

Ziekte, ziekte-inzicht en ziektegedrag in het kader van de psychiatrie

door P.P.G. Hodiament, P.G.M. Peer en P.H.J.M. Heydendael

Samenvatting

Dit artikel beschrijft een aantal theoretische en empirische verbanden tussen de termen geestesziekte, ziekte-inzicht en ziektegedrag. Na een tour d'horizon langs deze begrippen worden de resultaten gepresenteerd van een bevolkingsonderzoek in de regio Nijmegen naar psychiatrische problematiek en daarmee samenhangend lijden, sociale dysfunctie, ziekte-inzicht en hulpzoekgedrag.

Gewogen voor de populatie lijdt 98% van de evident psychiatrische gevallen (Index of Definition 6, 7 en 8, vastgesteld met behulp van de Present State Examination) ernstig onder hun belangrijkste symptoom, functioneert 78% sociaal matig of slecht en heeft 55% een beperkt ziekte-inzicht. 50% van de onderzochten heeft ooit een professionele instantie geconsulteerd voor hun psychiatrische symptomen. Bij 20% was de behandeling nog gaande.

In de discussie besteden we aandacht aan de gevolgen van onze bevindingen voor de vigerende 'Belief'-modellen ter verklaring van ziekte- en hulpzoekgedrag.

Inleiding

In de psychiatrie zijn de termen ziekte (een aanduiding voor stoornissen in het innerlijk beleven en/of uiterlijk gedrag), ziekte-inzicht (een specificatie van de ziektebeleving), en ziektegedrag (gedrag naar aanleiding, en gericht op vermindering, van klachten en symptomen) niet alleen taalkundig, maar ook conceptueel verbonden. Een nadere exploratie van (de samenhang tussen) deze begrippen lijkt interessant om redenen, die we voor elk afzonderlijk zullen aangeven.

'Deze tekst onderwijst de betekenis van termen door ze telkens weer te gebruiken in uitspraken, die deze termen relateren aan andere termen', aldus Wickelgren (1979). Naar analogie daarvan willen wij de begrippen geestesziekte, ziekte-inzicht en ziektegedrag uitwerken aan de hand van hun (onderlinge) relaties zoals die beschreven zijn in de literatuur en door ons empirisch werden vastgesteld.

Eerst bespreken we het begrip geestesziekte, in verband met 'disability' en 'distress', ziektegedrag en ziekte-inzicht. Vervolgens gaan we de term 'inzicht' na in zijn toepassing op psychosen, neurosen en

normaliteit. Dan komt het ziektegedrag aan de orde, met name zijn roltheoretische achtergrond, de invloed die het heeft op psychiatrie en gezondheidszorgbeleid, bepalende factoren, en gangbare schema's voor de verklaring van ziektegedrag (de zogenaamde 'belief'-modellen). Een en ander wordt samengevat in een aantal vragen die we trachten te beantwoorden met behulp van empirisch materiaal uit het Nijmeegs Regioproject (Tax e.a., 1984). Het gaat daarbij concreet om de relatie tussen '*distress*', '*social disability*' en ziekte-inzicht enerzijds, en anderzijds *aard en ernst van psychiatrische problematiek*, alsmede het daaruit voortvloeiende ziektegedrag. In de discussie ten slotte koppelen we onze empirische bevindingen terug naar de betreffende punten uit het literatuuroverzicht.

Theoretische achtergronden

Geestesziekte en daarmee samenhangende begrippen – Vele auteurs hebben zich bezig gehouden met het omschrijven van het begrip geestesziekte. De bij ons weten meest recente en weloverwogen definitiepoging is ondernomen door Spitzer e.a. (1980) in het kader van hun werk aan de DSM-III: '... a mental disorder is conceptualized as a clinically significant behavioral or psychologic syndrome or pattern that occurs in an individual, and that is typically associated with either a painful symptom (distress) or impairment in one of more important areas of functioning (disability). In addition, there is an inference that there is a behavioral, psychologic or biologic dysfunction and that the disturbance is not only in the relationship between the individual and society ...'.

De termen '*distress*' en '*disability*' zijn nuances van het ziektebegrip, waarvoor het Nederlands geen goed equivalent bezit. '*Disease* is a process that produces physiological and psychological disorder. Illness is a state of *distress* expressed as symptoms. And sickness is thought of as a state of social dysfunction. The consequences of disease, illness and sickness are impairment, *disability* and handicap, respectively' aldus Schwab en Schwab (1978). Rees (1976) stelt daarentegen dat stress, *distress* en disease oorspronkelijk hetzelfde betekenden, namelijk '*discomfort or lack of well being*'. In de geest van bovenstaande definitie (zie ook de vertaling van Giel, 1983), vatten wij '*distress*' op als lijden, pijnlijke ervaringen of persoonlijke lasten en '*disability*' als sociale dysfunctie.

Centraal in Spitzers definitie van geestesziekte staat de zinsnede '*clinically significant ... syndrome*', met andere woorden een in medisch opzicht betekenisvol symptoompatroon waarvan '*distress*' en '*disability*' wel typische doch niet noodzakelijke exponenten zijn. Juist daarin ligt het verschil met psychosociale problematiek, – volgens een recente omschrijving (Ter Heine, 1983, 1985) het bij de respondent levende gevoel van psychische onvrede en sociale dysfunctie. De wijze

van oordelen geschiedt namelijk niet 'objectief' door een 'clinicus', maar 'subjectief' door de betrokken leek, en 'distress' en 'disability' vormen geen bij- maar hoofdzaak van de problematiek.

Het zal duidelijk zijn dat de uitkomst van onderzoek naar het voorkomen, de oorzaken en behandelingsresultaten van geestelijke gezondheidsproblemen, niet alleen afhangt van de wijze waarop men de aard van het probleem beschrijft (in psychiatrische of psychosociale termen), maar ook van de manier waarop men aankijkt tegen de ernst daarvan.

