

Omvang, beloop en behandeling van psychische stoornissen in de praktijk van de huisarts

Een literatuuroverzicht en een pleidooi voor de ontwikkeling van een beslissingsschema op multi-axiale basis

door J. Ormel en R. Giel

Tot voor kort waren de omvang en het beloop van psychische problemen onderwerpen waarover weinig met zekerheid kon worden gesteld. Prevalentiestudies lieten door hun gebrekkige opspoorings- en identificatiemethoden daarvoor te uiteenlopende resultaten zien. Ze maakten hooguit duidelijk dat psychische stoornissen overal voorkomen, dat psychosen zeldzamer zijn dan neurotische stoornissen, en dat psychiatrische symptomen wijd onder de bevolking zijn verspreid (Arthur, 1971; De Groot, 1971; Cooper en Morgan, 1973; Romme en Bauduin, 1976; Giel, 1978). De titel 'De geestelijke verzieking' van het Nederlandse volk: slogan of realiteit', die De Groot ruim tien jaar geleden aan een kritisch artikel over psychiatrische prevalentiestudies meegaf spreekt wat dat betreft duidelijke taal.

Deze onbevredigende stand van zaken belemmerde vooral het onderzoek naar het beloop van de niet-psychotische psychische problematiek. Het merendeel van deze beelden wordt binnen de gezondheidszorg alleen door de huisarts gezien. Van alle aan hem gepresenteerde problemen bestaan de meeste uit wat men thans aanduidt als 'psychosociale problematiek'. Hij verwijst evenwel zelden iemand naar de ambulante geestelijke gezondheidszorg (Giel, 1972; Goldberg en Huxley, 1980; Lamberts en Hartman, 1982). Er blijft dus veel psychische problematiek op het niveau van de huisarts hangen. Hoeveel, met wat voor beloop en behandeling en met wat voor verschillen tussen huisartsen onderling, vormen de onderwerpen van dit artikel, waarin verder wordt betoogd hoe belangrijk het is dat een beslissingsschema wordt ontwikkeld, dat gebaseerd is op multi-axiale criteria.

Recente ontwikkelingen

In het onderzoek naar de omvang van psychische stoornissen ver-

Schrijvers zijn beide verbonden aan de afdeling Sociale Psychiatrie van de RU Groningen, respectievelijk als wetenschappelijk medewerker en als hoogleraar sociale psychiatrie. J. Ormel is socioloog en tevens werkzaam in de vakgroep Medische Sociologie.

liet men zich oorspronkelijk op het niet nader toegelichte oordeel van de deskundige, de psychiater die zonder zijn criteria aan te geven een diagnose stelde (Giel, 1983). Daarbij werd, zonder dat dit werd uitgesproken, verondersteld dat hij constant bleef in zijn wijze van oordelen. Omdat men met behulp van de psychiater slechts beperkte populaties of steekproeven daaruit kon onderzoeken, nam men vervolgens zijn toevlucht tot lijsten van klachten en symptomen, waarop de respondent een bepaalde score kon halen die slechts zijn positie aangaf op een algemene dimensie: psychiatrisch ziek $\longleftrightarrow$ gezond. Beide methodieken leverden sterk uiteenlopende schattingen op van de prevalentie van psychische stoornissen (De Groot, 1971; Cooper en Morgan, 1978). De laatste jaren richt de aandacht zich weer op afzonderlijke psychiatrische stoornissen. Maar ditmaal met behulp van gestandaardiseerde onderzoekprocedures, die op hun betrouwbaarheid zijn en worden onderzocht, en die uitlopen op een diagnostische classificatie met behulp van omschreven criteria. De beslissing tussen al dan niet aanwezige psychische stoornissen blijft weliswaar tot op zekere hoogte willekeurig, maar de willekeur is nauwkeurig omschreven en door anderen op dezelfde manier toe te passen. De prevalentieschattingen met behulp van deze gestandaardiseerde werkwijze geven dan ook een consistent beeld te zien dan de vroegere onderzoeksmethodieken (Wing et al, 1981).

Het is verder goed om te beseffen dat een psychische stoornis of ziekte niet meer als een bestaand ding of een eenheid wordt gezien, maar als een proces en als een theoretisch concept dat qua inhoud kan veranderen naarmate onze kennis verandert.

De tweede ontwikkeling betreft de multi-axiale classificatie van psychiatrische morbiditeit, dat wil zeggen een classificatie op meer dimensies of variabelen dan alleen de symptomatische of syndromale. Het idee van de multi-axiale classificatie is niet nieuw. Zo stelden Essen-Möller reeds in 1947 een classificatie voor met de volgende dimensies: persoonlijkheidstypering, op symptomen gebaseerde diagnose, en etiologie. Op het gebied van de kinderpsychiatrie werd in WHO-verband en onder leiding van Rutter (1969) een vierdimensionele classificatie ontwikkeld en beproefd, die bestond uit: (1) het symptomenbeeld, (2) het ontwikkelingsniveau, (3) lichamelijke aandoeningen en (4) psychosociale factoren. Van meer recente datum is de classificatie van Strauss (1975). Hij stelde dat een 'comprehensive diagnostic system should include the following five components: (1) a symptom diagnosis, (2) circumstances associated with the symptoms, (3) previous duration and course of symptoms, (4) quality of personal relationships, and (5) level of workfunction. Geen van deze classificaties heeft echter op grote schaal navolging gevonden, al heeft de indeling van Strauss een rol gespeeld bij de ontwikkeling van de derde versie van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III) (APA, 1980; Ree et al, 1982). Het meest opvallende van deze classificatie is naast zijn meerassig karakter, de andere benaming van de neurosen en de vermelding van expliciete criteria. De assen zijn de volgende:

1. klinische syndromen;
2. persoonlijkheids- en ontwikkelingsstoornissen;
3. lichamelijke ziekten;
4. psychosociale stressoren (ernst en type); en
5. het sociale functioneren (niveau en levensterreinen).

Een groot voordeel van multi-axiale classificatie is dat deze rekening houdt met het feit dat naast de psychopathologie ook andere dimensies betekenis hebben voor het beloop en de behandeling (Goldberg en Huxley, 1980; Wing et al, 1981). Zij geeft bovendien aan dat de zorg voor de patiënt niet beperkt hoeft te blijven tot de bestrijding van psychopathologie, maar zich ook op het sociale functioneren kan richten.

De derde ontwikkeling betreft het beschikbaar komen van de resultaten van recente, op multi-axiale geest geschoeide studies naar het beloop en de determinanten ervan, die de geringe prognostische waarde van een eenassige diagnose nog eens bevestigen.

Omvang van de psychische problematiek

Slechts een klein deel van de mensen met psychische problematiek komt in het psychiatrisch ziekenhuis terecht. Vaak hebben zij reeds eerder contact gehad met hun huisarts en de ambulante geestelijke gezondheidszorg (AGGZ). Anderen daarentegen raadplegen geen enkele professionele hulpverlener of komen niet verder dan de huisarts.

Er is dus sprake van een selectieproces met als gevolg dat de psychiatrische morbiditeit op verschillende niveaus kan worden bestudeerd. Filters bepalen wie wel en wie niet op een hoger niveau doordringen. Goldberg and Huxley (1980) onderscheiden de volgende 5 niveaus met hun bijbehorende 4 filters.

Niveau 1 is dat van de psychiatrische morbiditeit in de gemeenschap. De prevalentie is op vele plaatsen ter wereld onderzocht, met als indruk dat de gebruikelijke ziektebeelden overal voorkomen. Er bestaat echter vrijwel geen onderzoek naar de incidentie van psychische stoornissen in de gemeenschap. *Niveau 2* omvat de psychiatrische morbiditeit onder patiënten die de eerstelijns gezondheidszorg bezoeken, los van het al of niet herkend zijn van hun stoornis door de huisarts. Omdat de beschikbaarheid van voorzieningen sterk meetelt, heeft de bepaling van de prevalentie op dit niveau weinig betekenis. De incidentie is echter op verschillende plaatsen onderzocht en suggereert dat die in de ontwikkelingslanden niet veel afwijkt van die in de westerse landen (Giel e.a. 1969; 1972; 1981; Harding et al, 1980). *Filter 1* zit tussen de niveaus 1 en 2 in en wordt vooral bepaald door het ziektegedrag van de patiënten, dat wil zeggen:

- de factoren die van invloed zijn op hun interpretatie van onwelbevinden;
- de toetsing van hun toestand in hun directe omgeving, die doorgaans vooraf zal gaan aan hun beslissing om een dokter te raadplegen; en

Tabel 1: De jaarlijkse prevalentie van psychische problematiek per niveau in het selectiemodel van Goldberg en Huxley (1980); per 1000 van de bevolking van 15 jaar en ouder (1)

	<i>Niveau 1</i> (bevolking)	<i>Niveau 2</i> (totaal bij huisarts)	<i>Niveau 3</i> (herkend door huisarts)	<i>Niveau 4</i> (totale GGZ)	<i>Niveau 5</i> (intra-mura- le GGZ)
Jaarlijkse prevalenties = jaarlijkse incidentie plus point-prevalentie					
Nederland	175-260	155-240	155	26-27	8-10
Engeland	250	230	140	17	6
Slutelfiguur in het filter	<i>Filter 1</i> Patiënt		<i>Filter 2</i> Huisarts	<i>Filter 3</i> Huisarts	<i>Filter 4</i> Psychiater
Karakteristiek van het filter	Ziektegedrag	Herkenning stoornis	Beslissings- gedrag	Beslissings- gedrag	

(1) Zie voor toelichting: de tekst en noot 1

- de daaropvolgende stappen bij de dokter die nodig zijn om het aannemen van de ziekenrol gewettigd te krijgen.

