

Het chronische karakter van psychisch onwelbevinden

door J. Ormel, R. Sanderman en G. Raats

Samenvatting

Om een indruk te krijgen van de chroniciteit van psychische problematiek in de bevolking werd een steekproef van 245 volwassenen driemaal uitvoerig ondervraagd, in 1975, in 1976 en in 1984. Twee gevalsdefinities werden gehanteerd. De meest restrictieve was gebaseerd op een GHQ-score van 10 of hoger. De gegevens onthulden een aanzienlijke chroniciteit. Zo had volgens de meest restrictieve gevalsdefinitie van de mensen met psychische problemen in 1975 (1976) 32% (36%) deze in 1984 nog steeds. Toepassing van de ruimere gevalsdefinitie bracht een nog hogere chroniciteit aan het licht (bijna 50%). Geschat werd dat ruim de helft van de mensen die op een willekeurig tijdstip psychische problemen hebben (de punt-prevalentie) tot de chronici kan worden gerekend. Op basis van de correlaten van chroniciteit, de literatuur en ons theoretische model is getracht aan te geven uit welke groepen de mensen met chronische psychische klachten bestaan.

Inleiding

Over het lange-termijnbeloop van psychische stoornissen die relatief veel in de bevolking voorkomen is weinig bekend. Follow-up studies bij intra- en extramuraal behandelde psychiatrische patiënten met niet-psychotische stemmingsstoornissen hebben twijfel doen rijzen aan de opvatting dat deze stoornissen doorgaans zelden chronisch verlopen (v.d. Hoofdakker en Ormel 1986). In diverse studies kon een aanzienlijke chroniciteit worden aangetoond. Het is echter gevaarlijk om bevindingen bij patiënten die in de geestelijke gezondheidszorg zijn behandeld, te generaliseren naar personen die voor hun psychische problemen niet of alleen bij de eerste lijn zijn geweest.

Wat betreft het beloop van veel voorkomende psychische problematiek zijn we derhalve aangewezen op longitudinaal onderzoek bij huisartspatiënten en in de bevolking. Onderzoek bij huisartspatiënten heeft laten zien dat ongeveer de helft van de mensen bij wie op een willekeurig consult een psychische stoornis werd vastgesteld deze al langer dan een jaar had (Harvey-Smith en Cooper 1970, Ormel en Giel

1983). Verder bleek er een aanzienlijk verschil in beloop te bestaan tussen 'chronische gevallen' (al langer dan een jaar klachten) en nieuwe gevallen. Ongeveer driekwart van de nieuwe gevallen was een jaar later volledig hersteld of sterk verbeterd, terwijl de meeste chronische gevallen ook na drie jaar weinig waren opgeknapt. In vrijwel alle longitudinale bevolkingsstudies werd de psychische problematiek gemeten met unidimensionele schalen bestaande uit een reeks van vragen naar psychische klachten. De stabiliteit van de scores op deze schalen over een periode van ongeveer een jaar schommelde rond .60, hetgeen wil zeggen dat ruim eenderde van de verschillen in klachten tussen de mensen ten tijde van de follow-up kon worden verklaard uit de verschillen ten tijde van de eerste meting (Ormel, Sanderman en Duncan Jones 1986). Onderzoekers die op basis van gangbare criteria hun steekproef splitsten in mensen met en zonder psychische stoornis rapporteerden doorgaans dat ruim 30% ook een jaar later nog als geval kon worden bestempeld.

Centraal in dit artikel staat het lange-termijnbeloop van psychische problematiek. Wij richten ons in het bijzonder op de volgende drie vragen: Hoe chronisch is psychische problematiek? Waarin onderscheiden de chronici zich van mensen met kortdurende problematiek? En in hoeverre hebben de chronici hulp gezocht bij de GGZ? Met behulp van een longitudinaal bevolkingsonderzoek waarin in 1975, 1976 en 1984 metingen bij ongeveer 250 personen zijn verricht, zullen deze vragen worden beantwoord.

