

Tussen epidemiologie en psychiatrie

door P.P.G. Hodiament

Gepubliceerd in 1994, Thema

Samenvatting

Deze bijdrage schetst de relatie tussen epidemiologie en psychiatrie, en de invloed die Giel en zijn medewerkers hebben gehad op de ontwikkeling van de psychiatrische epidemiologie in de laatste decennia. Haar taken kunnen worden omschreven aan de hand van een zevental doelstellingen. Betoogd wordt dat de psychiatrische epidemiologie in haar ontwikkeling sterk bepaald is door disputen over causaliteit, diagnostiek en de prioriteit van individu of collectief. Uit hun wetenschappelijke publikaties blijkt dat Giel en zijn medewerkers praktisch het hele spectrum aan psychiatrische epidemiologische vragen hebben onderzocht en duidelijk stelling hebben genomen ten aanzien van genoemde kwesties. Aan de hand van hun onderzoek naar het voorkomen van psychiatrische stoornissen in diverse populaties wordt de wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie van hun werk besproken. Zij hebben op dit gebied kwaliteit geleverd conform de geldende 'state of the art', zo luidt de conclusie. Dat hun inspanningen geen revolutionaire resultaten hebben opgeleverd zal het gevolg zijn van de keuze voor breedte- in plaats van diepte-epidemiologie. Die keus weerspiegelt de attitude van de sociaal-psychiater, voor wie het *mutandum*

uiteindelijk belangrijker is dan het *explanandum*.

Inleiding

De psychiatrische epidemiologie heeft vele wortels en is in haar ontplooiing beïnvloed door uiteenlopende disciplines als demografie, statistiek, openbare (geestelijke) gezondheidszorg, genetica, sociologie, psychologie, klinische en sociale psychiatrie (Shepherd 1973). Aan de kruising van epidemiologie en psychiatrie hebben dan ook velen bijgedragen, ieder op zijn eigen wijze en vanuit zijn eigen achtergrond. De Nederlandse coryfee op dit gebied is onbetwist Rob Giel, hart en ziel van de Groningse afdeling sociale psychiatrie. Het onderhavige artikel schetst de ontwikkeling van de psychiatrische epidemiologie en met name de invloed die Giel en zijn medewerkers de afgelopen decennia daarop hebben gehad.

Psychiatrische epidemiologie voor 1950

Het woord epidemiologie is samengesteld uit de Griekse termen epidemos (in het volk) en logos (kennis) en betekent letterlijk weten wat er gaande is onder het volk. In de literatuur zou de term epidemos voor het eerst gebezigd zijn door Sophokles als

ep

i

damos

Fat

i

s

Oi

d

i

poda

- wat in het volk gezegd wordt over Oedipus! De epidemiologie is een methodologie die inzicht verschaft in het kwantitatieve aspect van de humane ecologie. Binnen het medische kader probeert de epidemiologie te achterhalen wat er op het gebied van ziekte en gezondheid speelt onder het volk. Zo heeft zij zich ontwikkeld tot de inlichtingendienst van de gezondheidszorg.

De verenging van het begrip epidemiologie tot de leer van de verspreiding der infectieziekten vond rond 1850 plaats, als gevolg van Snow's boek *On the Mode of Communication of Cholera* en Pasteur's bacteriologische ontdekkingen. Dat deze benaderingswijze zo succesvol bleek, hing samen met de volgende omstandigheden. De kenmerken van de belangrijkste infectieziekten waren duidelijk en de identificatie van een persoon lijdend aan een dergelijk acute infectie gold als betrekkelijk eenvoudig. Aanvankelijk leek dit model goed aan te sluiten bij het heersende psychiatrische paradigma. Aan het einde van de 19e eeuw had namelijk het Kraepeliaanse systeem van psychopathologische ziekte-eenheden ingang gevonden. Deze ziekte-eenheden dacht men onder andere gekenmerkt door een specifieke oorzaak. Dementia paralytica, een infectieuze aandoening, gold als het meest zuivere voorbeeld van een psychiatrische ziekte-entiteit. Dat psychiatrisch epidemiologisch onderzoek toch pas halverwege de 20e eeuw op gang kwam, had te maken met een aantal (onderling samenhangende en nog steeds niet uitgewoede) strijdvragen ten aanzien van causaliteit, diagnostiek en de prioriteit van individu of collectief.

Het 19e-eeuwse neuro-anatomische en fysiologische onderzoek naar de *oorzaak* van geestesziekte, had een groot deel van de psychopathologie onverklaard gelaten. Met het groeien van de spirituele invloed binnen de psychiatrie ontstond een tendens om (infectie)ziekten als lues en virusencefalitis af te stoten. Terwijl de epidemiologie nog vasthield aan het infectieparadigma, begon de psychiatrie te denken in somatische en psychologische termen volgens de opvatting van het conditionalisme dat elk verschijnsel door een reeks factoren in samenspel wordt bepaald. De introductie van de psychologische benadering, psychodynamisch of leertheoretisch, deed het *diagnostisch* onderscheid tussen ziek en gezond en tussen de verschillende psychiatrische aandoeningen vervagen. Van een psychopathologische classificatie was nauwelijks meer sprake. De epidemiologie daarentegen had haar succes te danken aan de nauwkeurigheid van de omschrijving, waarmee onderzoekers als Snow en Dürkheim hun gevallen van cholera en suïcide konden omschrijven.