Niveau 3 is dat van de door de eerstelijns geneeskundige herkende psychiatrische morbiditeit. De incidentie op niveau 3 is op verschillende plaatsen onderzocht (Goldberg and Huxley, 1980) en loopt sterk uiteen door de ongelijke werking van het *tweede filter*. De doorlaatbaarheid van dit filter wordt bepaald door de houding, kennis en beslissingen van de huisarts bij de herkenning van psychische stoornissen. We zouden dit kunnen samenvatten als het beslissingsgedrag van de geneeskundige. In onze maatschappij zijn het eerste en het tweede filter tamelijk doorgankelijk, zodat de verschillen in de psychiatrische morbiditeit tussen niveaus 1, 2 en 3 betrekkelijk klein zullen zijn. In de ontwikkelingslanden blijkt het filter tussen niveaus 1 en 2 mee te vallen, maar is de doorgankelijkheid van het tweede filter vrijwel nihil, behalve voor de manifeste psychosen (Hardinge a., 1980; Giele a., 1981). *Filter 3* is een ander aspect van het beslissingsgedrag van de huisarts en bestaat uit zijn houding, kennis, vaardigheid en beslissingen, die zijn verwijzingen naar de specialist bepalen. *Niveau 4*, de patiëntenpopulatie van de ambulante of poliklinische psychiatrische voorzieningen, wordt niet uitsluitend maar toch voor een belangrijk deel door filter 3 bepaald. Er bestaan internationaal natuurlijk grote verschillen in de beschikbaarheid van voorzieningen, en alleen al daardoor in de prevalentie en incidentie. Metingen en de onderlinge vergelijking van de psychiatrische morbiditeit op dit niveau in de verschillende ontwikkelde landen hebben zin, omdat deze meestal goed voorzien zijn van poliklinische psychiatrische instellingen. Maar in de derde wereld tellen ze nauwelijks mee. Afhankelijk van bijvoorbeeld het verzekeringssysteem van een land, kan het vierde niveau ten dele buiten de eerste lijn om gevuld worden, dus zonder de derde filter te passeren. *Filter 4* is de toegang tot *niveau 5*, dat van de intramurale psychiatrische morbiditeit. De laatste wordt bepaald door de beschikbaarheid van voorzieningen, opnameprocedures, therapeutische mogelijkheden en vooral ook door de aanwezigheid en attitudes van verwijzers. Prevalentiecijfers op niveau 5 zijn veelal wel beschikbaar. Gezien de geringe waarde van een dagtelling bij poliklinische voorzieningen, ontbreekt het ons aan zinvolle 'point'-prevalentiecijfers op niveau 4. Betrouwbare gegevens over de incidentie op niveau 4 en 5 zijn evenmin ruimschoots aanwezig, vanwege de dubbeltelling van mensen die meermalen in een jaar worden opgenomen. Dit vereist een speciale registratie van de nieuwe gevallen. De daarvoor geschikte psychiatrische patiëntenregisters zijn maar op enkele plaatsen in de wereld aanwezig (Ten Horn, 1982).

In tabel 1 zijn de jaar-prevalenties op de diverse niveaus weergegeven. De eerste rij geeft onze schatting weer, en de tweede die van Goldberg en Huxley voor de Anglo-Amerikaanse situatie. De cijfers hebben betrekking op de bevolking van 15 jaar en ouder en op alle psychiatrische beelden, dus inclusief verslaving en dementie. Zoals gebruikelijk is zwakzinnigheid niet inbegrepen. De be-

langrijkste bronnen zijn het onderzoek van Giel in Stolwijk (1969, 1972), de bevindingen van het monitoring project (Lamberts en Hartman, 1982a en b), de resultaten van het Noordelijk Register Geestelijke Volksgezondheid (Giel en Ten Horn, 1976 en 1982; Ten Horn, 1982) en de registratiegegevens van het Nationaal Centrum voor de Geestelijke Volksgezondheid (NCGV, 1981). Met behulp van correcties en schattingen zijn wij tot deze cijfers voor Nederland gekomen (zie noot 1 voor de procedure). Vooral de jaarlijkse prevalentieschattingen op het eerste en het tweede niveau zijn op wankel fundamente opgetrokken.

De meest opvallende aspecten van de jaar-prevalentiecijfers zijn de volgende:

1. Het geringe percentage personen dat wel psychische problemen had maar daarmee niet de huisarts consulteerde. Deze grote doorlaatbaarheid van het eerste filter is ook in verschillende andere onderzoeken aangetoond (Shephard, 1974; Hesbacher et al, 1980; Cassata et al, 1981; Langsley, 1982).
2. Het grote aantal dat in de eerste lijn blijft hangen ten gevolge van de minimale doorlaatbaarheid van het derde filter, dat ligt tussen de 1e- en 2e-lijns gezondheidszorg. Op basis van Lamberts en Hartmans gegevens berekenden we dat ongeveer 19% van alle contacten met de huisarts plaatsvindt naar aanleiding van een psychische stoornis. Het feit dat huisartsen weinig naar de (A)GGZ verwijzen, blijkt ook uit andere onderzoeken dan dat waarop tabel 1 is gebaseerd (Shephard et al, 1966; Verhaak, 1979; Goldberg and Huxley, 1980; Lamberts en Hartman, 1982).
3. Het relatief grote aantal gevallen waarbij de huisarts geen psychiatrie morbiditeit herkent in vergelijking tot onderzoek met behulp van een screeningstest en een gestandaardiseerd klinisch interview. Ook dit is een gegeven dat herhaaldelijk is aangetoond (Goldberg et al, 1979). Nederlandse gegevens over de niet herkende psychische morbiditeit zijn met uitzondering van Giel's studie niet voorhanden. In zijn studie viel het met die herkenning nogal mee.

Voor welke psychische problematiek wordt de huisarts geconsulteerd, of anders geformuleerd, hoe is de psychiatrie morbiditeit op het 2e en 3e niveau samengesteld? De door Goldberg and Huxley (1980) besproken studies wijzen uit dat slechts een kwart de huisarts raadpleegt met uitsluitend psychische problematiek. De grote meerderheid presenteert zowel lichamelijke als psychische klachten, waarbij spanning, piekeren, vermoeidheid, hoofd- en rugpijn, lusteloosheid en slaapproblemen wel de belangrijkste zijn. Deze klachten komen tot uitdrukking in de gestelde diagnosen van het monitoring project, waarin angstige, depressieve en hypochondrische beelden voorop staan. Tabel 2 geeft een nauwkeurig beeld van de psychische problematiek zoals deze door de deelnemers van dat project in kaart is gebracht (Lamberts en Hartman, 1982b).

Tabel 2: De onderverdeling van psychische problematiek per 1000 ingeschreven patiënten per jaar (bewerking van tabel 5 van Lamberts en Hartman (1982) (N = 16.863)

ICHPPC-2	incidentie per jaar per/1000 (1)	minimale prevalentie per/1000 (2)	maximale prevalentie per/1000 (2)
• Psychosis 067, 068, 069, 390, 391	2.2	2.5	4.0
• Anxiety disorder 070	28.1	28.9	32.6
• Depressive disorder 072, 389	15.2	18.3	20.9
• Other neurosis (hypochondria, neurasthenia, surmenage) 071, 392, 393	72.0	86.4	104.4
• Sleep disorder 075	15.0	27.5	30.3
• Transient situational distur- bance 077	21.1	16.9	18.8
• Alcohol, tobacco or drug abuse 080, 081, 082, 083	15.9	18.0	20.1
• Rest group (learning disturbance, psychalgia, sexual problem, perso- nality disorder, enuresis, stammer, habit spasms etc.) 074, 076, 078, 079, 084, 085, 086, 386, 387, 388	12.6	14.0	18.0
Totaal (3)	182.1	212.5	249.1

- (1) Betreft het tweede registratiejaar
- (2) De minimale prevalentie is uitsluitend gebaseerd op de categorie 'zekere diagnosen'. De maximale prevalentie omvat onder andere ook de 'onzekere diagnosen'. Beide zijn gebaseerd op het eerste registratiejaar.
- (3) Het totaal is t.g.v. meer dan een diagnose bij dezelfde persoon groter dan de incidentie en prevalentie op basis van personen.