Het gebruik van de term psychische problematiek in de probleemstelling is niet toevallig. Het heeft te maken met het moeilijke vraagstuk van de gevalsdefinitie en de verwarring rond begrippen als psychische stoornis en psychiatrisch geval. Wij zullen daarom eerst kort ingaan op deze problematiek.

Gevalsdefinites

De afgrenzing tussen wie wel en wie niet een psychische stoornis heeft is altijd een groot struikelblok in de psychiatrische epidemiologie geweest. Studies met een onduidelijke definitie van een 'geval' hebben sterk uiteenlopende schattingen van de psychiatrische morbiditeit in de bevolking opgeleverd. De thans gebruikte methoden kunnen grofweg in twee groepen worden onderverdeeld: (a) schriftelijk af te nemen vragenlijsten en (b) gestandaardiseerde interviews. In de vragenlijsten wordt enkel gevraagd naar de aanwezigheid en ernst van een breed scala van psychische klachten. Bij het interview bepaalt niet de respondent of een bepaald symptoom aanwezig is, maar de interviewer, aan de hand van omschreven regels en voorbeelden.

Interviews bieden de mogelijkheid van een diagnostische classificatie en een tamelijk scherpe gevalsdefinitie, bij voorbeeld de Present State Examination (PSE) met de bijbehorende Index of Definition

(Wing, e.a. 1981). Omdat de gevalsdefinitie van de PSE voortkomt uit de klinisch-psychiatrische praktijk vertonen de gevallen die met de PSE in de bevolking worden geïdentificeerd een grote overeenkomst in toestandsbeeld met de in de (poli)kliniek behandelde gevallen. Wij zullen ter wille van de duidelijkheid in het vervolg de gevallen die met interviews als de PSE geïdentificeerd zijn en hun stoornis(sen) aanduiden met respectievelijk de termen *psychiatrische casus* en *psychiatrische stoornis*.

Vragenlijsten zijn echter verreweg het meest gebruikt. Ze zijn nu eenmaal gemakkelijk af te nemen. In tegenstelling tot gestandaardiseerde psychiatrische interviews is geen diagnostische classificatie mogelijk en is de gevalsdefinitie veel minder nauwkeurig. Wel is het mogelijk de respondenten te plaatsen op een schaal die op twee manieren omschreven kan worden: (1) als de mate van psychisch onwelbevinden en (2) als de kans dat betrokkene een functionele psychiatrische stoornis heeft (Hodiamont en Veling 1984). De tweedeling in gevallen en niet-gevallen is bij de vragenlijstmethode doorgaans gebaseerd op een relatief ruime gevalsdefinitie. Zo is de grens bij een veel gebruikte vragenlijst als de General Health Questionnaire zo gelegd dat ook psychische problematiek die net voldoende klinische betekenis heeft voor een bezoek aan de huisarts wordt gevangen (Goldberg 1972). Of iemand die boven die grens scoort ook volgens klinisch-psychiatrische normen een casus is, staat niet vast. Veel mensen die boven de grens scoren worden gekenmerkt door specifieke psychische en lichamelijke symptomen zoals in- en doorslaapmoeilijkheden, tobben, nervositeit, onrust, onlustgevoelens, spanningshoofdpijn en benauwdheid zonder dat er sprake is van een psychiatrische stoornis volgens ICD-9 of DSM-III-criteria. De symptomen zijn te specifiek of hebben onvoldoende klinische ernst. De mensen die voldoen aan de wat ruimere onnauwkeuriger gevalsdefinitie van deze vragenlijsten en hun problematiek duiden wij in het vervolg aan met de termen *geval* en *psychische problematiek* of *psychisch onwelbevinden*.