De epidemiologie heeft zich steeds gericht op de ‘mass phenomena of disease’ (Greenwood 1935). Ziekte en patiënt worden in perspectief van het *collectief* gezien als kwantificeerbare verschijnselen, als getallen. De behandeling zoals die plaatsvindt in de klinische psychiatrie en psychotherapie daarentegen is gebaseerd op individuele gevallen. Dit wezenlijk verschil tussen de getals- en de gevalsbehandeling leidde in de eerste decennia van deze eeuw tot een ideologische patstelling, die door Freud (1921) als volgt werd verwoord: ‘es falle uns schwer den Moment der Zahl eine so grosse Bedeutung einzuräumen’. Rond 1950 kenterde het tij. In de epidemiologie had het gezichtsveld zich inmiddels verbreed van infecties naar chronische ziekten. In de psychiatrie leidde de ontdekking van specifiek werkende psychofarmaca tot een herwaardering van de zuivere beschrijving. Daarmee werd de vereiste grondslag gelegd voor een betrouwbare casusidentificering in de psychiatrische epidemiologie. Door het uitbreken van de Tweede Wereldoorlog nam de betekenis van het getal weer toe, ook in de psychiatrie. Met het tanen van de individualiserende tendensen zien we in de jaren vijftig en zestig een bloei van sociaal-psychiatrische theorieën en behandelmethoden.

Functie, taken en relevantie van de psychiatrische epidemiologie

Psychiatrische epidemiologie is zowel een tak van de algemene epidemiologie die zich bezighoudt met de ‘verspreiding en determinanten van het vóórkomen van ziektes bij mensen’, als van de psychiatrie. Haar mogelijkheden en beperkingen zijn afhankelijk van de kennis waarover beide disciplines op een gegeven moment kunnen beschikken. Epidemiologische gegevens spelen een belangrijke rol bij het onderzoek naar etiologische, diagnostische, prognostische en therapeutische vragen in de psychiatrie. De basis daarvoor wordt gelegd door de frequenties van stoornissen te meten en te vergelijken tussen verschillende groepen. Als sterke kant van de epidemiologie valt daarbij te noemen dat de mens en de determinanten van zijn stoornis direct worden onderzocht. Een zwakke kant is het feit dat experimentele manipulatie van deze determinanten slechts in beperkte mate mogelijk is. Overigens geeft epidemiologisch onderzoek geen rechtstreeks inzicht in de manier waarop psychiatrische aandoeningen ontstaan. Zij kan het belang van een verondersteld etiologisch mechanisme hoogstens kwantificeren (Vandenbroucke en Hofman 1990). Bovendien berust de epidemiologische methode grotendeels op de kunst van het inductief redeneren. Vanuit bepaalde ervaringen wordt, met andere woorden, getracht tot algemene conclusies te komen. Deze inductieve basis heeft als belangrijke consequentie dat de kwaliteit van epidemiologische gevolgtrekkingen zeer gevoelig is voor de aard en de toepassing van de onderzoeks- en analysemethoden. De eigen aard van psychiatrische stoornissen maakt die gevoeligheid nog groter.

De taken van de psychiatrische epidemiologie kunnen worden beschreven aan de hand van de catalogus van doelstellingen, die Morris (1957) heeft geformuleerd in zijn boek *Uses of epidemiology* (zie Shepherd 1971):

1. het identificeren van historische trends in vóórkomen en behandeling van psychiatrische stoornissen onder de bevolking;
2. het bepalen van psychiatrische prevalentie en incidentie in de bevolking;
3. het evalueren van geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen;
4. het afgrenzen van psychiatrische syndromen;
5. het completeren van psychiatrische beelden;
6. het berekenen van specifieke ziekerisico's;

7. het onderzoek naar causaal werkzame factoren.

Gebruikelijke beoordelingscriteria voor de kwaliteit van wetenschappelijk onderzoek zijn theoretische relevantie (de bijdrage aan onze kennisvorming) en maatschappelijke relevantie (de bijdrage aan de maatschappelijke ontwikkeling).