Met lijden en sociale dysfunctie wordt in wisselende mate rekening gehouden bij de ernstbepaling van psychiatrische stoornissen. Zo stelt de Wereldgezondheidsorganisatie dat men pas mag spreken van een psychiatrisch geval wanneer de symptomen ernstig genoeg zijn om verlies van werk, sociale vaardigheid of beide te veroorzaken. In een gangbaar psychiatrisch interview als de Present State Examination (Wing e.a., 1974) wordt weliswaar naar *sociale dysfunctie* gevraagd, doch het antwoord telt niet mee bij het bepalen van de ernst (of aard) der problemen. Men lijkt geïnteresseerd in de sociale rolveranderingen die het gevolg kunnen zijn van psychiatrische problematiek, maar tracht de invloed van cultuurafhankelijke visies op arbeid en dergelijke zoveel mogelijk buiten het klinisch oordeel te houden. De ernst van een psychiatrisch verschijnsel wordt mede bepaald door de intensiteit van het *lijden*, of de mate waarin de betrokkene zijn symptoom negatief beleeft ('associated distress' of 'unpleasant affect'; Goldberg, 1972, respectievelijk Wing e.a., 1974). Voor een indruk van de last die iemand ondervindt van zijn problematiek zijn we afhankelijk van diens mededelingen in woord of daad. Zelfrapportage is dan ook het uitgangspunt van talloze 'distress'-vragenlijsten. Volgelingen van de motivatieleer (Birch en Veroff, 1966) daarentegen vatten de last van symptomen op als een prikkel tot actie en meten de ernst van (psychiatrische) problemen af aan het *ziektegedrag* waartoe zij motiveren. Beide benaderingswijzen hebben een beperking. We kennen namelijk psychiatrische beelden die op een deskundige ernstig overkomen, doch niet of nauwelijks gepaard gaan met subjectief lijden of distress. Soms bestaat de problematiek al zolang dat het lijden tot gewoonte is geworden en de affectieve component van de symptomen verbleekt. In andere gevallen blijkt de patiënt door de aard van zijn aandoening niet in staat tot een redelijke evaluatie van, c.q. *inzicht* in zijn toestand.

Aan de hand van de gegevens over de regionale populatie willen wij onderzoeken in hoeverre last en sociale dysfunctie als gevolg van psychiatrische symptomen samenhangen met aard en ernst van de problematiek enerzijds en met hulpzoekgedrag anderzijds.

Ziekte-inzicht – 'Among the unclarities which are of utmost clinical importance and which cause utmost confusion is the term insight', zegt Zilboorg (1952). Ziekte-inzicht is een begrip dat sinds het begin

van deze eeuw wordt gebruikt in de psychiatrie ter aanduiding van 'the patient's knowledge that the symptoms of his illness are abnormalities or morbid phenomena' (Hinsie en Campbell, 1977).

'Schr häufig ist die Idee geistiger Gesundheit trotz tiefgreifender psychischer Störung, der Mangel des Krankheitsbewusstseins', aldus Kraepelin (1903). Uit de context valt op te maken dat Kraepelin het gebrek aan ziekte-inzicht beschouwde als kenmerkend voor een toestand van psychose. De bevinding van een groot transcultureel onderzoek, dat ontbrekend ziekte-inzicht het meest voorkomende verschijnsel was bij schizofrenie lijkt deze opvatting te bevestigen (WHO, 1973).

Ook over de neurosen zegt men (Hinsie en Campbell, 1977) dat 'reality's value may be ... diminished'. Ingram (1961) heeft de aandacht gevestigd op het soms dramatische gebrek aan ziekte-inzicht bij dwangneurotici. In hun psychiatrische onderzoeksschema stellen Kaplan en Sadock (1980) inzicht aan de orde als de mate van bewustzijn en begrip bij de patiënt dat hij ziek is. Zij onderscheiden zes graden van ziekte-inzicht, die lopen van volledige ontkenning tot emotioneel inzicht. De ene kant van dit spectrum wordt beschreven als een ernstige stoornis van het oordeelsvermogen, de andere als een voorwaarde voor echte psychotherapeutische veranderingen.

Psychodynamisch gezien spelen afweermechanismen (manifestaties van de algemeen menselijke behoefte om zich te weren tegen gevoelens die, indien bewust, een pijnlijke situatie zouden veroorzaken; Sandlere a., 1973) een wezenlijke rol in alle stadia van inzicht. Het begrip inzicht verscheen dus aan het begin van deze eeuw in de klinisch-psychiatrische literatuur over psychosen en werd enkele decennia later onderwerp van psychoanalytische beschouwingen met betrekking tot de neurosen. De opkomende egopsychologie voegde vervolgens normaliteit toe aan het gebied waarin bewustzijnsbeperkende mechanismen een functie hebben. Kroeber (1963) onderscheidde bij voorbeeld aan selectief bewustzijn een afwerend ('defense') aspect – de weigering om pijnlijke gevoelens onder ogen te zien, en een verwerend ('coping') aspect – het vermogen om pijnlijke gevoelens opzij te zetten voor een of andere taak.

Blijft de vraag of deze tegenstelling tussen normale en ziekelijke c.q. neurotische en psychotische bewustzijnsinperkingen een natuurlijke basis heeft, met andere woorden of eventuele verschillen nu kwantitatief dan wel kwalitatief zijn bepaald.

Verheldering van het begrip inzicht zou kunnen bijdragen aan de nuancering van psychopathologische categorieën en therapeutische doelstellingen (naast weerstandanalyse b.v. weerstandsofbouw tegen allerlei vormen van stress). De forensische psychiatrie lijkt gebaat bij de uitwerking van het inzichtcriterium om de toerekeningsvatbaarheid beter te kunnen bepalen (Schnitzler, 1984). Een belangrijk aspect daarvan is het inschatten van de mogelijkheid tot 'informed consent'

voor b.v. elektroshock bij ernstige depressieve patiënten (Kaufman en Roth, 1981). Een zekere mate van ziekte-inzicht wordt ook gepostuleerd door de aanhangers van de zogenaamde 'belief'-modellen in het onderzoek naar ziektegedrag. Het 'kiezen' van een bepaald gedrag naar aanleiding van symptomen veronderstelt tenminste enig bewustzijn van die symptomen, zo redeneren zij.

Wij zullen onderzoeken in hoeverre gebrek aan ziekte-inzicht samenhangt met aard en ernst van de psychiatrische problematiek enerzijds en met het hulpzoekgedrag naar aanleiding daarvan anderzijds. Verder gaan we in op de mogelijke consequenties van onze bevindingen voor enkele ziektegedragmodellen.

Ziektegedrag – 1. Roltheoretische achtergrond. Het ziektegedragconcept is voortgekomen uit het ziekerolbegrip, door Parsons (1951, 1975) geïntroduceerd in het kader van een klassiek sociologische roltheorie over het ziek-zijn.

Parsons specificeerde het begrip rol – een geheel aan verwachtingen over het gedrag van een persoon in een bepaalde sociale positie – voor de zieke als twee rechten en twee plichten:

1. de zieke wordt van zijn morele sociale verplichtingen vrijgesteld;
2. de zieke is niet verantwoordelijk voor zijn toestand;
3. van de zieke wordt verwacht dat hij genezing zoekt,
4. en competente hulp, waaraan hij naar vermogen dient mee te werken.

Volgens Dörner (1975) gaat deze omschrijving van de ziekerol overigens niet op voor de geesteszieke patiënt, die respectievelijk van zijn normale verplichtingen eerder gedwongen wordt ontslagen dan vrijgesteld, een maatschappelijk stigma krijgt opgedrukt, door zijn gebrek aan ziekte-inzicht niet in staat is genezing te zoeken, en om dezelfde reden ook niet zal meewerken aan de behandeling.