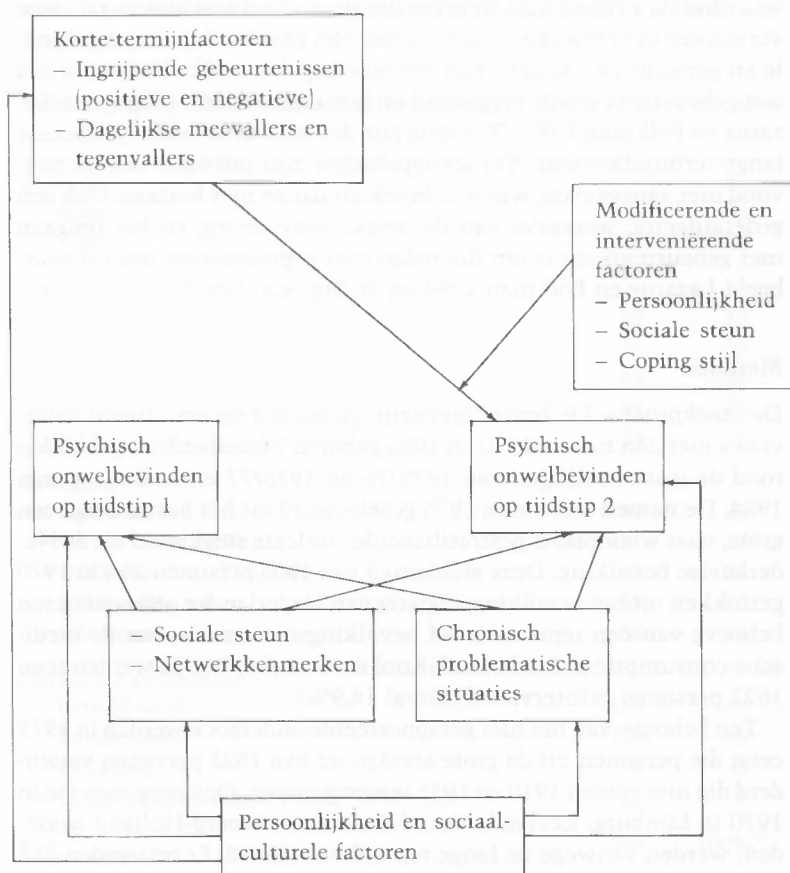
Gezien het verschil in gevalsdefinitie zullen met de interviewmethode aanmerkelijk minder gevallen in de bevolking worden geïdentificeerd dan met de vragenlijstmethode. De schattingen van de puntprevalentie (het aantal gevallen op een willekeurige dag) liggen respectievelijk globaal rond de 90 en 180 per 1000 van de bevolking van 18 jaar en ouder (Brook e.a. 1983).

Chroniciteit bevorderende factoren

Factoren die van invloed zijn op het ontstaan en beloop van psychische problematiek kunnen globaal worden onderverdeeld in op korte en op lange termijn werkende factoren. Belangrijke korte-termijnfactoren zijn ingrijpende negatieve en positieve gebeurtenissen en een opeenstapeling van alledaagse tegen- respectievelijk meevallers. De

lange-termijnfactoren bestaan uit persoonlijkheidskenmerken die niet of doorgaans slechts geleidelijk veranderen. Het zullen met name deze lange-termijnfactoren zijn die van belang zijn voor de verklaring van chroniciteit. Welke kenmerken komen in aanmerking als lange-termijnfactor? In figuur 1 is een vereenvoudigde versie van het model weergegeven dat wij bij onze studies naar het ontstaan en het beloop van psychische problematiek hanteren. Het sluit goed aan bij de in de literatuur gepubliceerde modellen (Cronkite en Moos 1984, Ormel 1980, Pearlin e.a. 1981, Willige e.a. 1983).

Figuur 1: Het theoretische model voor het ontstaan en beloop van psychisch onwelbevinden



Opmerking 1: terugkoppelingseffecten zijn niet opgenomen

Opmerking 2: het model is vooral bedoeld voor perioden van een half tot twee jaar

De lange-termijnfactoren betreffen de socio-culturele kenmerken van iemands leefsituatie, zijn persoonlijkheid, het sociale ondersteuningsnetwerk en hardnekkige, problematische levensomstandigheden zoals een lichamelijke handicap, een chronisch zieke partner, een gehandicapt kind, werkloosheid en steeds terugkerende huwelijksconflicten. In het verderop te presenteren onderzoek hebben wij ons beperkt tot de meting van de volgende lange-termijnfactoren: neuroticisme, eigenwaarde, interne versus externe beheersingsoriëntatie (persoonlijkheidskenmerken), langdurige situationele moeilijkheden en de kwaliteit van de relatie met de partner (sociale steun).