Theoretische relevantie wordt wel geoperationaliseerd in termen van interne en externe validiteit. *Interne* validiteit houdt in dat het resultaat juist is voor de onderzochte personen. Voor deze groep zijn de onvermijdelijke problemen met betrekking tot toevallige fouten door onbetrouwbaarheid en systematische fouten door selectie- en informatievertekening alsmede door versturende variabelen, tot een bevredigende oplossing gebracht. *Externe* validiteit betekent dat de resultaten ook gelden voor personen die niet bij het onderzoek zijn betrokken. Deze generalisatie betreft uitbreiding van het onderzoeksdomein tot het zogenaamde speciale universum op basis van representatieve steekproeven en inductieve statistiek, of tot het zogenaamde algemene universum op basis van een theoretische redenering. De wetenschappelijke kwaliteit van onderzoeksresultaten is een functie van het quotiënt van interne en externe validiteit. Die kwaliteit blijft dus alleen gehandhaafd als uitbreiding van het bereik van het onderzoek (externe validiteit) gelijke tred houdt met de onderbouwing daarvan (interne validiteit).

Over het wezen van *maatschappelijke* relevantie bestaat veel discussie. Recent hebben Oortwijn e.a. (1994) een aantal tentatieve criteria gesuggereerd voor de maatschappelijke relevantie van algemeen medisch wetenschappelijk onderzoek. Voor de psychiatrische epidemiologie zijn met name de volgende categorieën van belang: 1) de maatschappelijke last van de aandoening, 2) de potentiële effectiviteit van de interventie en 3) de potentiële kosten c.q. besparingen van de interventie.

Psychiatrische epidemiologie in Nederland sinds 1950

Toen wij de ontwikkelingen van de psychiatrische epidemiologie sinds 1950 nagingen, bleek dat Giel en zijn medewerkers zich, in meerdere of mindere mate, hebben bewogen op elk van de gebieden uit de bovengegeven taakomschrijving. Getuigen daarvan zijn de vele publikaties in nationale en buitenlandse vakbladen. In dit bestek moeten wij ons echter beperken tot een oordeel over hun werk met betrekking tot de psychiatrische prevalentie en incidentie in diverse populaties en de evaluatie van geestelijk gezondheidszorgvoorzieningen. Wij zullen daarbij gebruik maken van de besproken wetenschappelijke en maatschappelijke kwaliteitscriteria. Wat de laatste betreft geeft populatieonderzoek vooral informatie over de maatschappelijke last van de ziekte, dat wil zeggen over de frequentie, waarin ziekten voorkomen en patiënten gebruik maken van voorzieningen, over het kostenaspect en over de kwaliteit van leven. Evaluatieonderzoek, ook wel 'operationeel onderzoek' genoemd, houdt zich bezig met de vergelijking van diverse zorgalternatieven in termen van kosten en baten.

Onderzoek naar psychiatrische stoornissen in diverse populaties: mogelijkheden en beperkingen - Het onderzoek naar het vóórkomen van psychiatrische stoornissen vormt de basis van de epidemiologie. Vóórkomen betreft zowel prevalentie als incidentie, en de bestudeerde populatie kan betrekking hebben op de algemene bevolking, de huisartsenpopulatie, de AGGZ populatie of een semi- dan wel intramurale psychiatrische populatie. Prevalentiematen hebben een statisch karakter: zij beschrijven de frequentie van ziekte op een bepaald moment. Incidentiematen daarentegen hebben een dynamisch karakter: zij beschrijven de frequentie waarmee nieuwe ziekten optreden in de loop van de tijd. Beide geven niet alleen een indicatie van de *last* die psychiatrische stoornissen met zich meebrengen, maar zij zijn ook van belang voor de planning van geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen. Prevalentie en incidentie betreffen echter alleen de 'verspreiding' en zeggen op zich niets over de 'determinanten' van deze stoornissen. Voor de psychiater practicus is het resultaat van deze beschrijvende

epidemiologie dan ook minder interessant. Informatie over determinanten van stoornissen vereist vergelijking van populaties. Door de ziektefrequenties te *vergelijken* bij populaties die verschillen in blootstelling aan de determinanten van een stoornis, kan men bij voorbeeld de relatieve risicowaarde van die factoren bepalen. Dat is de eerste stap op de weg naar de etiologische ontrafeling van psychiatrische stoornissen.

Gegevens over de prevalentie en incidentie van psychiatrische stoornissen kunnen worden ontleend aan drie soorten bronnen: landelijke en plaatselijke registratiesystemen en bevolkingsonderzoeken. *Landelijke registers* hebben het grote voordeel dat onderzoekers gemakkelijk over data kunnen beschikken. Zij geven echter geen compleet beeld en de waarde van de geregistreerde diagnoses is dubieus. *Casusregisters* zijn plaatselijke registers, waarin de contacten van psychiatrische patiënten met de geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen binnen een omschreven gebied worden vastgelegd. Zij hebben een aantal voordelen boven een landelijk registratiesysteem. Op de eerste plaats geven zij, door hun beperkte catchment area, minder aanleiding tot selectievertekening, die kan optreden door een landelijke accumulatie van bepaalde patiëntencategorieën in bepaalde inrichtingen. Op de tweede plaats legt men zowel individuele patiënten als hun contacten met de voorzieningen vast, waardoor dubbel tellingen worden voorkomen. Op de derde plaats kunnen diagnoses worden gestandaardiseerd. En als men tenslotte alle voorzieningen binnen het gebied bij de datalevering weet te betrekken zullen de mazen in het informatienetwerk steeds kleiner worden. Natuurlijk heeft ook een casusregister zijn beperkingen. De arbitraire afgrenzing van het registergebied levert een zekere vertekening op. Bovendien geven registerdata slechts informatie over de behandelde prevalentie en incidentie - het topje van de ijsberg - en bieden zij geen zicht op de afloop van de stoornissen.