Tot slot nog enkele opmerkingen over de prevalentie in de gemeenschap. De schatting van Goldberg en Huxley steunt vooral op onderzoek met behulp van de General Health Questionnaire (GHQ) (Goldberg, 1972 en 1978). Dit is een screeningsinstrument dat bestaat uit een zestigtal vragen, die door de betrokkenen zelf beantwoord worden. Hoe hoger iemands score, des te waarschijnlijker is het dat hij een klinisch significante psychische stoornis heeft. De specificiteit en de sensitiviteit schommelen rond .85, afhankelijk van de score waarop men dichotomiseert (Goldberg, 1978). Waar het bij dergelijke 'case identification' instrumenten vooral om gaat is het concept van wie nog net wel een psychische stoornis heeft versus wie niet. Het concept van een 'case' in de valideringsstudies van de GHQ 'had regard to a degree of psycholo-

gical disorder which was just clinically significant in relation to a patient's visit to his practitioner'. Het criterium was dus het psychiatrische symptomenbeeld dat iemand ertoe bracht de hulp van zijn huisarts in te roepen. Dergelijke beelden bestaan voor een belangrijk deel uit zeer tijdelijke symptomatologie.

Het is dan ook niet verwonderlijk dat prevalentiestudies die met andere, meer specialistische case-concepties werken, tot lagere schattingen komen dan met behulp van de GHQ. Terwijl de met de GHQ gemeten point-prevalentie van psychische stoornissen onder de bevolking van 15 jaar en ouder in de Angelsaksische landen rond 150 per 1000 van de bevolking schommelt (Goldberg and Huxley, 1980), liggen de schattingen met behulp van de Present State Examination (PSE) doorgaans enkele tientallen lager (zie tabel 3). De PSE, ontwikkeld door Wing et al (1974), is een gestructureerd psychiatrisch interview met nauwkeurig omschreven regels ter vaststelling van wie wel en wie niet een psychiatrische stoornis heeft. Het instrument is gevalideerd bij patiënten die wegens een psychiatrische stoornis waren opgenomen of poliklinisch werden behandeld. Het 'case-concept' is dus wat klinischer en restrictiever dan dat van de GHQ.

Zowel de GHQ als de PSE screenen niet expliciet op alcoholisme, organische beelden zoals dementie, en persoonlijkheidsstoornissen. De omvang van deze beelden is ongeveer de helft à een derde van de point-prevalentie van de door de PSE en GHQ gemeten functionele psychiatrische beelden die vooral bestaan uit stemmingsstoornissen (Weisman et al, 1978; Dilling, 1979; Hinterhuber, 1982).

Het beloop van de niet-psychotische stoornissen

Het natuurlijk beloop van aan de eerste lijn gepresenteerde psychische problemen is zelden of nooit onderzocht. Vrijwel alle studies naar het beloop van niet-psychotische affectieve stoornissen zijn gebaseerd op meer of minder intensief behandelde morbiditeit. Hoewel de resultaten geen uniform beeld laten zien, zijn er wel enkele globale conclusies aan te verbinden (Giel, 1965; Greer and Cawley, 1966; Kedward, 1969; Goldberg and Blackwell, 1970; Clancy, 1976; Huxley et al, 1979; Goldberg and Huxley, 1980; Mann et al, 1981). Nieuwe gevallen of gevallen waarbij de klachten van recente datum zijn hebben doorgaans een vrij gunstig beloop. Echter bij personen die al vaker psychische problemen hadden of bij wie de klachten al een tijd speelden, belooft het beeld aanmerkelijk minder gunstig.

Hoe gunstig respectievelijk ongunstig de prognose van beide groepen precies is, is een vraag waarover de meningen nogal uiteenlopen, vooral in ouder onderzoek. Deze variatie is ten dele het gevolg van ongelijke en onvoldoende geëxpliciteerde criteria voor de vaststelling van nieuwe gevallen. Zo kwamen Harvey-Smith en Cooper (1970) op grond van een follow-up studie van 3 jaar bij 168 psychiatrische patiënten en een gezonde controlegroep van 139

Tabel 3: Prevalentiecijfers per 1000 van de bevolking 'at risk', voor enkele aselechte steekproeven uit de bevolking (alleen recente studies die de PSE gebruikten)

	Steekproef	Leeftijdsgroep		Cijfers per 1000
		mannen	vrouwen	
1) maandelijks prevalence	Henderson et al (1979)	756	18+	90
	Canberra Australië	70	110	
2) maandelijks prevalence	Bebbington et al (1981)	800	18-65	109
	Camberwell Engeland	61	149	
3) jaarlijks prevalence	Brown en Harris (1978) (1)	154	18+	-
	North Uist Schotland	-	120	
4) drie maandelijks prevalence	Brown en Harris (1978) (1)	458	18-65	-
	Camberwell Engeland	-	150	

(1) Brown, G. W. en T. Harris (1978), Social origins of depression, Tavistock Publications, London.

personen tot de volgende schattingen voor een standaardpopulatie van 1000 personen:

1. per jaar melden zich ongeveer 50 nieuwe gevallen, terwijl er op elk tijdstip ongeveer 160 min of meer chronische patiënten deel uitmaken van de standaardpopulatie;
2. ongeveer 75% van de nieuwe gevallen is na een jaar sterk verbeterd tegenover slechts 8% van de chronische populatie;
3. ongeveer 13% van de nieuwe gevallen gaat deel uitmaken van de chronische categorie.

Kedward (1969) onderzocht een groep van 445 personen met psychische problematiek, drie jaar nadat zij bij een bevolkingsonderzoek als zodanig waren geïdentificeerd. Hij vond een aanmerkelijk hoger percentage herstel onder de chronische gevallen dan Harvey-Smith en Cooper, namelijk 46%. Het tijdelijke karakter van veel aan de huisarts gepresenteerde psychische morbiditeit blijkt ook uit een onderzoek van Thomas (1974), een huisarts. Hij analyseerde bijna 4000 opeenvolgende consulten. Drieënveertig procent kwam met een complex van lichamelijke en emotionele klachten, waarop Thomas geen duidelijke diagnose kon stellen. Hij luisterde naar hun problematiek, onderzocht hen lichamelijk, stelde hen vervolgens gerust en vroeg hen na een of twee weken terug te komen als het niet beter ging. Ze kregen bovendien vaak een farmacologisch inactief placebo. De meerderheid (72%) kwam niet terug. Bij de follow-up bleek dat slechts 11% van deze groep niet weer had geconsulteerd, hoewel het hun niet beter ging.

Nemen we de resultaten van de twee belangrijkste recente onderzoeken te zamen, dan kunnen we het volgende stellen: een derde van een willekeurige selectie huisarts-patiënten met psychische problematiek herstelt binnen een jaar, iets minder dan de helft verbetert enigszins, terwijl een vijfde niet verbetert of zelfs verslechtert (Huxley et al, 1979; Mann et al, 1981).

In hoeverre stemmen de conclusies van deze follow-up studies overeen met de resultaten van bevolkingsonderzoek? In de studie van Bebbington e.a. (1981) bij een steekproef van 800 personen van 18 tot 65 jaar uit het Londense Camberwell district was een maand na het eerste interview de helft van de ontdekte 108 gevallen sterk verbeterd. Het herstel betrof vooral mensen bij wie de symptomen betrekkelijk kort voor het eerste interview de kop hadden opgestoken. In het eveneens al genoemde onderzoek van Henderson e.a. (1981) hadden vier maanden later 40 van de 62 personen een aanmerkelijk lagere GHQ-score. Nog eens acht maanden later bleek dit ook bij 14 van de nog resterende mensen het geval te zijn, zodat na twaalf maanden slechts 8 van de 62 personen een hoge GHQ-score overhielden. In een studie van Weisman en Myers (1978) bij ruim 500 personen was 38% van de mensen die tijdens het eerste interview boven de kritieke grens van een vragenlijst naar depressie scoorden, twee jaar later niet verbeterd. Van degenen die de eerste keer beneden de grens zaten (82%), scoorde 11% de tweede keer erboven. Naast de genoemde studies zijn er nog andere waarin uitsluitend correlaties werden gepresenteerd tussen ie-

mandscore op een vragenlijst naar psychische klachten op twee of meerdere tijdstippen (Warheit, 1979; Holohan and Moos, 1981; Ormel, 1980). Deze correlaties variëren tussen .50 en .70, over een periode van één tot drie jaar.