Als reactie op Parsons' structurele, aan de sociale positie gekoppelde rolbegrip, heeft zich een interactionele, aan de situatie gebonden rolopvatting ontwikkeld, waarin het accent ligt op elkaar beïnvloedende attitudes en gedragswijzen van roldragers en rolzenders (Ter Heine, 1981). Zo ontstond een sociaal-psychologisch rolbegrip, dat raakpunten vertoont met psychopathologische rolopvattingen (Erikson, 1968). Krause (1980) wijst bij voorbeeld op de overeenkomst tussen een gebrekkige roldistantie (het onvermogen om afstand te nemen van normatieve rolverwachtingen) en een gestoorde ik-identiteit.

Het aanvaarden van de ziekerol (hoe men deze ook definieert) wordt ziektegedrag genoemd (Tellegen, 1975). Pilowski (1966) heeft de term abnormaal ziektegedrag geïntroduceerd als aanduiding van een meningsverschil tussen arts en patiënt – ontkenning van een medisch vastgestelde ziekte door de patiënt, of een ziekteclaim van de patiënt die door de dokter wordt aangevochten – over het aanvaarden of afwijzen van de ziekerol. Deze twee kanten van de ziekerolmedaille komen

niet alleen overeen met de verdeling (Pilowski, 1978) van psychopathologische beelden in geaggraveerde (b.v. somatische wanen bij een organisch psychosyndroom, hypochondrische neurosen) en gedissimuleerde (b.v. anosognosie, vlucht in de gezondheid) maar completeren ook het begrip 'gebrek aan ziekte-inzicht' door ziekteoverschatting toe te voegen aan de reeds genoemde ziekteonderschatting.

2. *De positie van het onderzoek naar ziektegedrag.* Over de relatie tussen het onderzoek op het gebied van ziektegedrag enerzijds, en de psychiatrie anderzijds lopen de meningen uiteen. Voor sommigen is het een zuiver gedragswetenschappelijke aangelegenheid of hoogstens een grensgebied van de psychiatrische epidemiologie (Häfner, 1978). Mechanic en Volkart (1960), de eersten die 'illness behavior' expliciet formuleerden als 'the ways in which given symptoms may be differentially perceived, evaluated, and acted (or not acted) upon by different kinds of persons', geven het ziektegedrag daarentegen een (chrono)logische plaats 'between two major traditional concerns of medical science: etiology and therapy'.

Ziektegedrag bepaalt niet alleen of mensen onder behandeling komen, maar kleurt soms ook de diagnostiek. Wat op het eerste gezicht karakteristiek lijkt voor een psychiatrische aandoening (b.v. de hogere frequentie bij vrouwen) blijkt bij nader inzien juist kenmerkend voor het zoeken van psychiatrische hulp (Robins, 1978). Het onderzoek naar variabelen die een rol spelen bij ziektegedrag kan dus bijdragen aan de preventie van diagnostische schijnassociaties, de zogenaamde Berkson's fallacies, waar ten onzent Rümke (1970) op heeft gewezen. Gurin e.a. (1960) zagen ziektegedrag als een gefaseerd proces van probleemoplossing. Zij onderscheidden actieve reacties (zelf aan het probleem werken, resp. hulp zoeken bij anderen), passieve reacties (verdringing!, niets doen en/of spanning laten voortduren) en bidden (Hosman, 1983). Hulp zoeken in de sfeer van professionele of mantelzorg is dus maar één van de ziektegedragmogelijkheden. De ontdekking van specifieke fasen in het verloop van ziekte- (en hulpzoek)gedrag heeft de aandacht gevestigd op het essentiële verschil tussen begrippen als (gerapporteerde of gediagnostiseerde) problematiek, hulpbehoefte, hulpvraag en hulpverlening, en op de noodzaak tot nuancering van deze vaak verwisselbaar geachte onderzoeksvariabelen in het kader van een adequate beleidsondersteuning. (Gedrags)wetenschappelijke theorievorming, verfijning van de (psychiatrische) diagnostiek, een bijdrage aan de kennis over het probleemoplossende vermogen van de mensen, en het verkrijgen van beleidsondersteunende informatie, zijn dus argumenten die worden aangevoerd om het onderzoek naar ziekte- en hulpzoekgedrag te rechtvaardigen.

3. *Ziektegedragfactoren.* Onder de factoren, waarvan men aanneemt dat ze het ziektegedrag beïnvloeden, neemt stress (een term die in de 15e eeuw opduikt als afkorting van 'distress') een belangrijke plaats in. Zo constateert Mechanic (1978) op basis van uitgebreid

literatuuronderzoek, dat 'psychological distress', alle meetproblemen ten spijt, een wezenlijke rol speelt bij ziektegedrag en medische consumptie. Tot eenzelfde conclusie kwamen Kasl, Cobben Arbor (1966), blijkens het feit dat zij 'psychological distress' als aparte variabelen opnamen in hun ziektegedragmodel. Sociale factoren als geslacht, ras, leeftijd, etnische achtergrond, burgerlijke staat, opleiding, beroep, inkomen en woonplaats, en psychologische, zoals zelfbeeld, wijze van omgaan met angst, pijndrempel en frustratietolerantie, zouden volgens hen een indirecte werking hebben.

Met de resultaten van het onderzoek naar de relatie tussen deze variabelen en ziektegedrag zijn boekdelen te vullen. We zullen ons in dit verband beperken tot enkele voorbeelden van de invloed die structurele, culturele, en persoonlijkheidsfactoren hebben op ziektegedrag. Crandell en Dohrenwend (1967) toonden aan dat hogere leeftijdscategorieën en lagere sociaal-economische klassen, de neiging hebben om 'psychological distress' uit te drukken in lichamelijke klachten. Dat de culturele variatie in ziektegedrag een functie kan zijn van het verschil in benoemen, verklaren en behandelen van symptomen, werd door Kleinman (1977) opgemerkt. De (h)erkenning van een verschijnsel als klacht is omgekeerd evenredig met de frequentie daarvan in een bepaalde cultuur en afhankelijk van de waarde die aan het fenomeen wordt gehecht (Zola, 1966). In bepaalde gemeenschappen worden hallucinaties op prijs gesteld vanwege hun, naar men aanneemt, voorspellende kracht, en spreken de betrokkenen vrijelijk over dergelijke ervaringen (Wallace, 1959). Onder de psychologische kenmerken blijken met name angst- en minderwaardigheidsgevoelens het zoeken van hulp te faciliteren (Terwilliger en Fiedler, 1958). Voor nadere informatie over de variabelen die bijdragen aan de verklaring van het ziekte- en hulpzoekgedrag zij verwezen naar het betreffende overzichtsartikel van Kasl en Cobb (1966).

4. *Een verklaringsschema voor ziektegedrag.* Het Health Belief Model (HBM) is een theoretisch schema, waarin de werking van de eerdergenoemde variabelen op (gezondheids- en) ziektegedrag verloopt volgens principes geformuleerd door de Amerikaanse psycholoog Kurt Lewin (1963). Deze veronderstelde een relatie tussen de 'cognitive structure (learning, insight!...)' enerzijds, 'and the direction and strength of the psychological forces ...', een soort motiverende kracht, anderzijds. Ziekte krijgt in dat verband de betekenis van een 'negative valence', dat wil zeggen een motief tot gedrag ter voorkoming van (verdere) onlust (Rosenstock, 1974).