Aan de hand van het *centrale patiëntenregister voor psychiatrische ziekenhuizen en universiteitsklinieken* en later het *patiëntenregister geestelijke volksgezondheid in Drenthe*, dat sinds 1973 wordt bijgehouden door medewerkers van de afdeling Sociale Psychiatrie van de Rijksuniversiteit Groningen, hebben Giel c.s. Nederland op de hoogte gehouden van de ontwikkelingen in de behandelde psychiatrische prevalentie en incidentie (Ten Horn 1987). Ook naar specifieke patiëntengroepen werd onderzoek gedaan. Zo bleken vijf van de 34 per 1000 personen in de bevolking die tenminste een keer per jaar contact hadden met de geestelijke gezondheidszorg, te lijden aan een depressie, de overgrote meerderheid aan een reactieve of neurotische depressie (Giel e.a. 1987). Ten aanzien van de ouderen bleek uit de registerdata dat de pensioengerechtigde leeftijd van 65 jaar psychiatrisch gezien weinig valide is en dat dementie zich pas op veel hogere leeftijd duidelijk manifesteert (Giel e.a. 1984). Het register vervult ook een functie in de evaluatie en de evolutie van de GGZ. Voor bij voorbeeld nazorg (Ten Horn 1988) en alcohol- en drugsproblematiek (Sytema 1987) is dat overtuigend gedemonstreerd aan de hand van het Noordelijk register. Hun ervaring met evaluatieonderzoek op basis van registergegevens heeft ook buiten onze grenzen weerklank gevonden, getuigen de publikaties van Giel (1986 a,b) en Ten Horn (1986). In Nederland leidde dit onder andere tot de opzet van het belangrijke evaluatieonderzoek van opnamevoorkomende dagbehandeling met bijpassende ambulante zorg door APZ en RIAGG in de registerregio. Op hoofdpunten luiden de conclusies van het onderzoeksproject, dat deze vorm van substitutie toepasbaar is op ten minste 40% van de patiënten die voor opname bij een APZ worden aangemeld en op 33% tot 44% van het Nederlandse APZ beddenbestand, dat zij beperkte maar klinisch relevante en voor de kwaliteit van zorg belangrijke gevolgen heeft op het terrein van de secundaire en tertiaire preventie, dat zij duidelijk bijdraagt aan een nauwere afstemming van hulpverlening door APZ en RIAGG, en dat zij budgettair neutraal kan worden uitgevoerd, waarbij aanzienlijke niet-financiële baten aanwijsbaar zijn (Wiersma e.a. 1991, 1992). De bovenvermelde beperkingen van registerdata waren voor (de groep rond) Giel aanleiding tot het entameren van *onderzoek in de open populatie*.

In 1969 begon Giel als eerste in Nederland een longitudinaal veldonderzoek naar de punt-prevalentie van psychische stoornissen (Giel en le Nobel 1971; Giel e.a. 1978). Als steekproefkader fungeerde het patiëntenbestand van de huisartsenpraktijk in een dorp met overwegend veehouders. Als meetinstrument voor de stoornissen gebruikte hij Fould's 'symptomsign inventory'. Van de 258 benaderde personen weigerden slechts drie het interview. Hoewel de betrouwbaarheid en psychiatrische validiteit van het interview niet expliciet zijn onderzocht, lijkt de interne validiteit van het onderzoek voor de toenmalige omstandigheden bevredigend. Bij de externe validiteit plaatste Giel zelf de nodige kanttekeningen. Vijf jaar later onderzocht hij vervolgens welk deel van de gevonden 13% van de bevolking met psychiatrische stoornissen was doorgedrongen tot de praktijk van de huisarts. Hij benoemt de kwesties van het door sociaal-culturele factoren bepaalde ziektegedrag van de patiënt en het vermogen van huisartsen om psychiatrische problematiek te herkennen en te behandelen, en formuleert daarmee *avant la lettre* (een deel) van het naar Goldberg en Huxley genoemde epidemiologische filtermodel. Dit model biedt een benaderingswijze voor enerzijds de selectieprocessen die zich afspelen binnen de GGZ en anderzijds de mate waarin psychiatrische problemen voorkomen in de diverse geledingen van de GGZ.