Een pijl geeft aan dat er een causale relatie wordt verondersteld in de zin van A heeft invloed op B. De pijl in figuur 1 die wijst naar de pijl die loopt van gebeurtenissen naar psychische stoornissen vertegenwoordigt de invloed van factoren die de invloed van andere factoren versterken of verzwakken (interactie). Het gaat hierbij om situationele en persoonlijke kenmerken die mee bepalen welke betekenis aan een gebeurtenis wordt toegekend en hoe ermee wordt omgegaan (Lazarus en Folkman 1985). Ten dele zijn dit weer de al eerder genoemde lange-termijnfactoren. Terugkoppelingen zijn omwille van de eenvoud niet aangegeven, wat niet betekent dat zij niet bestaan. Ook een gedetailleerde weergave van de betekenisverlening en het omgaan met gebeurtenissen is om die reden niet gepresenteerd (zie bij voorbeeld Lazarus en Folkman 1984 en Willige e.a. 1983).

Methode

De steekproef – De bevindingen zijn gebaseerd op een drietal interviews met 245 tussen 1910 en 1955 geboren Nederlanders, gehouden rond de jaarwisselingen van 1975/76 en 1976/77 en in de loop van 1984. De namen werden in 1975 geselecteerd uit het bestand van een grote, naar woonplaats gestratificeerde, aselechte steekproef uit de Nederlandse bevolking. Deze steekproef van 1905 personen was in 1970 getrokken uit het bevolkingsregister van Nederlandse gemeenten ten behoeve van een representatief bevolkingsonderzoek naar de medische consumptie in Nederland (Knol en Ormel 1976). Er werden toen 1622 personen geïnterviewd (uitval 14,9%).

Ten behoeve van het hier gerapporteerde onderzoek werden in 1975 eerst die personen uit de grote steekproef van 1622 personen verwijderd die niet tussen 1910 en 1955 waren geboren. Ook personen die in 1970 in Limburg, Zeeland, Noord-Brabant en Noord-Holland woonden, werden vanwege de lange reistijd verwijderd. Er resteerden 716 namen. Vervolgens werden in totaal 384 namen geselecteerd, deels via een aselechte steekproef ($N = 253$) en deels door een tweetal aanvullende steekproeven ($N = 131$), een kleine uit het stratum van personen die in 1970 heel erg laag op de neuroticismeschaal hadden gescoord, en een veel grotere uit het stratum van degenen met gemid-

delde en hoge scores. Achtentachtig (22,9%) van de 384 geselecteerde respondenten konden om uiteenlopende redenen niet in zowel 1975 als 1976 worden geïnterviewd. In 1984 vielen er 38 (9,9%) uit. Sterfte was verantwoordelijk voor bijna een kwart van de totale uitval. Al met al zijn 258 (67,2%) van de 384 oorspronkelijk geselecteerde personen in zowel 1975 als 1976 en 1984 onderzocht. Omdat bij 13 personen enige informatie ontbreekt, zijn de meeste analyses op 245 (64,3%) personen gebaseerd. Ten gevolge van de selectie zijn personen die in 1970 relatief hoog op neuroticisme scoorden, enigszins oververtegenwoordigd. Tabel 1 geeft de demografische kenmerken van de in 1975 geïnterviewde 296 personen weer.

De gegevens werden verzameld met behulp van een interview van gemiddeld tweeëneenhalf uur en met vragenlijsten die doorgaans enkele dagen eerder werden toegestuurd en bij het interview weer werden ingenomen.