Oorspronkelijk bedoeld als model voor gezondheidsgedrag ging men het HBM ook toepassen op ziektegedrag, en wel met de volgende vooronderstellingen (Kirscht, 1974):

1. symptoomonderkenning veroorzaakt een gevoel van onheil en een prikkel tot actie,
2. kosten en baten van een dergelijke actie worden tegen elkaar afgewogen,

3. de betrokkene heeft vertrouwen in de doeltreffendheid van bepaalde stappen die hij zal ondernemen om de dreiging te keren.

Hoewel dit schema lange tijd gold als de beste benadering van gezondheids- en ziektegedrag, heeft het zijn zwakke plekken. Met de invloed van de sociale context (netwerksteun etc.) en de arts-patiëntrelatie wordt nauwelijks rekening gehouden. Aan sociaal-cultureel of psychopathologisch bepaalde variaties in symptoom(h)erkenning biedt het model evenmin plaats, zoals Kasl (1974) zelf toegeeft. Dit laatste geldt overigens ook voor het, thans veel gebruikte, 'Behavioral Intentional Model' (BIM-Fishbein en Ajzen, 1975), dat meer de nadruk legt op cognitieve factoren, waar het HBM 'waargenomen bedreiging' accentueert.

Vanuit psychiatrisch standpunt kan men zich afvragen of symptomen überhaupt worden ervaren en zo ja, of ze dreigend genoeg zijn om de betrokkene tot actie te bewegen. Deze twijfel krijgt gestalte in het theoretische onderscheid tussen 'perceived morbidity'-psychische problematiek zoals ervaren en weergegeven door de direct betrokken leek – en 'disease' – psychopathologie zoals gezien en vastgelegd door de indirect betrokken specialist. Wanneer het gaat om een stoornis van het oordeelsvermogen zal deze bovendien interfereren met de, bij het HBM genoemde, overwegingen over kosten, baten en effectiviteit van het hulp zoeken, en met de 'beredeneerde gedrag'-benadering van het BIM (Hosman, 1983).

Uiteindelijk staat of valt de verklaringskracht van de 'belief'-modellen voor psychiatrische ziekte- en hulpzoekgedrag met de vraag of men empirisch kan vaststellen dat de betrokkene zijn symptomen inderdaad (h)erkent als beweegreden tot actie.

Bovenstaand betoog kan worden toegespitst op de volgende vragenstellingen:

1. Hoe is de relatie tussen aard en ernst van psychiatrische problematiek en (a) 'distress', (b) 'disability' (c) ziekte-inzicht.

2. Welke rol spelen 'distress', 'disability' en ziekte-inzicht ten aanzien van het hulp zoeken.

Materiaal en methoden

Het onderzoekskader – De voor deze probleemstelling relevante data werden verzameld in het kader van het zogenaamde Regioproject, een longitudinaal onderzoek naar ziekte (in somatische, psychosociale en psychiatrische zin) en hulpzoekgedrag onder de open populatie van de gezondheidsregio Nijmegen. Voor achtergrond en doelstelling van dit project zij verwezen naar Tax e.a. (1984).

Een representatieve steekproef van 3232 personen (73% respons) werd op meettijdstip 1 (t_1) met behulp van een vragenlijst, de General Health Questionnaire (Goldberg, 1972), gescreend op potentiële psychiatrische problematiek. Om een indruk te krijgen van de psychiatri-

sche prevalentie in de bevolking en bovendien voldoende gevallen over te houden voor vervolgonderzoek, benaderden wij voor een psychiatrisch vraaggesprek, de Present State Examination, op meettijdstip 2 (t_2) niet alleen 252 willekeurig bepaalde respondenten (een aselechte steekproef uit de t_1 -steekproef), doch ook degenen die een score hadden behaald op de GHQ van 10 of hoger (een selectie uit de t_1 -steekproef). Uiteindelijk werden 101 PSE-'gevallen' gevonden.

De meetinstrumenten – In een eerder artikel hebben we de opzet en de onderlinge relatie van deze instrumenten besproken (Hodiament en Veling, 1984). Voor gedetailleerde informatie over achtergrond en inhoud van de items verwijzen wij naar de betreffende handboeken (Goldberg, 1972; resp. Wing e.a., 1974; Verhey, 1981).

De General Health Questionnaire is een door de betrokkene zelf in te vullen lijst met vragen, die betrekking hebben op onaangename psychische verschijnselen en onvermogen om normaal te functioneren, met andere woorden op onwelbevinden of 'distress' (Tessler e.a., 1976; Goldberg, 1978), en sociaal dysfunctioneren.

Van de 140 items die de PSE-interviewer moet beoordelen met betrekking tot aan- of afwezigheid en ernst van neurotische en functioneel-psychotische symptomen, worden enkele zoals ziekte-inzicht en sociaal dysfunctioneren niet meegerekend bij het bepalen van de Index of Definition, die de medisch gedefinieerde *ernst* van de problematiek weerspiegelt, of de diagnostische classificatie, die staat voor de medisch gedefinieerde *aard* van de problematiek. De zogenaamde ID geeft in 8 niveaus aan hoeveel en welk soort symptomen zijn gebruikt bij het classificeren van de PSE-data, als volgt: niveau 1 – geen symptomen, niveau 2 en 3 – tot 9 aspecifieke symptomen, niveau 4 – meer dan 9 aspecifieke symptomen of 1 sleutelsymptoom, niveau 5 (de gevalsdrempel) – meerdere sleutelsymptomen, op niveau 6, 7 en 8 zijn zoveel zwaarwegende symptomen aanwezig dat de respondent kan worden ondergebracht in de categorie 'definite cases'. De in PSE-CATEGO klassen uitgedrukte aard van de psychiatrische problematiek is weergegeven in termen van de International Classification of Diseases (WHO, 1978). Voor de CATEGO klasse R – geremde depressie – bestaat geen geschikt ICD-equivalent. In dat geval gebruiken we de aanduiding 296.2/300.4. Met het oog op *sociaal dysfunctioneren* vraagt de interviewer: 'welke van de problemen die u mij heeft verteld, raken u het meest? In hoeverre storen ze u in uw werk of relatie met anderen? (Heeft u uw werk inderdaad gestaakt of bent u niet in staat geweest het huishouden te doen of te reizen in de afgelopen maand? Hebben de symptomen u op een of andere manier minder efficiënt doen functioneren?)'

Gegeven de aanwezigheid van symptomen kan het functioneren als niet of nauwelijks (1), matig (2), of ernstig (3) beperkt worden gecoördineerd.