In het kader van dit model onderzocht de groep rond Giel een aantal jaren later de prevalentie en de herkenning door de huisarts van psychiatrische stoornissen in de eerste lijn onder bijna 2000 consultvragers met behulp van de 'General Health Questionnaire' en de 'Present State Examination' (PSE; Ormel e.a. 1990, 1991). De prevalentie van PSE casus bedroeg 15%, waarvan de helft door de huisartsen werd herkend. Herkenning van een geval door de huisarts leidde tot een betere afloop in termen van psychiatrische symptomen en sociaal functioneren, gemeten door middel van de 'Groninger Sociale Beperkingen Schaal' (GSB). Dit onderzoek laat zien hoe het werk van de vakgroep zich ontwikkeld heeft in termen van interne en externe validiteit en maatschappelijke relevantie. De voornaamste meetinstrumenten, PSE en GSB, waren tevoren uitgebreid getest op betrouwbaarheid. De steekproef was aanzienlijk en de nonrespons beperkt en niet-selectief voor leeftijd en aanwezigheid van psychiatrische stoornissen. Bovendien gingen de onderzoekers het effect van psychiatrische interventie door de huisarts na, een punt van groot belang uit het oogpunt van maatschappelijke relevantie. Hun resultaten zouden nog aan interne validiteit winnen, wanneer ze bevestigd werden in een onderzoek met een gerandomiseerde opzet.

Het werk dat Giel en zijn medewerkers op dit gebied hebben verricht was steeds conform de 'state of the art'. Zij hebben geen revolutionaire theorieën of baanbrekende methoden bedacht, maar wetenschappelijk gedegen arbeid geleverd, die in de juiste verhouding voldeed aan de heersende normen voor interne en externe validiteit. Het besproken onderzoek heeft de maatschappelijke last van psychiatrische aandoeningen, de potentiële effectiviteit van alternatieve GGZ-interventies en de potentiële kosten c.q. besparingen van die interventies op een genuanceerde manier in kaart gebracht, en voldoet dus eveneens aan de criteria voor maatschappelijke relevantie.

Slotbeschouwing

Zoals gezegd heeft de afdeling sociale psychiatrie van de Rijksuniversiteit Groningen onder leiding van Giel praktisch het hele spectrum aan psychiatrische epidemiologische vragen onderzocht en een duidelijke bijdrage geleverd aan de beantwoording van de oude strijdvragen causaliteit, diagnostiek en de prioriteit van individu of collectief.

Wat betreft de *causaliteitskwestie* geldt dat Giel zich in zijn wetenschappelijk werk niet heeft laten beperken door een monistische benadering. De opvatting dat psychiatrische problematiek een multiconditioneel fenomeen is, komt tot uiting in de samenstelling van het onderzoeksteam uit diverse disciplines en in de veelkleurigheid van het methodologische pakket. Onderzocht werd welke voorwaarden noodzakelijk en/of voldoende zijn voor het ontstaan of voortbestaan van psychiatrische

stoornissen. De publikaties met betrekking tot de *ontstaansvoorwaarden* betroffen vooral het reactiviteitsconcept - het optreden van een psychiatrische stoornis in de bevolking als gevolg van een duidelijke verandering in de omgevingsfactoren. Onder deze noemer valt het onderzoek naar de gevolgen van zowel *buiten* (Giel 1989; 1990 a, b, c, d, e; 1991 a,b.), als *binnen* (Giel e.a. 1978; Ormel 1980) het normale ervaringspectrum vallende ingrijpende levensgebeurtenissen. Verder werd onderzoek verricht naar condities die het *beloop* van de stoornis beïnvloedden (Wiersma e.a. 1983) en/of het vermogen van de patiënt om deze onder controle te krijgen (Oldehinkel e.a. 1992).

Tot de categorie *diagnostiek* kan men het theoretische werk rekenen met betrekking tot de definitie en de operationele inspanningen rond de identificatie van psychiatrische gevallen. Giel's (1985) boek *Waarom een psychiatrische diagnose?* beschrijft de verschillende manieren waarop 'deviantie' kan worden gezien, alsmede de verschillende categorieën die bestaan binnen het medisch-psychiatrische model. Verder heeft men zich ingezet voor de ontwikkeling van talrijke instrumenten om (aspecten) van psychiatrische stoornissen te meten. Te noemen zijn onder andere de PSE (Pen e.a. 1977; Van den Brink e.a. 1989) en diens opvolger de 'Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry' (Wing e.a. 1990), de 'General Health Questionnaire' (Ormel e.a. 1989), een instrument voor kinderpsychiatrische stoornissen (Wiznitzer e.a. 1992), de 'Groningse Vragenlijst over Sociaal Gedrag' (De Jong e.a. 1986, 1994) en de 'Utrechtse Coping Lijst' (Sanderman en Ormel 1992).