Nederlandse gegevens over het beloop van aan de huisarts gepresenteerde psychische morbiditeit zijn er op enkele uitzonderingen na niet (Giel et al, 1978; Gewone ziekten, 1980; Lamberts en Hartman, 1982a en b; Verhaak, 1979). In het eerstgenoemde onderzoek bleek vijf jaar later ongeveer tweederde van de oorspronkelijke patiënten hersteld te zijn. In het 'monitoring project' presenteerde in het eerste registratiejaar 14% van de 16.863 ingeschreven patiënten psychische problemen; 43% van die groep sprak daarover ook in het tweede jaar nog met zijn huisarts. Van degenen die in het eerste jaar geen psychische problemen aanboden, deed 11% dit in het tweede jaar wel. Hoewel de auteurs wel de incidentie van psychische problemen in het eerste jaar vermeldden, gaven zij geen informatie waaruit bekend kan worden welk deel van de mensen met nieuwe problemen er ook in het tweede jaar nog met hun huisarts over spraken. We weten dus niet wie van degenen die zowel in het eerste als tweede jaar met hun huisarts over hun psychische problematiek spraken, nieuwe dan wel chronische gevallen waren. Als we aannemen dat het verschil tussen de incidentie en de prevalentie in het 1e jaar volledig uit chronische gevallen bestaat die ook in het tweede jaar weer consulteren, dan vinden we dat 27% van de personen met nieuwe psychische problemen in het eerste jaar hun huisarts ook nog in het tweede jaar voor dit psychische probleem raadplegen. Nemen we verder aan dat 'geen consult meer' inhoudt dat de problematiek grotendeels is verdwenen, dan is het herstelpercentage over gemiddeld een jaar 73%. Dit komt aardig overeen met buitenlandse bevindingen.

De indruk die al deze studies achterlaten is enerzijds dat de meerderheid van de nieuwe psychische problemen een betrekkelijk kort leven is beschoren. Anderzijds is er een kleine groep, van ongeveer 25%, bij wie de problematiek een tamelijk chronisch verloop gaat vertonen.

De determinanten van het beloop

Er zijn aanwijzingen dat het beloop van de psychische problematiek die de huisarts niet herkend heeft, op de lange termijn globaal hetzelfde is als dat van de wel herkende (Goldberg en Blackwell, 1970). Toch lijkt herkenning, bijvoorbeeld doordat de huisarts door de onderzoeker is ingelicht, een gunstig effect te hebben op het beloop van de andere niet herkende beelden, vooral op korte termijn.

Onderzoek naar de determinanten van het beloop van psychische stoornissen heeft een zestal factoren aan het licht gebracht dat te zamen in belangrijke mate (50 à 70%) de afloop bepaalt (Cooper et al, 1969; Giel et al, 1978; Huxley et al, 1979; Mann et al, 1981). Het zijn gedeeltelijk dezelfde factoren als Querido (1959) in zijn onder-

zoek naar het beloop van lichamelijke ziekten wist te identificeren. Het gaat om de volgende zes factoren:

1. de klinische ernst van de psychische stoornis;
2. het al eerder voorkomen van overeenkomstige klachten;
3. belastende sociale en/of materiële omstandigheden;
4. persoonlijkheidsfactoren zoals emotionele labiliteit;
5. de aanwezigheid van een materieel en emotioneel ondersteunend netwerk;
6. de aanwezigheid van lichamelijke pathologie.

De ernst van de stoornis is in tegenstelling tot de (eenassige) psychopathologische diagnose een belangrijke voorspeller van het beloop. In het follow-up onderzoek van Huxley et al (1979) bij 52 patiënten met stemmingsstoornissen verklaarde de ernst, onder andere gemeten via de mate van concentratieverlies, het aantal symptomen en de intensiteit van angstgevoelens, ongeveer een kwart van de duur. Een iets grotere invloed van de ernst van de psychopathologie vonden Mann et al (1981) in hun studie naar het beloop over 12 maanden bij 100 psychiatrische huisartspatiënten. Zij gaven echter niet aan hoe zij de ernst hadden vastgelegd.

Het belang van de als tweede genoemde determinant van het beloop, het al dan niet chronische karakter van de psychopathologie, is reeds in de vorige paragraaf besproken. Methodologisch is dit een merkwaardige factor, omdat het juist gaat om de vraag wat een nieuw geval tot een chronische patiënt maakt. Het ligt voor de hand om te veronderstellen dat de factoren ernst, belasting, steun en persoonlijkheid een causale rol spelen en zodoende bepalen of een nieuw geval een chronisch karakter krijgt, terwijl het chronisch karakter voornamelijk een voorspellende waarde heeft. De geldigheid van deze veronderstelling kan niet worden vastgesteld, omdat de criteria ter bepaling van wat een nieuwe stoornis is en wat niet lang niet altijd zijn geëxpliciteerd en bovendien vaak willekeurig werden toegepast. We weten daarom niet wat de precieze predictieve betekenis is van de determinanten ernst, belasting, steun en persoonlijkheid voor nieuwe en chronische problematiek afzonderlijk.

Er is herhaaldelijk een verband aangetoond tussen iemands sociale en materiële omstandigheden enerzijds en het beloop van de psychopathologie anderzijds. Wat betreft materiële omstandigheden zoals de woonsituatie en de financiën, zijn er genoeg aanwijzingen dat hun verband causaal mag worden geïnterpreteerd. Dit geldt echter niet voor de overigens sterke samenhang tussen iemands psychopathologie en zijn sociale functioneren thuis en op het werk (Giel et al, 1978). Het is namelijk onduidelijk in hoeverre het een en ander voorafgaat. Gebrek aan sociaal-emotionele steun in iemands naaste omgeving en de aanwezigheid van sociale problemen zoals ziekte van de partner, een inwonende gehandicapte ouder of een aan drugs verslaafd kind, lijken de prognose te verslechteren (Sartorius et al, 1977; Giel et al, 1978; Huxley et al, 1979, Ormel, 1980; Holahan and Moos, 1981; Mann et al, 1981; Surtees et al, 1981). Ook zijn er aanwijzingen dat verbeteringen in materiële en sociale

omstandigheden tijdens het beloop het herstel bespoedigen. Een van deze aanwijzingen leverde de studie van Tennant e.a. (1981) op. Zij gingen bij ruim 100 personen die tijdens een bevolkingsonderzoek met de PSE een psychische stoornis vertoonden ($PSE-ID \geq 5$) na, in hoeverre zogenaamde 'neutralizing life events' het herstel bevorderden. Zo'n gebeurtenis omschreven zij als elk voorval dat in belangrijke mate het einde betekende van een bestaand sociaal of materieel probleem. Bij de follow-up, een maand later, was ongeveer de helft er aanzienlijk beter aan toe. Het herstel kon voor 30% worden toegeschreven aan het optreden van zo'n gebeurtenis in de tussenliggende maand.

Hoewel er vrij veel onderzoek is gedaan naar de rol van persoonlijkheidsfactoren bij het ontstaan van psychische stoornissen, met doorgaans positieve bevindingen, zijn er weinig studies waarin de invloed van persoonlijkheidskenmerken op het beloop op systematische wijze is bestudeerd. Deze op het beloop gerichte studies komen overigens niet tot eensluidende conclusies, wat voor een deel kan worden toegeschreven aan de wijze waarop iemands persoonlijkheid is gemeten (Cooper et al, 1969; Murphy, 1976; Ormel, 1980; Henderson et al, 1981; Mann et al, 1981). Zo vonden Mann e.a. in tegenstelling tot de meeste andere onderzoekers geen relatie tussen herstel en persoonlijkheidsafwijkingen. Wel bleken persoonlijkheidskenmerken zwak te discrimineren tussen personen bij wie de psychopathologie de gehele periode van de follow-up aanwezig was en anderen die herstelden of een wisselend beloop te zien gaven. Neuroticisme lijkt een belangrijke rol te spelen. Het is echter onduidelijk of dit persoonlijkheidskenmerk het herstel direct vertraagt dan wel het positieve effect van andere factoren afzwakt, en daardoor vaak wordt aangetroffen bij personen met langdurige psychische problematiek (Ormel, 1980; Henderson et al, 1981).