De operationalisatie van *ziekte-inzicht* bij neurotische en psychotische symptomen luidt als volgt. Indien de betrokkene (h)erkent dat de symptomen stoornissen zijn van de eigen mentale processen, codeer 0, ook wanneer hij niet erg specifiek is over de oorzaak. Wanneer hij deze mate van inzicht niet kan opbrengen als gevolg van zijn intelligentieniveau, zijn scholing of sociale achtergrond (die kan leiden tot een verklaring in termen van religie, etc.), codeer 1. Als hij zijn psychotische symptomen ontkent of verklaart in termen van een waan of zijn neurotische symptomen uitlegt in termen van fysieke stoornissen, codeer 2. Blijkt de onderzochte overtuigd van het feit dat zijn mentale processen op geen enkele manier zijn gestoord, codeer 3.

Verder hadden wij zelf een aantal items aan het interviewformulier toegevoegd om een globale indruk te krijgen van onder andere het tijdstip waarop het belangrijkste symptoom voor het eerst (i.c. minder dan 1 maand, 1-6 maanden, 6-12 maanden, 1-2 jaar, 2-5 jaar, meer dan 5 jaar geleden) was opgemerkt, de hoeveelheid (i.c. geen, weinig, vrij veel, zeer veel) *last* daardoor veroorzaakt, de *motivatie* om ervan af te komen, en de *contacten* daaromtrent op het gebied van mantel- en professionele hulp. Wat dit laatste betreft ging het om de vraag met welke personen uit de mantelzorgsfeer (partner, ouders, kind(eren), broers en/of zusters, andere familieleden, vrienden, burens en collega's) zij hadden gesproken en met welke van een twintigtal professionele personen of instanties (uit het eerste, tweede, of derde echelon van de GGZ) zij (in het verleden of thans) contact hadden opgenomen. De intensiteit van het hulpzoekgedrag meten we af aan het aantal van de mantelzorgcategorieën, en aan het hoogste echelon van de professionele zorg waarmee de respondenten in aanraking zijn geweest. De professionele hulpverleningsinstanties hebben we als volgt geordend: huisarts, maatschappelijk werk, ambulante geestelijke gezondheidszorg en aanverwante instellingen, psychiatrische poliklinieken, psychiatrische klinieken en inrichtingen (en een restcategorie). Globaal loopt deze rangschikking parallel met de intensiteit van zorg.

Analyse en resultaten

Om een uitspraak te kunnen doen over de verdeling in de populatie van last, sociale dysfunctie en ziekte-inzicht naar psychiatrische problematiek (1e onderzoeksvraag) en naar hulpzoekgedrag (2e onderzoeksvraag) zijn de verdelingen van deze variabelen in de strata met $GHQ < 10$ en $GHQ \geq 10$ van de steekproef op tijdstip 2 ($N = 486$) gewogen naar de steekproef op tijdstip 1 ($N = 3232$).

Voor een antwoord op de onderzoeksvragen hebben we de scores op de vragen naar last, sociale dysfunctie en ziekte-inzicht bij neurotische symptomen uitgezet tegen de uitkomsten van de PSE-procedure wat betreft ID (> 2 i.v.m. het aantal onbekenden) en ICD-diagnose (met uitzondering van de psychosen gezien hun zeldzame voorkomen) res-

pectievelijk de hulpzoekgedragitems. Vanwege hun relatief lage frequentie zijn de scores op last, sociaal functioneren en inzicht bij psychotische symptomen buiten beschouwing gelaten. We moeten bovendien aantekenen dat de score op de betreffende items bij een aantal respondenten helemaal ontbreekt. Een deel van hen (99) had geen symptomen en werd daarover dan ook niet verder ondervraagd. Bij de rest bleek het aantal niet ingevulde items globaal af te nemen met het stijgen van het ID-niveau (dat positief samenhangt met het aantal symptomen).

1e onderzoeksvraag – De vraag naar de hoeveelheid *last* die de respondent had ondervonden van zijn belangrijkste neurotische symptoom werd beantwoord door 80% van de mensen met ID 3 of 4, en door iedereen met een ID ≥ 5 , enkele personen met de ICD-diagnose neurotische depressie (300.4) uitgezonderd.

Na weging zagen we op populatieniveau het resultaat dat staat weergegeven in tabel 1a en 1b.

Tabel 1a: 'Last' van het belangrijkste symptoom per ID-niveau ≥ 3 , voor de populatie gewogen.

'last'	ID-niveau			
	3	4	5	6+7+8
geen/weinig last	38%	39%	12%	2%
vrij veel last	49%	39%	45%	54%
zeer veel last	12%	22%	43%	44%
Totaal	100%	100%	100%	100%

Tabel 1b: 'Last' van het belangrijkste symptoom per ICD-diagnose, voor de populatie gewogen

'last'	ICD-diagnose	
	296.2/ geremde 300.4 depressie	300. neurosen
geen/weinig last	6%	11%
vrij veel last	56%	49%
zeer veel last	38%	40%
Totaal	100%	100%

De last wordt duidelijk groter met het stijgen van het ID-niveau. Een overgrote meerderheid van de respondenten met een diagnose van geremde depressie of neurose heeft vrij veel of zeer veel last.

2. Het antwoord op de vraag naar *sociale dysfunctie* is bekend voor ruim tweederde van de respondenten met ID 3 en 4 en voor bijna iedereen met ID ≥ 5 , behalve enkele mensen met de ICD-diagnoses geremde (296.2/300.4) en neurotische (300.4) depressie. Gewogen naar de populatie bleek sociale dysfunctie verdeeld als volgt in tabel 2a en 2b.

Tabel 2a: Sociaal functioneren per ID-niveau, voor de populatie gewogen

sociaal functioneren	IC-niveau			
	3	4	5	6+7+8
geringe beperking	82%	88%	71%	22%
matige beperking	17%	8%	25%	44%
ernstige beperking	0%	4%	5%	34%
Totaal	100%	100%	100%	100%

Tabel 2b: Sociaal functioneren per ICD-categorie, voor de populatie gewogen

Sociaal functioneren	ICD-diagnose	
	296.2/ geremde 300.4 depressie	300. neurosen
geringe beperking	19%	62%
matige beperking	68%	24%
ernstige beperking	13%	14%
Totaal	100%	100%

Globaal neemt de sociale dysfunctie toe met het ID-niveau. Beperking van het sociaal functioneren blijkt het meest uitgesproken voor de ID-niveaus 6, 7 en 8, de zogenaamde 'definite cases'.

Opvallend is het verschil in het voorkomen voor matige dysfunctie tussen respondenten met een geremde depressie enerzijds en (overige) neurosen anderzijds. Hoewel last noch sociale dysfunctie een rol spelen bij de bepaling van het PSE-ID-niveau, vertonen deze factoren een positief verband met de ernst van de psychiatrische problematiek. In tegenstelling tot last lijkt sociale dysfunctie tamelijk diagnosespecifiek.