Of men in de psychiatrie kiest voor *het geval of het getal* hangt af van de vraag, of men zich vooral klinicus dan wel onderzoeker voelt en zaken respectievelijk wil verbeteren of verklaren. Van meet af aan heeft Giel deze aspecten in zich verenigd. Uit zijn persoonlijk oeuvre spreekt gerichtheid op en betrokkenheid bij de mensen, in en buiten Nederland, die geestelijke gezondheidszorg nodig hebben. Het is echter moeilijk twee heren volledig te dienen. Tien jaar geleden stelde Vandenbroucke (1984) dat de tijd van generalisten in de epidemiologie voorbij is. Een nader antwoord op de steeds complexer wordende vragen van de psychiatrie aan de epidemioloog zou diepte-investeringen van specialisten vereisen. Dat Giel daarvoor niet gekozen heeft, kenmerkt hem meer als sociaal-psychiater dan als epidemioloog pur sang, een kwalificatie die - het moge duidelijk zijn - door schrijver dezes eerder als compliment dan als kritiek is bedoeld. Met het vertrek van Giel verliest Nederland een specialist op het gebied van de (sociale) psychiatrie en een generalist op het gebied van de epidemiologie. Het lijkt dan ook terecht om in zijn geval niet te spreken van psychiatrische epidemiologie, maar van epidemiologische psychiatrie.

Hoe moeten we nu verder op het gebied van populatie- en evaluatieonderzoek in de psychiatrische epidemiologie? Bij gebrek aan een betere gouden standaard zijn de meeste bevolkingsonderzoeken de laatste twintig jaar gebaseerd op klinisch-psychiatrische gevalscriteria, ontleend aan de (Neo-kraepeliniaanse) diagnostiek van ernstig zieke, gehospitaliseerde patiënten. Dit soort klinische casuïstiek komt echter betrekkelijk zelden voor onder de algemene bevolking, vergeleken met prodromale syndromen, formes frustes of defecttoestanden. In het kader van de completering van het psychiatrische beeld (taak 5 uit de eerder vermelde catalogus van Morris) en om meer zicht te krijgen op de *echte* maatschappelijke last, lijkt het een belangrijke opgave voor de toekomst, te komen tot een meer *omvattende psychiatrische nosologie*. Daarin zou uitdrukkelijk plaats moeten worden ingeruimd voor psychische problemen die onder de drempel van de professionele geestelijke gezondheidszorg blijven. Een dergelijke aanpassing van de nosologie zal consequenties hebben voor de planning van preventieve en therapeutische voorzieningen en voor het behandelbeleid op het niveau van het individu. Als de prevalentie en incidentie van stoornissen in de bevolking, volgens welk criterium dan ook, eenmaal zijn vastgesteld, zou men verder moeten zoeken naar de *determinanten*, in precipiterende en perpetuerende zin, van zowel ziekte als ziektegedrag. Naast behandeling van ziekte, vormt hulp bij ziektegedrag immers een belangrijke taak van het zorgstelsel.

Op het gebied van evaluatie-onderzoek heeft Nederland een achterstand ten opzichte van de Verenigde Staten, waar programma-evaluatie sinds jaar en dag wettelijk verplicht is voor vele GGZ-voorzieningen. Donker (1992) noemt als meest voorkomende evaluatiethema's: resultaten voor de patiënt ('outcome studies'), resultaten voor de samenleving ('community impact studies'), het hulpverleningsproces op patiëntniveau, en de organisatie van een GGZ-programma. Voor de dagelijkse praktijk is vooral het onderzoek naar de effectiviteit van interventie(programma's) interessant en des te meer naarmate de onderzoeksresultaten universeel van toepassing zijn. Het verrichten en/of ondersteunen van 'outcome studies' met een maximale externe validiteit lijkt dan ook een andere belangrijke taak voor de psychiatrische epidemiologie.

Literatuur

Brink, W. van den, M. Koeter, J. Ormel, W. Dijkstra, R. Giel, C.J. Slooff en T. Wohlfarth (1989), Psychiatric diagnosis in an outpatient population. A comparative study of PSE Catego and DSM-III. *Archives of General Psychiatry* 46, 369- 372.

Donker, M. (1990), *Principes en praktijk van programma-evaluatie*. NcGv, Utrecht.

Freud, S. (1921), *Massenpsychologie und Ich-analyse*. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Leipzig.

Giel, R., en C.P.J. le Nobel (1971), Psychiatrische stoornissen in een Nederlands dorp. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 115, 949-954.

Giel, R. (1972), Psychiatrie in de praktijk van de huisarts. *Huisarts en Wetenschap* 15, 203-209.

Giel, R., G.H.M.M. ten Horn, J. Ormel, W.J. Schudel en D. Wiersma (1978), Mental illness, neuroticism and life events in a Dutch village sample: a follow-up. *Psychological Medicine* 8, 235-243.

Giel, R. (1979), De keerzijde van het therapeutisch klimaat. Paradoxen in de inrichtingspsychiatrie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 34, 604-616.

Giel, R. (1980), The truth about psychiatric morbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 62, Suppl. 285, 30-40.

Giel, R., F.G. Brook en G.H.M.M. ten Horn (1984), Patterns of mental health care for the elderly. A cohort study in a Dutch register area. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences* 234, 166-171.