Het feit dat er weinig aandacht is besteed aan de invloed van de persoonlijkheid bij psychische problematiek op het niveau van de huisarts, heeft te maken met twee formidabele problemen. Het eerste betreft het al dan niet bestaan en kunnen meten van persoonlijkheidskenmerken die ook daadwerkelijk predictieve waarde bezitten voor iemands gedrag (Mischel, 1968; Epstein, 1977). Daarnaast speelt het probleem van de vertekening van de persoonlijkheidsmeting door de psychiatrische toestand waarin de betrokkene verkeert (Ormel, 1980 en 1983). Sommigen zoals Mann et al (1981) omzeilen dit probleem door hun persoonlijkheidsbeoordeling te baseren op informatie van iemand die de patiënt goed kent. Deze benadering brengt evenwel weer andere validiteitsproblemen met zich mee.

De relatie tussen psychische en lichamelijke pathologie vertoont hetzelfde beeld als die tussen psychische problematiek en het sociaal functioneren. Ze gaan vaak hand in hand (Eastwood, 1975), maar of ze beide de resultante zijn van een en hetzelfde proces, of dat de een aan de ander voorafgaat, is niet bekend. Sommigen menen dat psychische problematiek de lichamelijke weerstand

erodeert, waardoor de kans op ziekteverschijnselen toeneemt en het vermogen om hiermee zonder hulp om te gaan, afneemt (Hankin en Shapiro, 1979). Mechanic (1977) daarentegen interpreteert de overmaat aan medische consumptie van psychiatrische huisarts-patiënten als ziektegedrag. Men presenteert liever lichamelijke dan psychische klachten, ook al weet men dat het om een psychologisch probleem gaat. Naarmate dit meer onbewust gebeurt en naarmate de arts het versterkt door uitsluitend aandacht aan de lichamelijke pathologie te besteden, spreekt men van somatisering. Er is eveneens steun gevonden voor de hypothese dat lichamelijke en psychische pathologie ten dele een gemeenschappelijke oorzaak hebben, namelijk stress ten gevolge van bedreigende en/of veel aanpassing vergende veranderingen in iemands levensomstandigheden (Ormel, 1980; Murphy en Brown, 1980). De andere mogelijkheid, dat lichamelijke ziekte de kans op psychische morbiditeit vergroot, heeft vrijwel geen aandacht gekregen. Prospectief onderzoek naar deze vraag kon niet worden gevonden.

Hoewel onze bespreking van het beloop beperkt moet blijven tot de beelden die de huisarts behandelt, willen we tot slot enkele opmerkingen maken over de invloed van (psycho-)therapie door een aan de eerste lijn verbonden psycholoog. Over het nut van uitbreiding van de eerste lijn met een psycholoog zijn felle discussies gevoerd (zie NHI, 1982). Er is echter weinig onderzoek gedaan naar de effecten van kortdurende behandeling door de '1e-lijns' psycholoog. Een uitzondering is het 'Speech-project' (Verhaak, 1979). Hij rapporteerde dat de betrokken huisartsen zelf vonden dat zij voor hun behandeling van 'probleempatiënten' veel aan de psycholoog hadden gehad. Ook de psycholoog had de indruk dat zijn therapieën vaak effectief waren geweest, een indruk die ondersteund werd door de resultaten van de 'Goal Attainment Scale'. Kijken we echter naar het psychopharmacagebruik en de frequentie waarmee de huisarts werd geconsulteerd dan is het beeld minder positief. De feiten betreffende het psychopharmacagebruik en de huisartsaspecten spreken weliswaar de subjectieve indrukken niet tegen, maar ze kunnen deze echter ook niet bevestigen. De verwijzing naar de psycholoog vond plaats op het moment dat het toch al hoge niveau van psychopharmacagebruik en huisartsbezoek sterk aan het toenemen was. Na de behandeling door de psycholoog daalde het niveau weliswaar naar dat van voor de stijging, alwaar het zich stabiliseerde, maar het zakte niet verder tot het niveau van de gehele praktijk. Vanwege de afwezigheid van een geschikte controlegroep kunnen deze bevindingen niet ten gunste of ten ongunste worden geïnterpreteerd. Het is immers mogelijk dat zij zonder behandeling door de psycholoog veel langer op het sterk verhoogde niveau van consumptie waren gebleven, of zelfs hadden moeten worden opgenomen. Met soortgelijke problemen kampte ook het evaluatie-onderzoek van Huygen (1976) naar gezinstherapie in de 1e lijn. Hij vond overigens duidelijker aanwijzingen voor een heilzaam effect dan Verhaak (1979) deed.

Verschillen tussen huisartsen in de herkenning en behandeling

Hoewel de gegevens over de jaarlijkse prevalentie van psychiatrische morbiditeit tamelijk consistent zijn – het merendeel schommelt tussen 17 en 25% van een reeks opeenvolgende raadplegers – bestaan er grote verschillen tussen huisartsen in de door hen herkenbare morbiditeit (Goldberg en Huxley, 1980; Lamberts en Hartman, 1982a en b; Sanavro, 1982). Goldberg bespreekt een vijftal studies waarbij in totaal ruim 300 artsen waren betrokken. De spreiding in de herkenning was indrukwekkend. Sommige artsen meenden dat bij 80% van hun patiënten psychische problematiek een rol speelde, maar anderen kwamen niet hoger dan enkele procenten. De Nederlandse situatie lijkt hiervan in gunstige zin af te wijken. De huisarts met de laagste jaarlijkse prevalentie van psychische problemen in het monitoring project lag slechts 5% onder het gemiddelde (14%) terwijl de hoogste prevalentie 21% bedroeg. Dit betekent echter niet dat de Nederlandse huisartsen dezelfde diagnoses stellen (Lamberts en Hartman, 1982a). Integendeel, de deelnemers van het monitoring project verschilden aanzienlijk in de frequentie waarmee bepaalde psychiatrische diagnoses werden gesteld (Lamberts en Hartman, 1982b). Men zou kunnen zeggen dat de deelnemers van het monitoring project wel een tamelijk gelijke opvatting huldigen over wie wel en wie niet psychische problemen had – in tegenstelling tot de Engelse en Amerikaanse artsen – maar dat zij uiteenlopende criteria hanteerden bij de toekenning van specifieke diagnoses.

Huisartsen verschillen eveneens aanzienlijk in hun behandeling van psychische problematiek (Goldberg en Huxley, 1980; NIMH, 1979; Lamberts 1982b en c). De Engelse en Amerikaanse studies wijzen uit dat geruststelling en steun, het voorschrijven van psychopharmaca en luisteren de belangrijkste drie vormen van behandeling zijn. Psychotherapie in de vorm van één of meer inzichtgevend gesprekken, en verandering van omstandigheden bleken weinig te worden toegepast. Ook verwees men zeer zelden iemand naar de psychiater of naar een 'Mental Health Centre'. Men moet natuurlijk denken dat het consult, afgezien van de eventuele behandeling, therapeutisch effectief kan zijn door de aandacht die de huisarts ten toon spreidt en de gelegenheid voor de patiënt om zijn problemen te uiten.

Er is in de Engelse literatuur nogal wat kritiek te bespeuren op het huisartsgeneeskundig handelen bij psychische problemen. Zo concludeerde Johnson (1974) na een uitgebreid onderzoek in het gebied van Manchester dat zelfs bij zeer goede huisartsen de kennis van de psychiatrie beperkt was. Ook het voorschrijven van psychopharmaca, in het bijzonder van anti-depressiva, was naar de maatstaven van de psychiater nogal eens onjuist. Daar komt bij dat patiënten, hoewel ze hun dokter zeer waardeerden, vaak ontevreden waren over het in hun ogen te gemakkelijk voorgeschreven recept. Ze hadden liever hun problemen eens uitgebreid willen bespreken.

Hoe ziet de situatie er in Nederland op dit punt uit? De gegevens van het monitoring en het Speech-project suggereren dat de Nederlandse situatie op sommige punten sterk afwijkt van de Angelsaksische, maar op andere daarmee overeenkomt. Psychotherapie, in de vorm van één of meer verhelderende gesprekken, wordt hier vaker als behandeling gekozen; psychopharmaca daarentegen minder vaak. Berekend op basis van de gegevens van Lamberts en Hartman (1972b, tabel 1 en 5) bestaat ongeveer 17% van alle contacten met patiënten met psychische problemen uit psychotherapie. Vooral bij depressieve problemen, overspanning en stressreacties, ligt dit percentage hoog, rond 27%. Veel lager is het daarentegen bij slaapproblemen (hoofdzakelijk psychopharmaca) en hypochondrische beelden (vrijwel geen therapie). De belangrijkste twee vormen van huisartsgeneeskundig reageren zijn evenwel 'farmacotherapie' (37%) en 'geen therapie' (32%). Advies en voorlichting is een goede vierde met globaal 14% van alle contacten naar aanleiding van psychische problemen.