3. Een antwoord op de vraag naar *ziekte-inzicht* is bekend voor ruim tweederde van de respondenten met ID 3 en 4, en voor bijna iedereen met ID ≥ 5 . Onbekenden kwamen voor bij diagnose 296.2/300.4 (geremde depressie), 300.4 (neurotische depressie), en 300.02 (angstneurose). Hercodering van de variabele in volledig (PSE-code: 0), beperkt (PSE-code: 1) en ontbrekend (PSE-code: 2 en 3) ziekte-inzicht gaf het volgende beeld van de populatie (zie tabel 3a en 3b).

Tabel 3a: Ziekte-inzicht per ID-niveau ≥ 3 , voor de populatie gewogen

Ziekte-inzicht	ID-niveau			
	3	4	5	6+7+8
volledig	72%	74%	67%	45%
beperkt	22%	13%	28%	31%
ontbrekend	6%	13%	6%	24%
Totaal	100%	100%	100%	100%

Tabel 3b: Ziekte-inzicht per ICD-diagnose, voor de populatie gewogen

Ziekte-inzicht	ICD-diagnose	
	296.2/ geremde 300.4 depressie	300. neurosen
volledig	38%	63%
beperkt	14%	32%
ontbrekend	48%	5%
Totaal	100%	100%

Onvolledig ziekte-inzicht komt meer voor als het ID-niveau boven de gevalsdrempel ($ID = 5$) stijgt.

Bij ongeveer een kwart van de 'definite cases' ontbreekt het geheel. Onderscheiden we de psychiatrische gevallen naar diagnose, dan vertoont ongeveer een derde van de neurotische patiënten een onvolledig, en bijna de helft der geremde depressies geen ziekte-inzicht.

2e onderzoeksvraag – Gewogen voor de populatie bleek ongeveer 90% van de respondenten het aangegeven psychiatrische symptoom te hebben besproken met een of meer mensen uit zijn omgeving, terwijl zo'n 50% daarover ooit contact had met een professionele instelling en 20% dat contact nog steeds onderhield.

1. De hoeveelheid last die de betrokkene ondervond van het genoemde verschijnsel hangt samen met het hulpzoekgedrag: 79% van de mensen die geen of weinig, en 97% van degenen die (zeer) veel last ondervonden, had het ter sprake gebracht in zijn directe omgeving. Voor wat betreft het zoeken van professionele hulp bedroegen deze percentages respectievelijk 38 en 62.

Onder degenen met veel last bevonden zich meer personen met mantelzorgcontact dan onder de mensen die geen of weinig last hadden. Als het contact eenmaal was gelegd verschilden beide categorieën hulpzoekenden niet in het aantal (categorieën) personen bij wie ze hun probleem ter sprake brachten. Op het gebied van de professionele hulp lag dit verband gecompliceerder, als volgt (in tabel 4a).

Tabel 4a: Professionele hulp naar last van het aangegeven psychiatrische symptoom, voor de populatie gewogen

last	(geen) profes- sionele hulp	huis- arts	AMW	AGGZ	psychi- atrische poli- kliniek	psychi- atrische kliniek	overige	Totaal
weinig	62%	24%	0%	6%	8%	0%	0%	100%
veel	38%	31%	2%	6%	20%	1%	2%	100%

2. Tegen de achtergrond van deze gegevens zijn we eerst nagegaan welk effect *sociaal dysfunctioneren* heeft op het zoeken van professionele hulp. Onder de mensen in de populatie die weinig of geen persoonlijke last ondervinden van hun klacht, en redelijk functioneren, heeft 40%, van degenen die dysfunctioneren daarentegen 89% professionele hulp gezocht. Voor mensen die veel last hebben zijn deze percentages respectievelijk 56 en 83. Zowel last als sociale dysfunctie spelen dus een rol bij het zoeken van professionele hulp voor psychiatrische problemen waarbij de invloed van sociaal functioneren lijkt te overwegen.

3. Vervolgens hebben we gezien wat *ziekte-inzicht* toevoegt aan de invloed van last op het zoeken van professionele hulp bij psychiatrische symptomen. Van de mensen in de populatie die geen of weinig last hebben van, en volledig inzicht in hun klacht, heeft 29%, en onder degenen met onvolledig inzicht 68% hulp gezocht. Onder mensen die veel last ondervinden bedragen deze percentages respectievelijk 52 en 78. Ziekte-inzicht heeft niet alleen een grotere invloed dan last op het zoeken van professionele hulp, bovendien blijkt afname van het inzicht gepaard te gaan met toename van die hulp. Het verband tussen ziekte-inzicht bij mensen met veel last en het zoeken van hulp bij verschillende professionele instanties is beschreven in tabel 4b.

Tabel 4b: Professionele hulp naar inzicht in de neurotische symptomen bij veel last, voor de populatie gewogen

inzicht	(geen) profes- sionele hulp	huis- arts	AMW	AGGZ	psychi- atrische poli- kliniek	psychi- atrische kliniek	overige	Totaal
volle- dig	48%	28%	1%	3%	17%	0%	3%	100%
onvol- ledig	23%	33%	4%	7%	32%	1%	0%	100%

4. Onder 1. hebben we aangetoond dat de hoeveelheid last ondervonden van het belangrijkste symptoom positief verbonden is met het

zoeken van hulp in de sfeer van mantelzorg en professionele zorg. Men zou kunnen veronderstellen dat dit verband verklaard wordt door de globale ernst van de problematiek (aantal en psychopathologische significantie van de aanwezige symptomen) weergegeven in het ID-niveau. Houden we het ID-niveau echter constant dan nog blijken mensen met veel last duidelijk meer professionele hulp te zoeken dan mensen met weinig last. Mantelzorgcontact wordt gezocht door bijna iedereen, maar in mindere mate door degenen met ID-niveau 2 en 3, en geen of weinig last.

Bij veel last speelt het ID-niveau dus geen duidelijke rol, bij weinig last is er voor wat betreft het mantelzorgcontact wel een samenhang. Specificatie naar aantal mantelzorgcontacten of naar professionele hulpverleningscategorieën leverde geen consistent beeld op.

Discussie

Met enige nadruk zij gewezen op het gebrek aan literatuurgegevens over dit soort onderzoek. De opgevoerde problemen zijn dan ook niet geformuleerd als toetsbare (vooronder)stellingen, maar als open vragen, waarop slechts een tentatief antwoord mogelijk is.

De eerste kwestie betreft de relatie tussen aard en ernst van psychiatrische problematiek (in termen van de PSE) enerzijds, en last, sociaal dysfunctioneren en ziekte-inzicht anderzijds. Dat psychiatrische gevallen ($ID \geq 5$) inderdaad *last* ondervinden van hun symptomen blijkt overduidelijk uit onze gegevens. Daarbij rijst de vraag waarom ongeveer 10% van hen geen last heeft. Gaat het om dissimulanten of onderscheiden ze zich in een ander opzicht?