Tabel 1: Demografische kenmerken van de in 1975 geïnterviewde respondenten

<i>Geslacht</i>		<i>%</i>
- man	157	53
- vrouw	139	47
<i>Leeftijd in 1975</i>		
- 20-29	73	25
- 30-39	75	25
- 40-49	64	22
- 50-59	69	23
- 60-65	15	5
<i>Opleiding</i>		
- lagere school	82	28
- UTS, VGLO, HHS, e.d.	74	25
- ULO, MAVO, MTS, e.d.	63	21
- VWO, HBS, e.d.	39	13
- HBO/universitair	38	13
<i>Dagelijkse bezigheden</i>		
- betaald werk	169	57
- huishouding	103	35
- opleiding	8	3
- uitkeringsgerechtigde (WAO, WW, etc.)	16	6
N	296	100% *

* Door afronding niet altijd precies 100%

De meting van psychische problematiek en de identificatie van gevallen – Psychisch onwelbevinden werd met een drietal instrumen-

ten gemeten: (1) de 30-item versie van Goldberg's (1972) General Health Questionnaire (GHQ-30), (2) Bradburn's (1968) Negative Affect Scale (NAS), en (3) Ormel's (1980) symptomenlijst (OSL). De OSL bestaat uit een serie vragen naar de frequentie en duur van een achttal symptomen in de vier weken voorafgaande aan het interview. Hier zijn alleen de drie psychische symptomen gebruikt: gespannenheid (NT), depressiviteit (D) en tobben (W). Te zamen vormen deze drie symptomen de Psychische Symptomen Index (PSI). De NAS en OSL werden bij elke meting afgenomen, de GHQ alleen in 1984. Alle schalen hebben een redelijke tot goede betrouwbaarheid (Cronbach's alpha groter dan .70) en correleren onderling sterk (rond .65)).

Bovenstaande indexen van psychisch onwelbevinden hebben we op twee manieren gebruikt: (1) als indicator van de mate van psychisch onwelbevinden en (2) als basis voor een tweetal operationele gevalsdefinities, een ruime en een tamelijke restrictieve. Beide gevalsdefinities zijn op conventies ten aanzien van de GHQ-30 gebaseerd (Henderson e.a. 1981, Hodiamont en Veling 1984). Eerst berekenden wij de proportie respondenten die in 1984 vijf of hoger scoorde op de GHQ-30. Vervolgens werd de PSI-score geïdentificeerd waarbij dezelfde proportie gevallen kon worden vastgesteld (PSI-score 8+). Met behulp van deze PSI-score werd ook voor 1975 en 1976 bepaald wie volgens deze ruime definitie een geval was. Ten aanzien van de restrictieve gevalsdefinitie hanteerden wij dezelfde procedure, dit keer namen we echter de score 10 op de GHQ-30 als grens.

De meting van enkele lange-termijnfactoren – Geleid door ons theoretische modelbetreffende het ontstaan en beloop van psychische stoornissen hebben we een vijftal factoren uit ons materiaal geselecteerd die op theoretische gronden een rol zouden kunnen spelen bij het beloop. Het zijn neuroticisme, eigenwaarde, interne versus externe beheersingsoriëntatie, de kwaliteit van de relatie met de partner en de psychosociale belasting.

Neuroticisme. Gebruikt werd een selectie uit de Neuroticisme Schaal van de Amsterdamse Biografische Vragenlijst (Wilde 1970, Ormel 1980). De respondenten vulden de schaal bij elke meting in. In tegenstelling tot de andere instrumenten was deze schaal ook al in 1970 afgenomen. De betrouwbaarheid was redelijk (alpha rond .75).

Eigenwaarde. Als maat werd de Zelfwaarderingsschaal uit de Nederlandse PersoonlijkhedsVragenlijst gebruikt (Luteyn 1974). De schaal bestaat uit 17 items die verwijzen naar flexibiliteit, competentie en adequaat gedrag in stressvolle situaties. De betrouwbaarheid was redelijk (alpha rond .73).

Beheersingsoriëntatie. Een aangepaste versie van de Nederlandse vertaling van Rotter's Locus of Control Schaal werd gebruikt (Ormel 1980). De schaal bestaat uit 14 items met een zeer goede betrouwbaarheid (alpha rond .80). Een hoge score op de schaal vertegenwoordigt

digd een externe oriëntatie, dat wil zeggen dat de betrokkene weinig tot geen verband ziet tussen zijn eigen gedrag en persoonlijke kenmerken en de loop van de gebeurtenissen in zijn leven. Een lage score geeft aan dat de betrokkene wel denkt invloed te kunnen uitoefenen op zijn persoonlijke levensomstandigheden.