Wat betreft het therapeutisch gedrag vinden we ook bij de Nederlandse huisartsen een tamelijk grote spreiding. Zo behandelde één huisarts 65% van de aan hem gepresenteerde depressieve klachten met psychopharmaca, terwijl een ander slechts in 20% van de gevallen een recept uitdeelde. Ondanks deze individuele verschillen bestond er toch bij iedere deelnemer aan het monitoring project een duidelijke relatie tussen de classificatie van de psychische problematiek en het therapeutisch handelen. Dit betekent echter wel dat verschillen in diagnostiek doorwerken in de behandeling. Verwijzingen vinden zelden plaats. Shephard et al (1966) kwamen tot een percentage van 5% van alle door de Londense 'general practitioners' als 'psychiatrisch herkende gevallen'. Anders gezegd, ongeveer 7 per 1000 van de bevolking werden verwezen. Andere studies, met name Amerikaanse, rapporteren hogere cijfers, variërend rond 15% van de door de eerstelijns gezondheidswerker herkende psychiatrische morbiditeit. De Nederlandse verwijscijfers naar de GGZ liggen ongeveer op hetzelfde lagere niveau van de Engelse. In het monitoring project werd naar aanleiding van alle gepresenteerde gezondheidsproblemen gedurende 2 jaar gemiddeld 21.192 ingeschreven patiënten 250 maal iemand naar de AGGZ verwezen of opgenomen (Lamberts en Hartman, 1982b, tabel 7), wat neerkomt op 5.9 per 1000 per jaar. Giel en Ten Horn (1982) schatten op basis van het Register Geestelijke Volksgezondheid, dat per jaar 10.5 nieuwe cliënten per 1000 van de bevolking de GGZ binnenkomen. Rekening houdend met het feit dat ongeveer de helft van die 10.5 niet door de huisarts was verwezen (Swaen en Ten Horn, 1980) komen beide getallen tamelijk goed overeen. Ook wat betreft het verwijsgedrag naar aanleiding van psychische en sociale problematiek verschillen artsen aanzienlijk van elkaar (Verhaak, 1979; Sanavro, 1982).

De belangrijkste redenen voor het geringe aantal verwijzingen zijn volgens Goldberg en Huxley vermoedelijk driedig: a) veel patiënten stellen volgens de dokter een verwijzing naar de geestelijke

gezondheidszorg niet op prijs, b) de zorg voor psychische problemen is volgens de huisarts een taak voor hemzelf, c) de verwachting ten aanzien van specialistische psychiatrische hulp bij de niet-psychotische stoornissen zijn laag.

Classificatie in de eerste lijn

In het voorgaande hebben we kunnen zien dat het overgrote deel van de mensen met psychische problematiek zijn huisarts consulteert, maar dat deze slechts enkelen naar de AGGZ verwijst. De huisarts is daarom min of meer de spil in de ontmoeting tussen de gezondheidszorg en mensen met psychische stoornissen. Het huisartsgeneeskundige handelen naar aanleiding van deze stoornissen is echter weinig systematisch, gezien de grote verschillen tussen huisartsen in hun herkenning, classificatie en behandeling van deze problematiek. Het lijkt thans mogelijk om na te gaan of het handelen van de huisarts meer richting kan worden gegeven, vooral dank zij de resultaten van de in het begin geschetste vorderingen in de psychiatrische epidemiologie betreffende het instrumentarium, het beloop en de multi-axiale classificatie. Onze gedachten gaan uit naar een eenvoudig beslissingsschema dat gebaseerd is op een multi-axiale classificatie.

Het is bekend dat de bestaande eenassige classificatie van geestelijke gezondheidsproblemen te kort schiet wat betreft hun predictief vermogen ten aanzien van het beloop en de interventie met het gunstige kosten-batensaldo (Bleuler, 1968; Kendall, 1975; Strauss, 1975; Wittenborn et al, 1977; Mann et al, 1981). Dit tekort heeft diverse oorzaken: 1) het gebruik van meer dan één indelingscriterium; 2) de vaak vloeiende overgang tussen de syndromen onderling en ten opzichte van normale variaties; 3) de aanwezigheid van ziektegedrag dat diagnostische beslissingen bemoeilijkt; 4) het veelvuldig samengaan van klachten over lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren; en 5) het verschil in perspectief tussen hulpvrager en deskundige.

De onbevredigende stand van zaken in de psychiatrische diagnostiek en classificatie manifesteert zich bij uitstek op het niveau van de huisarts (Goldberg, 1982). Het is immers vooral de huisarts die wordt geconfronteerd met een grote hoeveelheid neurotische symptomatologie en onwelbevinden die in vergelijking tot de psychotische beelden zeer lastig zijn in te delen. Daar komt bij dat het reeds genoemde ziektegedrag, het samengaan van psychische, lichamelijke en sociale pathologie en het verschil in perspectief tussen hulpvrager en -verlener zich vooral doen gelden op het niveau van de eerstelijns gezondheidszorg. Voeg daarbij het gebrek aan tijd, aan psychiatrische kennis van de huisarts en aan prognostisch valide classificatiesystemen, dan wordt het begrijpelijker dat het huisartsgeneeskundige handelen bij psychosociale problemen weinig systematiek kan vertonen.

Multi-axiale classificatie zou een verklaring kunnen bieden voor de variatie in diagnostiek en behandeling. Een multi-axiale benade-

ring komt immers tegemoet aan de wetenschap dat naast de psychopathologie diverse andere factoren van belang zijn voor het beloop en de interventie. Het ligt voor de hand dat tenminste een deel van de verschillen tussen huisartsen voortkomt uit verschillen in belangstelling en beoordeling van de door beloopstudies geïdentificeerde factoren.

Multi-axiale classificatie zou ook een aanknopingspunt kunnen bieden voor onderzoek naar een beslissingsschema dat de huisarts antwoord geeft op vragen zoals: welke problematiek, getypeerd in multi-axiale termen, heeft een goede prognose, ongeacht de behandeling; welke wordt in gunstige zin beïnvloed door welk soort interventie; en welke problemen zijn in wezen onbehandelbaar en hoe kunnen deze patiënten het beste begeleid worden met minimale pharmacotherapie? Een beslissingsschema dat naar aanleiding van deze vragen richtlijnen geeft, zou een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan meer effectief huisartsgeneeskundig handelen. Het zou tevens het vaak problematischer karakter van de behandeling van 'probleemgedrag' en van het voorschrijven van psychopharmaca kunnen stroomlijnen.

De ontwikkeling van zo'n beslissingsschema lijkt thans mogelijk. De besproken studies naar het beloop bevatten richtlijnen voor de keuze van de factoren die in het beslissingsschema zouden kunnen worden opgenomen. Belangrijke kandidaten zijn, afgezien van de aard en de ernst van de problematiek, lichamelijke pathologie, het sociale functioneren, belastende omstandigheden, de beschikbaarheid van praktische en emotionele steun, en iemands persoonlijkheid. Wat precies de kritische momenten in deze factoren zijn voor het beloop en de behandeling, kan in longitudinale beloop- en interventiestudies worden vastgesteld, dank zij het in de afgelopen jaren ontwikkelde instrumentarium voor een gestandaardiseerde meting van pathologie, sociaal functioneren, belasting, steun en persoonlijkheid. Dergelijke studies kunnen aangeven wat zinvol is om in het beslissingsschema te worden opgenomen en wat niet. Een criterium bij deze keuze is, dit kan niet genoeg worden benadrukt, de prognostische waarde en de informatie die het de arts verschaft over de vraag welke behandelingsstrategie (inclusief verwijzing) het gunstigste saldo van tijd, kosten en herstel heeft. Predictieve validiteit is ongetwijfeld een sine qua non voor een beslissingsschema dat is afgestemd op de noden van de arts en zijn patiënt. Maar er zijn meer voorwaarden waaraan het moet voldoen. Deze vloeien voort uit de karakteristieke omstandigheden waarbinnen de eerstelijns gezondheidszorg zich voltrekt. Bijvoorbeeld, het ontbreekt de huisarts vaak aan tijd om voldoende informatie te verzamelen; hij heeft vaak onvoldoende kennis van de diagnostiek en behandeling van psychiatrische beelden, vooral als deze schuil gaan onder lichamelijke klachten; hij vindt diagnostiek vaak irrelevant voor de behandeling van psychosociale problematiek en ziet in psychiatrische diagnoses vaak een nadelige labeling. Gezien deze problemen dient een beslissingsschema aan de volgende voorwaarden te voldoen:

1. het moet informatie verschaffen over beloop, afloop en de te verkiezen behandeling;
2. het moet er rekening mee houden dat de meeste psychische problemen die men aan de huisarts presenteert psychisch en somatisch a-specifiek van karakter zijn;
3. het moet afgestemd zijn op het herhaaldelijk waargenomen samengaan van psychisch en lichamelijk onwelbevinden, en sociaal dysfunctioneren;
4. het moet rekening houden met het feit dat psychiatrische labels soms in het belang van de patiënt zijn, maar vaak ook niet; en
5. het moet aangepast zijn aan de tijdsdruk waaronder huisartsen doorgaans functioneren.