Ongeveer drie kwart van de 'definite cases' (ID 6, 7, 8) *functioneert sociaal niet goed*; 22% echter, ondervindt van hun ernstige psychiatrische problematiek maatschappelijk nauwelijks enige beperking. Verder blijkt het percentage sociaal dysfunctionerenden onder personen met depressie bijna tweemaal zo hoog als bij degenen met een andere vorm van neurose. Hoe dit ook zij, onze resultaten lijken Spitzers omschrijving van psychische gestoordheid als '... typically associated with either a painful symptom (distress) or impairment in ... functioning (disability)' te ondersteunen.

Voor het idee van een *gebrekkelig ziekte-inzicht* bij bepaalde psychiatrische aandoeningen vonden we eveneens bevestiging. Onvolledig ziekte-inzicht werd vastgesteld bij circa een derde van de PSE-gevallen met ID-niveau 5 of een diagnose niet-depressieve neurose, en bij meer dan de helft van de gevallen met hogere ID-niveaus, terwijl het inzicht bij ongeveer een vierde van hen en nota bene de helft van de geremde depressies volledig ontbrak.

Aan de hand van de tweede vraagstelling, hebben we vervolgens de invloed onderzocht van last, sociale dysfunctie en ziekte-inzicht op het zoeken van hulp (in de directe omgeving en bij professionals). Hoe

groter de *last* van het belangrijkste symptoom, des te sterker het leggen van contact in de professionele en mantelzorgsfeer, zo blijkt uit ons materiaal. Toch zoekt meer dan een derde van de respondenten met (zeer) veel last geen hulp bij huisarts, maatschappelijk werk, AGGZ of psychiatrische (poli)kliniek.

Sociaal dysfunctioneren lijkt een sterkere aanleiding tot hulp zoeken dan last. Zelfs wanneer deze variabelen samengaan blijkt bijna een vijfde van de populatie geen contact op te nemen met de professionele hulpverlening (inclusief de laagdrempelige huisarts). Ook *ziekte-inzicht* speelt verhoudingsgewijs een belangrijke rol bij het hulp zoeken. Van de mensen die veel last ondervinden, blijkt ongeveer de helft met volledig, en ruim drie kwart met onvolledig ziekte-inzicht professionele hulp te hebben gezocht. Minder ziekte-inzicht gaat dus gepaard met meer hulpzoekgedrag. Opnieuw staan we echter voor de vraag wie toch de mensen zijn die ondanks last, sociale dysfunctie of gebrekkig ziekte-inzicht geen hulp zoeken.

Om de consequenties van gebrek aan ziekte-inzicht voor de verklaringsmodellen van ziektegedrag te achterhalen moet eerst worden vastgesteld wat het betekent als de onderzochte zijn mentale stoornis mis- of zelfs ontkent. Beperking van het ziektebewustzijn zou men in dit kader kunnen operationaliseren als onzekerheid over de psychische toestand – 'ik weet niet wat ik heb'. De reacties daarop zijn te onderscheiden in rationele (... 'en ik wil het weten'), die het hulp zoeken in principe faciliteren, en irrationele (... 'en ik wil het ook niet weten') die inhinderend werken. De gevonden negatieve relatie tussen ziekte-inzicht en hulpzoekgedrag wijst in de richting van het rationele alternatief. We hebben echter reden om aan te nemen dat dit verband voor de groep psychiatrische gevallen niet opgaat en mogelijk zelfs omgekeerd is. Afhankelijk van zijn psychiatrische context kan het gebrek aan ziekte-inzicht dus een andere betekenis hebben. In hoeverre het daarbij gaat om het gevoel van gezondheidsbedreiging dat het uitgangspunt vormt van de 'belief'-modellen voor ziektegedrag, is een zaak van verder onderzoek. Dat geldt ook voor de mate van interferentie tussen een gestoord oordeelsvermogen en de rationele gedragsoverwegingen, die verondersteld worden in deze modellen.

Zolang de betekenis van een eventueel gebrek aan ziekte-inzicht voor de geldigheid van de 'belief'-modellen wat betreft psychiatrisch ziektegedrag niet duidelijk is, dient men bij de toepassing daarvan in elk geval terughoudend te zijn. Het lijkt ons zelfs beter voor dit speciale gebied stapsgewijs een nieuw verklaringsmodel te construeren aan de hand van relevant bevonden variabelen. Wij zouden willen pleiten voor een benadering van ziektegedrag als oplossingsgedrag. Een dergelijke opvatting sluit namelijk aan op het psychiatrische referentiekader waarin homeostase, het streven naar een dynamisch evenwicht binnen het systeem van de persoonlijkheid, zo'n belangrijke rol speelt. In een volgende publikatie komen we daarop terug.

Conclusie

De hier beschreven bevindingen zijn in zekere zin uniek. Zij hebben namelijk betrekking op een open populatie in haar 'natuurlijke staat' van geestesziekte, ziekte-inzicht en ziektegedrag. De prijs die we daarvoor betalen is een gemis aan vergelijkingsmateriaal, waardoor het onderzoek uiteindelijk meer vragen dan antwoorden heeft opgeleverd.

Literatuur

- Becker, N.H. (1979), Psychosocial aspects of health related behavior. In: H.E. Freeman (ed.), *Handbook of medical sociology*. Prentice Hall, New Jersey.
- Birch, D., en J. Veroff (1966), *Motivation: A study of action*. Brooks/Cole Publishing Company, California.
- Crandell, D.L., en B.P. Dohrenwend (1967), Some relations among psychiatric symptoms, organic illness, and social class. *American Journal of Psychiatry*, 123: 12, 1527-1538.
- Dörner, K. (1975), *Diagnosen der Psychiatrie*. Campus Verlag, Frankfurt am Main.
- Erikson, E.J. (1968), *Identity, youth and crisis*. W.W. Norton & Cie., New York.
- Fishbein, M., en I. Ajzen (1975), *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Addison-Wesley, Reading Mass.
- Giel, R., e.a. (1983), *Epidemiologische beschouwingen over vraag en aanbod in de geestelijke gezondheidszorg*. Bijdrage van de afdeling Sociale Psychiatrie van de RU Groningen aan de nieuwe nota over Geestelijke Volksgezondheid van het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.
- Goldberg, D.P. (1972), *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Oxford University Press, Londen etc.
- Gurin, G., J. Veroff en S. Feld (1960), *Americans view their mental health*. Basic Books, New York.
- Häfner, H. (1978), *Psychiatrische Epidemiologie*. Springer Verlag, Berlin etc.
- Heine, E.J.H. ter (1981), *Analyse van rolgedrag*. Academisch proefschrift, Krips Repro, Meppel.
- Heine, E.J.H. ter (1983), Wat zijn psychosociale problemen? *Gezondheid en Samenleving*, 4, 119-122.
- Heine, E.J.H. ter, J.W. Furer en R.V. Bijl (1985), Het bepalen van de omvang, aard en ernst van psychosociale problematiek in de bevolking van de gezondheidsregio Nijmegen: Methode en uitkomsten. In voorbereiding.
- Hinsie, L.E., en R.J. Campbell (1977), *Psychiatric Dictionary*. Oxford University Press, Londen.
- Hodiamont, P.P.G., en S.H.J. Veling (1984), Over het bepalen van psychiatrische prevalentie. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 26, 8, 592-609.
- Hosman, C.M.H. (1983), *Psychosociale problematiek en hulpzoeken*. Swets & Zeitlinger, Lisse.
- Ingram, J. (1961), Obsessional personality and anal-erotic character. *Journal of Mental Sciences* 107, 1035.
- Kaufman, C.L., en L.H. Roth (1981), Psychiatric evaluation of patient Decision-Making: Informed consent to ECT. *Social Psychiatry*, 16, 11-19.
- Kaplan, H.I., B.J. Sadock (1980), Psychiatric Report. In: A.M. Freedman, H.I. Kaplan, B.J. Sadock (eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry*. Wil-