Giel, R. (1985), *Waarom een psychiatrische diagnose?* Samsom Stafleu, Alphen aan den Rijn/Brussel.

Giel, R. (1986), An example from the Groningen register: evaluation of changes in service policy with register data. In: G.H.M.M. ten Horn, R. Giel, W.H. Gulbinat en J.H. Henderson (red.), *Psychiatric Case Registers in Public Health*. Elsevier Publishers, Amsterdam, p. 95-100.

Giel, R. (1986), In retrospect. In: G.H.M.M. ten Horn, R. Giel, W.H. Gulbinat en J.H. Henderson (red.), *Psychiatric Case Registers in Public Health*. Elsevier Publishers, Amsterdam, p. 428-429.

- Giel, R., D. Wiersma en A. de Jong (1987), Sociale klasse en psychische stoornissen: een Hollands drama? *Tijdschrift voor Psychiatrie* 29, 129-146.
- Giel, R., S. Sytema, F.G. Brook e.a. (1987), Patterns of care of depressive illness: a case register study using a hierarchical diagnostic classification. In: B. Cooper (red.), *Psychiatric Epidemiology: Progress and Prospects*. Croom Helm, Londen, p. 247-256.
- Giel, R. (1989), De psychosociale kant van rampen. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 31, 223- 240.
- Giel, R. (1990), In het Palestijnse kamp. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 45, 267-282.
- Giel, R. (1990), The Intifada: some psychological consequences. In: *Refugee Participation Network* 7. Refugee Studies Programm, Oxford, p. 2-5.
- Giel, R. (1990), De ramp en daarna. *Psychologie* 9, 267-282.
- Giel, R. (1990), Psychosocial processes in disasters. *International Journal of Mental Health* 19, 7-20.
- Giel, R. (1990), De late gevolgen van rampzalige traumatische ervaringen. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 32, 50-61.
- Giel, R., M.W.J. Koeter en J. Ormel (1990), Detection and referral of primary care patients with mental health problems: the second and third filer. In: D. Goldberg en D. Tantam (red.), *The Public Health Impact of Mental Disorder*. Hogrefe & Huber, Toronto, p. 25-34.
- Giel, R., M.W.J. Koeter, K. van der Meer en J. Ormel (1991), De filters in het model van Goldberg en Huxley in de praktijk. Diagnostiek en verwijzing in de eerste lijn. *Huisarts en Wetenschap* 34, 100-111.
- Giel, R. (1991), Hoe erg was Chernobyl? De psychosociale gevolgen van het reactorongeluk. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 135, 1137-1141.
- Giel, R. (1991), The psychosocial aftermath of two major disasters in the Soviet Union. *Journal of Traumatic Stress* 4, 381-392.
- Greenwood, M. (1935), *Epidemic and Crowd Disease: An Introduction to the Study of Epidemiology*. Williams & Norgate, Londen.
- Hoek, H.W., en F.G. Brook (1985), Patterns of care of anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research* 12, 1-6.
- Horn, G.H.M.M. ten, en R. Giel (1986), Uses of a psychiatric case register: evaluation studies. *Acta Psychiatrica Belgica* 86, 362-369.
- Horn, G.H.M.M. ten (1987), Patiëntenregister Geestelijke Volksgezondheid, 14 jaar evaluatie-onderzoek onder de loep. *Signet* 4, 3-7.
- Horn, G.H.M.M. ten (1988), De (spil)functie van een register in evaluatie-onderzoek. In: *Het casusregister als model voor een regionaal informatiesysteem in de GGZ*. NcGv, Utrecht.
- Jong, A. de, R. Giel, C.J. Slooff en D. Wiersma (1986). Relationship between symptomatology and social disability. *Social Psychiatry* 21, 200-205.