Relatie met de partner. Tot de partner werden gerekend de echtgeno(o)t(e) en iemands vaste vriend(in) in het geval hij of zij niet gehuwd was. Op basis van een serie open vragen moest de interviewer de kwaliteit van de relatie tussen de respondent en diens partner scoren op een driepuntsschaal. Centraal hierbij stonden aspecten als vertrouwelijkheid, steun en intimiteit.

Psychosociale belasting. In 1975 stelden wij volgens de interview- en beoordelingsprocedure van Brown en Harris (1978) de belasting vast waaraan de respondenten blootstonden. Aan de hand van de aangetroffen langdurige moeilijkheden die waren gedefinieerd als situaties die ten minste twee maanden bestonden én door de meeste mensen als belastend zouden worden ervaren, bij voorbeeld werkloosheid, een chronisch zieke partner, lawaaioverlast, financiële moeilijkheden, relationele conflicten, is voor iedereen de psychosociale belasting vastgesteld waaraan hij of zij in de maanden voor het interview had blootgestaan (Ormel 1980). In 1976 en 1984 volgden wij een wat minder tijdrovende en gecompliceerde procedure. Drie personen beoordeelden onafhankelijk van elkaar iemands levensomstandigheden op hun belasting. Hun beoordeling was gebaseerd op een uitgebreide status waarin alle relevante informatie over de werk-, woon- en gezinssituatie, de financiële situatie, etc. door de interviewer was neergelegd. De beschrijving van de levensomstandigheden diende zo objectief mogelijk te zijn: informatie over hoe de respondent het beleefde moest zo veel mogelijk buiten beschouwing blijven om contaminatie tussen de maten voor de geestelijke gezondheidstoestand, de persoonlijkheid en de psychosociale belasting te vermijden. Centraal bij alle beoordelingen stond de vraag hoe belastend Nederlanders met dezelfde demografische kenmerken als respondent de situatie zouden ervaren (Ormel 1980).

De beoordelingen stemden goed overeen: Cronbach's alpha lag rond .90.

Resultaten

Het beloop van psychisch onwelbevinden – De meest restrictieve gevalsdefinitie leverde respectievelijk voor 1975, 1976 en 1984 34 (13,9%), 39 (15,9%) en 26 (10,6%) gevallen op. Volgens de minder restrictieve definitie waren dit er 73 (29,8), 71 (28,9) en 74 (30,2). Om misverstanden te voorkomen zij hierbij nogmaals opgemerkt dat niet iedereen van deze gevallen een psychiatrische stoornis volgens DSM-III criteria behoeft te hebben. De toegepaste grens geeft alleen de

meest optimale (in de zin van specificiteit en sensitiviteit) tweedeling weer bij de gevalsdefinities van de GHQ en PSI. Het door ons gevonden percentage GHQ-5+ en GHQ-10+ gevallen in 1984 is wat hoger dan de 22,6% en 8,6% die in een grote steekproef in de regio Nijmegen werden aangetroffen (Hodiamont en Veling 1984).

Combinatie van de drie metingen levert een achttal beloopstypen op. Ze zijn in tabel 2 gepresenteerd. De laatste twee kolommen van de tabel geven per beloopstype het aantal personen waarbij het desbetreffende beloopstype werd aangetroffen. De voorlaatste kolom betreft de restrictieve gevalsdefinitie en de laatste de ruimere variant. Volgens de minst (meest) restrictieve gevalsdefinitie had 10,6% (3,3%) van de steekproef bij elke meting psychische problematiek. Van degenen met een psychische problematiek in 1975 had 35,6% (23,5%) dit ook in 1976 én in 1984. Bij 45,7% (36,2%) van de respondenten met een psychische problematiek in 1975 en/of 1976 was in 1984 wederom sprake van psychische problemen. En 66,7% (57,1%) van de individuen met psychische problematiek in 1975 én 1976 had dit ook in 1984.

