesloten in de afhankelijkheid van de sociale epidemiolo-

gie. Elders is opgemerkt dat deze discipline nog sterk in ontwikkeling is, en men er derhalve nog niet al te veel van kan verwachten (Gerards 1984). Van de andere kant gaat het in de GVO-benadering om een nauwkeurig vastgestelde strategie. Vandaar dat, mits zorgvuldig toegepast, met behulp van deze strategie het antwoord op de gestelde vraag een stuk dichter bij moet kunnen worden gebracht. Kleinschalige experimenten met deze benadering lijken dan ook gerechtvaardigd.

Conclusie

De primaire preventie van psychische stoornissen blijft een omstreden vraagstuk. Tegenover elkaar staan de sceptici, zij die ernstig twijfelen aan de mogelijkheid van primaire preventie, en de voorstanders, zij die menen dat ook met de huidige kennis zinvol preventief werk kan worden gedaan. De in deze bijdrage voorgestelde GVO-benadering zou voor beide groeperingen als een compromis kunnen gelden. Dat dit voorstel in de praktijk zo zal functioneren is echter niet te verwachten. Daarvoor bevat de GVO-benadering beperkingen waarmee geen van beide groeperingen zich zal kunnen verenigen. Voor de sceptici bij voorbeeld zal het aantrekkelijk zijn dat de GVO-benadering uitgaat van duidelijk te omschrijven stoornissen. Maar als men bewezen acht dat de stoornissen vooral veroorzaakt worden door genetische en biochemische factoren zal men de GVO-benadering een volstrekt overbodige exercitie vinden. Wat de voorstanders betreft valt te verwachten dat men zich aangesproken zal voelen door de realistische pretenties van de GVO-benadering. De GVO-benadering sluit andere benaderingen namelijk niet uit. Moeilijker te accepteren is het vertrekpunt (duidelijk te omschrijven stoornissen), de beperking tot gedragsaspecten als causale factoren en de beperking tot educatieve interventies.

Literatuur

Albee, G. (1985b), Response to Drs. Lamb and Zusman. *Journal of Primary Prevention*, 5, 233-235.

Albee, G. (1985b), Response to drs. Lamb and Zusman. *Journal of Primary Prevention*, 5, 233-235.

Albee, G. (1985c), Last word. *Journal of Primary Prevention*, 5, 310-312.

American Psychiatric Association (1980), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3e dr., APA, Washington DC.

D'Augelli, A. (1985), Primary prevention: rhetoric and metaphor. *Journal of Primary Prevention*, 5, 243-250.

Bloom, M. (1985), Debate on primary prevention: a paradigmatic response. *Journal of Primary Prevention*, 5, 238-242.

Elkins, D.N. (1985), The debate on primary prevention: towards a synthesis. *Journal of Primary Prevention*, 5, 255-259.

Gerards, F.M. (1984), *Psychosociale educatie: een strategie voor preventie?* Een kritische en theoretische studie over de preventie in de AGGZ. Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht.

Gerards, F.M. (1985a), Van kwaad tot erger? De geldigheid van de continuiteitshypothese in de psychosociale preventie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 40, 243-258.

Gerards, F.M. (1985b), Antwoord. Rubriek 'Actie en Reactie'. *Maandblad-Geestelijke Volksgezondheid*, 40, 784-786.

Kok, G.J. (1986), *Gezondheidsmotivering*. GVO als wetenschapsgebied. Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht.

Lamb, H.R., (1985), The argument against primary prevention. *Journal of Primary Prevention*, 5, 220-224.

Lamb, H.R. en J. Zusman (1979), Primary prevention in perspective. *American Journal of Psychiatry*, 136, 12-17.

Levine, H. (1985), A comment on the debate on primary prevention. *Journal of Primary Prevention*, 5, 276-283.

Nuyten, C.B., B. Nijmeijer en H. Sterenborg (1985), *Maatschappijgerichte preventie*. Een voorzet voor een kritische AGGZ-preventiepraktijk. Uitgave Landelijk Ondersteuningspunt Preventie, Postbus 8400, 3503 RB Utrecht.

Nijdam, S.J., en H.G.N. Rooymans (1981), *Vorm en inhoud*. Een keuze uit de essays van H.C. Rümke. Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht.

Price, R.H. (z.j.), *Education for prevention: a short look back*. Institute for Social Research. University of Michigan.

Reijzer, H. (1986), Beroep: psychotherapeut. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 12, 70-84.

Schoenmakers, J. (1985), Van kwaad tot erger (3). Rubriek 'Actie en reactie'. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 40, 777-779.

Spangenberg, J.F.A. (1984), GVO-onderzoek: empirisch-analytisch, interpretatief of handelingsonderzoek? *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 62, 550-560.

Tuinenburg, M. (1985), Van kwaad tot erger (2). Rubriek 'Actie en reactie'. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 40, 775-777.

Zusman, J. (1985), Reaction. *Journal of Primary Prevention*, 5, 229-232.

Schrijver is klinisch pedagoog, verbonden aan de Capaciteitsgroep Gezondheidsvoorlichting en -Opvoeding, Rijksuniversiteit Limburg, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.