- Jong, A. de, en P.M. van der Lubbe (1994), *Handleiding voor de Groningse Vragenlijst over Sociaal Gedrag*. Rijksuniversiteit Groningen, Afdeling Sociale Psychiatrie, Groningen.
- Kraaykamp, H.J.M. (1992), *Moelijke rollen: psychometrisch onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit van de Groninger Sociale Beperkingenschaal*. Proefschrift, Rijksuniversiteit Groningen.
- Morris, J.M. (1957), *Uses of Epidemiology*. Livingstone, Edinburgh.
- Oldehinkel, A.J., M.W.J. Koeter, J. Ormel en W. van den Brink (1992), Omgaan met problematische situaties. *Gedrag en Gezondheid* 20, 236-244.
- Oortwijn, W.J., A.J.H.A. Ament en H. Vondeling (1994), Toepassing van maatschappelijke criteria bij de beoordeling van onderzoeksvoorstellen: zinvol en uitvoerbaar? *Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg* 72, 99-101.
- Ormel, H. (1980), *Moeite met leven of een moeilijk leven*. Konstapel, Groningen.
- Ormel, J., R. Stewart en R. Sanderman (1989), Personality as modifier of the life change - distress relationship. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 24, 187-195.
- Ormel, J., M.W.J. Koeter, W. van den Brink en R. Giel (1989), Concurrent validity of GHQ-28 and PSE as measures of change. *Psychological Medicine* 19, 1007- 1013.
- Ormel, J., en R. Giel (1990), Medical effects of non-recognition of affective disorders in primary care. In: N. Sartorius e.a. (red.), *Psychological Disorders in General Medicine Settings*. Hogrefe & Huber, Toronto, p. 146-158.
- Ormel, J., W. van den Brink, M.W.J. Koeter, R. Giel, K. van der Meer, G. van der Willige en F.W. Wilmlink (1990), Recognition, management and outcome of psychological disorders in primary care: a naturalistic follow-up study. *Psychological Medicine* 20, 909-923.
- Ormel, J., M.W.J. Koeter, W. van den Brink en G. van der Willige (1991), Recognition, management and course of anxiety and depression in general practice. *Archives of General Psychiatry* 48, 700-706.
- Pen, A., W.A. Arindell, W. Lawant en J. Pols (1979), Betrouwbaarheid van de Present State Examination. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 21, 375-388.
- Sanderman, R., en J. Ormel (1992), De Utrechtse Copinglijst. *Gedrag en Gezondheid* 20, 32-37.
- Shepherd, M. (1971), Epidemiologische Psychiatrie. *Nervenarzt* 42, 505-510.
- Shepherd, M. (1973), Foreword. In: B. Cooper en H.G. Morgan (red.), *Epidemiological Psychiatry*. Charles Thomas, Springfield.
- Sytema, S., en J. Ormel (1986), Alcoholproblematiek: schattingen van de behandelde en de onbehandelde morbiditeit in de Nederlandse bevolking. *Tijdschrift voor Alcohol en Drugs* 12, 190-197.
- Sytema, S. (1987), Evaluatie van een reorganisatie in een CAD. In: *De toets der goede bedoelingen*. NcGv, Utrecht.

Vandenbroucke, J.P., en A. Hofman (1990), *Grondslagen der epidemiologie*. Bunge, Utrecht.

Vanderbroucke, J.P. (1984), Klinische epidemiologie in Nederland. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 128, 2282.

Wiersma, D., F.G. Brook, R. Giel, H. Kluiters, F.J. Nienhuis, M. Rüphan en S. Sytema (1991), Effecten van substitutie op het regionale opname- en verwijspatroon in de geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 33, 100-111.

Wiersma, D., H. Kluiters, F.J. Nienhuis, L.M. Ram, M. Rüphan, J.R. van Veldhuizen en G.A.J. Versteeg (1992), De opnamevoorkomende dagbehandeling met bijpassende ambulante zorg in het substitutieproject Drenthe. In: D. Wiersma en A. Schene (red.), *Opnamevervangende dagbehandeling in de psychiatrie*. NcGv, Utrecht, p. 7-55.

Wiersma, D., R. Giel, A. de Jong en C.J. Slooff (1983), Social class and schizophrenia in a Dutch cohort. *Psychological Medicine* 13, 422-439.

Wilmink, F.W., J. Ormel, R. Giel e.a. (1989), General practitioner's characteristics and the assessment of psychiatric illness. *Journal of Psychiatric Research* 22, 135- 149.

Wing J.K., T. Babor, T. Brugha, J. Burke, J.E. Cooper, R. Giel, A. Jablensky, D. Regier en N. Sartorius (1990), SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Archives of General Psychiatry* 47, 589-593.

Wiznitzer, M., F.G. Brook en R. Giel (1992), Een diagnoseformulier kinder- en jeugdpsychiatrie. De ontwikkeling van een instrument voor kinderpsychiatrische stoornissen. *Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg* 70, 469-476.

Summary: Between epidemiology and psychiatry

This paper describes the relationship between psychiatry and epidemiology and the influence of Giel and his collaborators on its development in recent decennia. Between 1850 and 1950 the two disciplines differed in essential respects. Epidemiology dealt with large numbers of clearly defined and often acute cases, using a monocausal model, whereas psychiatry focussed on the individual patient whose vaguely described problems were multi-causally interpreted. Round 1950 the tide turned. As a result of its involvement with chronic disorders epidemiology had begun to think in multicausal terms. Pressed by rising psychopharmacology psychiatry had come to realise the importance of accurate description and classification. The necessary base for cooperation was laid. Since then Giel and his team have explored the whole range of topics in psychiatric epidemiology, be it at the cost of in-depth findings. Their work reflected the methodological state of the art and proved to be relevant scientifically and socially.

De auteur is als A-opleider psychiatrie verbonden aan het Psychiatrisch Centrum Jan Wier te Tilburg en als stafmedewerker sociale psychiatrie aan de Katholieke Universiteit Nijmegen.

Adres: Psychiatrisch Centrum Jan Wier, Postbus 10052, 5000 JBTilburg.