- liams and Wilkins, Baltimore.
- Kasl, S.V. (1974), The health belief model and behavior related to chronic illness. In: *Health education monographs*, Charles B. Slack, New Jersey.
- Kasl, S.V., S. Cobb en A. Arbor (1966), Health behavior, illness behavior and sickrole behavior. *Archives of environmental health*, 12, 246-266 en 531-541.
- Kirscht, J.P. (1974), The health belief model and illness behavior. In: *Health education monographs*, Charles B. Slack, New Jersey.
- Kleinman, A.M. (1977), Depression, somatization and the new 'cross-cultural psychiatry'. *Social Science and Medicine*, 11, 3-10.
- Kraepelin, E. (1903), *Psychiatrie*. Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig.
- Krause, A. (1980), Bedeutung und Rezeption der Rollentheorie in der Psychiatrie, In: *Die Psychologie des 20. Jahrhundert*, Kindler Verlag, Zürich.
- Kroeber, Th.C. (1963), The coping functions of the ego-mechanisms. In: R.W. White, (ed.), *The study of lives*. Atherton Press, New York.
- Leigh, D., C.M.B. Pare en J. Marks (1975), *Encyclopedie der Psychiatrie*. Editions Roche, Basel.
- Lewin, K. (1963), *Fieldtheory in social science: selected theoretical papers*. Tavistock, Londen.
- Mechanic, D. (1968), *Medical sociology, a selective view*. The Free Press, New York.
- Mechanic, D. (1978), Effects of psychological distress on perceptions of physical health and use of medical and psychiatric facilities. *Journal of Human Stress*, 4, 26-32.
- Mechanic, D., en E.H. Volkart (1960), Illness behavior and medical diagnoses. *Journal of Health and Human Behavior*, 1960, 1, 86-94.
- Parsons, T. (1951), Illness and the role of the physician: a sociological perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 21, 252-260.
- Parsons, T. (1951), *The social system*. The Free Press, Glencoe.
- Parsons, P. (1975), The sickrole and the role of the physician reconsidered, *Millbank Memorial Fund Quarterly*, 257-277.
- Pilowsky, I. (1969), Abnormal illness behavior. *British Journal of Medical Psychology*, 42, 347-351.
- Pilowsky, I. (1978), A general classification of abnormal illness behaviors. *British Journal of Medical Psychology*, 51, 131-137.
- Rees, W.L. (1976), Stress, distress and disease. *British Journal of Psychiatry*, 128, 3-18.
- Robins, L.N. (1978), Psychiatric epidemiology. *Archives of General Psychiatry*, 35, 697-702.
- Rosenstock, I.M. (1984), Historical origins of the health belief model. In: *Health Education Monographs*, Charles B. Slack, New Jersey.
- Rümke, Ch.L. (1970), Gevaren voor onjuiste conclusies uit gegevens in ziekenhuisarchieven (Berkons's Fallacy). *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 114, 766-772.
- Sandler, J., C. Dare en A. Holder (1973), *The patient and the analyst*. International Universities Press, New York.
- Schnitzler, J.G. (1984), *Het forensisch-psychiatrisch ziektecriterium in de civiele rechtspraak en in de strafrechtspraak*. Oratie, Vuga Uitgeverij, 's-Gravenhage.
- Schwab, J.J., en M.E. Schwab (1978), *Sociocultural roots of mental illness*. Plenum Medical Book Company, New York, Londen.

- Spitzer, R.L., J.B.W. Williams, A.E. Skodol (1980), DSM-III: The major achievements and an overview. *The American Journal of Psychiatry*, 137: 2, 151-164.
- Tax, B., C. König-Zahn, P.H.J.M. Heydendaal, L.H. Boerma, J.W. Furer, E.J.H. ter Heine, P.P.G. Hodiamont, J.M.G. Persoon, S.H.J. Veling (1984), Regioproject Nijmegen. *Gezondheid en Samenleving* 1, 38-45.
- Tellegen, E. (1975), *Medische Sociologie*. Samsom Uitgeverij, Alphen a/d Rijn.
- Tessler, R., D. Mechanic en M. Dimond (1976), The effect of psychological distress on physician utilization: A prospective study. *Journal of Health and Social Behaviour*, 17, 353-364.
- Terwilliger, J.S., en F.E. Fiedler (1958), An investigation of determinants inducing individual to seek personal counseling, *Journal of Consulting Psychology* 22, 288.
- Verhey, F.H.M. (1981), Langzame hersenpotentialen en gemeten gedrag. *Leiter Nijpels*, Maastricht.
- Wallace, A.F.C. (1959), Cultural determinants of response to hallucinatory experience. *Archives of General Psychiatry*, 1, 58-69.
- Wickelgren, W.. (1979), *Cognitive psychology*. Prentice-Hall, New Jersey.
- WHO (1973), *Schizophrenia*. Public Health Papers, No. 63, Genève.
- WHO (1978), Mental disorders. Glossary and guide to their classification in accordance with the ninth revision of the international classification of disorders. Genève.
- Wing, J.K., J.E. Cooper en N. Sartorius (1974), *Measurement and classification of psychiatric symptoms*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Zilboorg, G. (1952), The emotional problem and the therapeutic role of insight. *Psychoanalytic Quarterly*, 21, 1-24.
- Zola, I.K. (1966), Culture and symptoms. An analysis of patients presenting complaints. *American Sociological Review*, 31, 615-630.

Schrijvers zijn respectievelijk: zenuwarts, verbonden aan het RIAGG en het Instituut voor Psychiatrie van de KU, Nijmegen, en aan de afdeling Sociale Psychiatrie van de GGD Eindhoven; statistica verbonden aan het Instituut voor Sociale Geneeskunde van de KU en psycholoog verbonden aan hetzelfde instituut. De gerapporteerde gegevens werden verzameld in het kader van het Nijmeegs Regioproject met subsidie van het Preventiefonds.