Noot

Verantwoording van de prevalentiecijfers in tabel 1.

Niveau 1: Het cijfer van 170 à 260 per 1000 van de bevolking van 15 jaar en ouder met psychiatrische morbiditeit is een schatting op basis van het onderzoek van Giel en Le Nobel in Stolwijk. Hierbij onderging een steekproef uit de bevolking een psychiatrisch onderzoek. Men vindt bij dit punt-prevalentie-onderzoek een percentage van 12.8 als aantal mensen met psychische stoornissen. Tijdens het onderzoek was 0.3% opgenomen in een psychiatrische kliniek. Uit onderzoek met behulp van Noordelijk Register Geestelijke Volksgezondheid blijkt dat incidentie en puntprevalentie-cijfers van morbiditeit op niveau 4 en 5 ongeveer gelijk zijn. (Incidentie is het aantal nieuwe patiënten met psychische problemen. Nieuw wil hierbij zeggen dat het afgelopen jaar geen hulp gezocht werd in verband met een psychisch probleem). Een eerste ruwe schatting van het jaarprevalentiecijfer komt dus op $2 \times (128\% + 3\%) \approx 260\%$. Engels bevolkingsonderzoek (zie Goldberg) echter geeft aan dat op het niveau van de bevolking de jaarlijkse incidentie ongeveer een derde is van de punt-prevalentie. Een tweede ruwe schatting komt daarmee op $1\frac{1}{3} \times (128\% + 3\%) \approx 175\%$.

Niveau 2: Op dit niveau is geen Nederlands onderzoek bekend. Goldberg komt tot 230 per 1000. Via extrapolatie van zijn cijfers naar de twee Nederlandse schattingen op niveau 1 komen wij tot een ruwe schatting van 155-240.

Niveau 3: Giel en Le Nobel komen in hun onderzoek tot een percentage van 14.6 patiënten met psychische stoornissen die door de huisarts herkend worden. Het monitoring project geeft een jaarprevalentiecijfer van 145 per 1000 voor alle leeftijden. Gecorrigeerd naar de populatie van 15 jaar en ouder komen wij op ongeveer 165.

Niveau 4: Het cijfer 27 per 1000 van 15 jaar en ouder is afkomstig uit het Noordelijk Register GGZ. Met de gegevens van het NCGV (Nationaal Centrum voor de Geestelijke Volksgezondheid) komen wij na correctie van dubbelstellingen tot een jaarprevalentie van 26 per 1000. Dubbelstellingen kunnen ontstaan omdat een patiënt bij verschillende instellingen loopt en dus meer dan een keer geteld wordt. De correctiefactor voor dubbelstellingen is gebaseerd op bevindingen uit het Noordelijke Register GGZ.

Niveau 5: op basis van NCGV-gegevens komen wij tot een jaarprevalentie van 8 per 1000 van 15 jaar en ouder. Ook hier is een correctiefactor voor heropname binnen jaar toegepast. Deze correctiefactor (19%) is afkomstig uit de bevindingen van het Noordelijk Register GGZ. Als we alleen de gegevens van dit register gebruiken komen wij op een jaarprevalentie van 10 per 1000 van 15 jaar en ouder voor de populatie van het registergebied.

Literatuur

- APA, American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)*, 3rd edition.
- Arthur, R. J. (1971), *An Introduction to Social Psychiatry*. Penguin Books Ltd, Middlesex.
- Bebbington, P., J. Hurry, C. Tennant, E. Sturt and J. K. Wing (1981), Epidemiology of Mental Disorders in Camberwell. *Psychological Medicine* 11, 561-579.
- Bleuler, M. (1968), A 23-year longitudinal study of 208 schizophrenics and impressions in regard to the nature of schizophrenia. In: *The Transmission of Schizophrenia*. D. Rosenthal en S. S. Kety. Pergamon Press.
- Cassata, D. M. and B. L. Kirkman-Liff (1981), Mental Health Activities of Family Physicians. *J. of Fam. Practice* 12, 683-692.
- Cooper, B., J. Fry and F. Kalton (1969), A longitudinal Study of Psychiatric Morbidity in a General Practice Population. *Brit. J. of Preventive and Social Medicine* 23, 210-217.
- Cooper, B. and H. G. Morgan (1973), *Epidemiological Psychiatry*. Charles & Thomas, Springfield.
- Dilling, H. (1980), Psychiatry and Primary Health Services. Results in a field study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.
- Eastwood, M. R. (1975), *The Relation between Physical and Mental Illness*. Toronto, University of Toronto Press.
- Eastwood, M. R. and H. M. Trevelyan (1972), The Relationship between Physical and Psychiatric Disorder. *Psychological Medicine* 2, 363-372.
- Epstein, S. (1977), Traits are alive and well. In: *Personality at the Crossroads*. D. Magnusson and N. S. Endler (eds.) New York, Wiley.
- Gewone Ziekten (1980), *Continue Morbiditeits Registratie*. Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut.
- Giel, R. (1965), *Een catamnestic onderzoek van 100 neurotische patiënten*. Proefschrift. Van Gorcum, Assen.
- Giel, R. (1972), Psychiatrie in de praktijk van de huisarts. *Huisarts en Wetenschap* 15, 203-209.
- Giel, R. (1980), The Truth about Psychiatric Morbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; Supplementum 285, 62, 30-40.
- Giel, R. (1983), Onderzoek naar psychische stoornissen: een epidemiologische beschouwing. *T. v. Sociale Geneeskunde*, (in press).
- Giel, R., E. d'Arrigo Busnello, C. E. Climent, A. S. E. D. El Hakim, H. H. A. Ibrahim, L. Ladrado-Ignacio, and N. N. Wig (1981), The classification of psychiatric disorder: a reliability study in the WHO Collaborative Study on Strategies for Extending Mental Health Care. *Acta Psychiat. Scand.* 63, 61-74.
- Giel, R. and G. H. M. M. ten Horn (1976), Een psychiatrisch register als basis voor planning. *T. v. Soc. Geneeskunde* 5, 148-153.
- Giel, R. and G. H. M. M. ten Horn (1982), Patterns of Mental Health Care in a Dutch Register Area. *Soc. Psychiatry* 17, 117-123.
- Giel, R., G. H. M. M. ten Horn, J. Ormel, W. J. Schudel and D. Wiersma (1978), Mental illness, neuroticism and life events in a Dutch village sample: a follow up. *Psychological Medicine* 8, 235-243.
- Giel, R. and J. N. van Luijk (1969), Psychiatric Morbidity in a Small Ethiopian Town. *Brit. J. Psychiatry* 115, 149-162.
- Goldberg, D. (1972), *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. Maudsley Monograph no. 21, Oxford Univ. Press, London.
- Goldberg, D. (1978), *Manual of the General Health Questionnaire*. Slough: National Foundation for Educational Research.
- Goldberg, D. (1982), The Concept of a Psychiatric Case in General Practice. *Social Psychiatry* 17, 61-66.

- Goldberg, D. and B. Blackwell (1970), Psychiatric Illness in General Practice. A detailed study using a new method of case identification. *British Med. J.* 2, 439-443.
- Goldberg, D. and P. Huxley (1980), *Mental Illness in the Community; The Pathway to Psychiatric Care*. Tavistock Publications, London.
- Greer, S. and R. H. Cawley (1966), *Some Observations on the Natural History of Neurotic Illness*. Archdale Medical Monograph no. 3, Australia Publishing Company, Sydney.
- Groot, M. J. W. de (1971), De 'geestelijke verzieking' van het Nederlandse volk: Slogan of realiteit? *Medisch Contact* 26, 815-822.
- Hankin, J. and S. Shapiro (1979), The Demand for Medical Services by Persons under Psychiatric Care. In: *Social Consequences of Mental Disorders*. J. K. Wing and L. N. Robins (eds.). New York, Springer.
- Harding, T. W., M. V. de Arango, J. Baltazar, C. E. Climent, H. A. A. Ibrahim, L. Ladrado-Ignacio, R. Srinivasa Murthy and N. N. Wig (1980), Mental Disorders in Primary Health Care: A Study of their frequency and Diagnosis in four Developing Countries. *Psychological Medicine* 10, 231-241.
- Harvey-Smith, E. A. and B. Cooper (1970), Patterns of Neurotic Illness in the Community. *J. Royal College Gen. Pract.* 19, 132.
- Henderson, S., P. Duncan-Jones and P. Byrne (1981), *Neurosis and the Social Environment*, Academic Press, Australia, Sydney.
- Hesbacher, P. T., K. Rickels, R. J. Morris, A. Newman and H. Rosenfield (1980), Psychiatric Illness in Family Practice. *J. of Clinical Psychiatry* 41, 6-10.
- Hinterhuber, H. (1982), *Epidemiologie Psychiatrische Erkrankungen*. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.
- Holahan, C. J. and R. H. Moos (1981), Social Support and Psychological Distress: A Longitudinal Analysis. *J. of Abnormal Psychology* 90, 365-370.
- Horn, G. H. M. M. ten (1982), *Nazorg geeft kopzorg*. Proefschrift RU Groningen, Afd. Sociale Psychiatrie, Academisch Ziekenhuis.
- Hurry, J. and E. Sturt (1981), Social Performance in a Population Sample: Relation to Psychiatric Symptoms. In: *What is a case*. J. K. Wing, P. Bebbington and L. N. Robins.
- Huxley, P. J., D. P. Goldberg, G. P. Maguire and V. A. Kinney (1979), Prediction of the Course of Minor Psychiatric Disorders. *Brit. J. of Psychiatry* 135, 535-543.
- Huygen, F. J. A. (1976), Huisarts en Gezinstherapie. *Huisarts en Wetenschap* 19, 207-213.
- Huygen, F. J. A. et al. (1978), Preventie van somatische fixatie, Aflevering I t/m IV, *Huisarts en Wetenschap*.
- Johnson, D. (1974), A Study of the Use of Antidepressant Medication in General Practice. *Brit. J. Psychiatry* 125, 186-192.
- Johnston, A. and D. Goldberg (1976), Psychiatric Screening in a General Practice: A Controlled Trial. *Lancet* 1, 605.
- Kedward, H. (1969), The Outcome of Neurotic Illness in the Community. *Social Psychiatry* 4, 1-4.
- Kendell, R. E. (1975), *The Role of Diagnosis in Psychiatry*. Blackwell Scientific Publications.
- Lamberts, H. en B. Hartman (1982a), Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk. *Huisarts en Wetenschap* 25, 333-342.
- Lamberts, H. en B. Hartman (1982b), Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk. *Huisarts en Wetenschap* 25, 376-393.
- Langsley, D. G. (1982), Primary Care and Psychiatry. *Social Psychiatry*, 17, 89-94.
- Mann, A. H., R. Jenkins and E. Belsley (1981), The Twelve-Month Outcome of Patients with Neurotic Illness in General Practice. *Psychol. Medicine* 11, 535-550.
- Marks, J. M. (1973), Research in Neurosis: A Selected Interview. I. Causes and

- Course. *Psychol. Medicine* 3, 436-454.
- Mechanic, D. (1977), Illness Behaviour, Social Adaptation, and the Management of Illness. A comparison of Educational and Medical Models. *J. of Nervous & Mental Disease* 165, 79-87.
- Mischel, W. (1968), *Personality and Assessment*, New York, Wiley.
- Murphy, H. M. B. (1976), Which neuroses need specialist care? *Canadian Medical Associations Journal* 115, 540-543.
- Murphy, E. and G. W. Brown (1980), Life Events, Psychiatric Disturbance and Physical Illness. *Brit. J. of Psychiatry* 136, 326-338.
- Myers, J. K., J. J. Lindenthal and M. Pepper (1974), Events and Psychiatric Impairment. In: *Stressful Life Events: their Nature and Effects*, B. S. Dohrenwend and B. P. Dohrenwend (eds.). New York. John Wiley and Sons.
- NCGV (1982), *Zorg in Cijfers - 1980*. F. de Haen. NCGV-reeks nr. 40, Utrecht.
- NHI, Nederlands Huisartsen Instituut (1982). *De psycholoog in de eerste lijn, een bibliografie*. NHI, Utrecht.
- NIMH, National Institute of Mental Health (1979), Series D, no. 5, *Mental Disorder and Primary Medical Care: An Analytical Review of the Literature*. DHEW Publication. No. 78-661. US Government Printing Office, Washington.
- Noyes, R. and J. Clancy (1976), Anxiety Neurosis, a Five Year Follow-up. *J. of Nervous and Mental Disease* 162, 200-205.
- Ormel, J. (1980), *Moeite met leven of een moeilijk leven*. Proefschrift, RU Groningen. Uitgeverij Konstapel, Groningen.
- Ormel, J. (1980), Over neuroticisme gemeten met de vragenlijst. *Ned. T. v. Psychologie* 35, 223-241.
- Ormel, J. (1983), Neuroticism and Well-Being Inventories: Measuring Traits or States. *Psychological Medicine* (in press).
- Querido, A. (1959), Recast and Follow-up. An Investigation into the Clinical, Social and Mental Factors Determining the Results of Hospital Treatment. *Brit. J. of Preventive and Social Medicine* 13, 33-49.
- Rce, F. and G. A. S. Koster van Groos en anderen (1982), *Beknopte Handleiding bij de Diagnostische Kriteria van de DSM-III*. Swets & Zeitlinger, Lisse.
- Romme, N. en D. Bauduin (1976), *Psychiatrische epidemiologie. Over onderzoek naar de spreiding van geestesziekten*. Een literatuuroverzicht. Ambo, Baarn.
- Rutter, M., D. Shaffer and M. Shepherd (1973), An evaluation of the proposal for multi-axial classification of child psychiatric disorders. *Psychol. Medicine*, 3, 244-250.
- Sanavro, F. L. (1982), *Probleempatiënten in de huisartsenpraktijk*. NHI, Utrecht.
- Schmidt, H. G. (1980), De trekkentheorie is terug van weggeweest. *De Psycholoog* 15, 622-628.
- Shephard, M. (1974), General Practice, Mental Illness and the British National Health Service. *Am. J. Public Health* 64, 230-233.
- Shephard, M., B. Cooper, A. C. Brown and G. W. Kalton (1966), *Psychiatric Illness in General Practice*. London. Oxford University Press.
- Sims, A. (1975), Factors predictive of Outcome in Neurosis. *Brit. J. of Psychiatry* 127, 54-62.
- Slooff, C. J., W. R. E. H. Mulder en R. H. v. d. Hoofdakker (1983), *De Nederlandse Vertaling van de Present State Examination*, 9de editie. T. v. *Psychiatrie* 25, 151-163 en 280-289.
- Strauss, J. (1975), A Comprehensive Approach to Psychiatric Diagnosis, *Am. J. Psychiatry* 132, 1193-97.
- Surtees, P. G., J. Kiff and D. Rennie (1981), Adversity and Mental Health an Empirical Investigation of Their Relationship. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 64, 177-192.
- Swaen, G. en G. H. M. M. ten Horn (1980), *Verwijzingen uit de huisartspraktijk naar de GGZ in de jaren 1973 tot en met 1978*. Afd. Sociale Psychiatrie, RUG.

- Tennant, C., P. Bebbington and J. Hurry (1981), The short-term Outcome of Neurotic Disorders in the Community: the Relation of Remission to Clinical Factors and to „Neutralizing” Life Events. *Brit. J. Psychiatry* 139, 213-220.
- Thomas, K. B. (1974), Temporarily Dependent Patient in General Practice. *Brit. Med. J.* 1, 625.
- Verhaak, P. (1979), *Eindrapportage Speech, Samenwerking Huisarts-Psycholoog in Capelle a/d IJssel*. Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht.
- Warheit, G. (1979), Life events, Coping, Stress and Depressive Symptomatology. *Am. J. of Psychiatry*, 136, 502-507.
- Weissman, M. M., J. K. Myers and P. S. Harding (1978), Psychiatric Disorders in a US Urban Community: 1975-1976. *Am. J. Psychiatry* 135, 459-462.
- Wing, J. K., P. Bebbington and L. N. Robins (eds.) (1981), *What is a case; the problem of definition in psychiatric community surveys*. Grant McInte, London.
- Wittenbor, J. R., D. C. MacDonald and H. S. Maurer (1977), Persisting Symptoms in Schizophrenia Predicted by Background Factors. *Arch. of General Psychiatry* 34, 1057-1061.