Tabel 2: Het ontstaan en beloop van psychische stoornissen over acht jaar volgens twee gevalsdefinities

1975	1976	1984	Eerste gevals- definitie ^A	Tweede gevals- definitie ^B
geen	geen	geen	114 (46,5)	177 (72,2)
geen	geen	wel	26 (10,6)	9 (3,7)
geen	wel	geen	20 (8,2)	19 (7,8)
geen	wel	wel	12 (4,9)	6 (2,4)
wel	geen	geen	24 (9,8)	17 (6,9)
wel	geen	wel	10 (4,1)	3 (1,2)
wel	wel	geen	13 (5,3)	6 (2,4)
wel	wel	wel	26 (10,6)	8 (3,3)
Totaal			245 (100%)	245 (99,9%)

(A) De minst restrictieve gevalsdefinitie corresponderend met GHQ-30 score 4/5

(B) De meest restrictieve gevalsdefinitie corresponderend met GHQ-30 score 9/10

Bij wie kunnen wij nu spreken van chroniciteit? Een noodzakelijke voorwaarde hiervoor lijkt ons in elk geval dat men op ten minste twee tijdstippen psychische problemen had. Een tweede zou kunnen zijn dat het tijdsinterval tussen deze twee metingen de drie jaar moet overschrijden. Omdat de intervallen in onze studie een en acht jaar bedroegen, spreken wij van chroniciteit als iemand in 1984 én in 1975 en/of 1976 als een geval kon worden beschouwd. Uitgaande van 1975 is er dan volgens de meest (minst) restrictieve gevalsdefinitie 4,5%

(14,7%) van de steekproef chronisch, uitgaande van 1976 5,7% (15,5%), uitgaande van 1975 of 1976 6,9% (19,6%), en uitgaande van 1975 én 1976 3,3% (10,6%). De laatste schatting van de chroniciteit is de meest veilige omdat bij deze groep de psychische problematiek tijdens elke meting aanwezig was.

De gegevens verschaffen ook inzicht in de incidentie van psychische problematiek. Volgens de minst (meest) restrictieve gevalsdefinitie hadden in 1975 24 (17), in 1976 20 (10) en in 1984 26 (9) alleen op dat tijdstip psychische problemen. Deze getallen kunnen niet zonder meer als de jaarlijkse incidentie worden opgevat. Zij betreffen immers de puntprevalentie onder degenen die bij de andere twee metingen geen psychische problemen hadden. Alleen als het beloop van de klachten gemiddeld ongeveer een jaar zou bedragen, kunnen de nieuwe gevallen als jaarlijkse incidentie worden geïnterpreteerd. Gemiddeld over de drie metingen zou dat neerkomen op 9,5% (6,1%) van de steekproef voor de minst (meest) restrictieve gevalsdefinitie.

Wat opvalt is het geringe aantal nieuwe gevallen volgens de meest restrictieve gevalsdefinitie in 1984. We hebben hiervoor geen afdoende verklaring. De uitval in 1984 bleek niet meer of minder klachten in 1975 of 1976 te hebben gehad dan de personen die wel in 1984 werden geïnterviewd. Er blijven twee verklaringen over. De eerste is dat personen die in 1984 voor het eerst ernstige psychische klachten hadden, relatief vaak weigerden om aan de follow-up mee te doen. De tweede, meer waarschijnlijke verklaring heeft te maken met het feit dat de steekproef in 1984 gemiddeld minder klachten had dan in 1976, een daling die zich in 1976 ten opzichte van 1975 niet had voorgedaan. Hierdoor zou in 1984 een aantal personen net onder de grens van de meest restrictieve gevalsdefinitie kunnen zijn blijven steken. Het ten opzichte van 1975 en 1976 relatief grote aantal nieuwe gevallen volgens de *minst* restrictieve definitie in 1984 kan als steun voor deze verklaring worden gezien.

Bovenstaande bevindingen betreffen gevallen en niet-gevallen. Met behulp van het programma LISREL (Jöreskog en Sörböm 1981) hebben we op verschillende manieren ook de voor meetfout gecorrigeerde correlatie tussen psychisch onwelbevinden in 1975, 1976 en 1984 geschat. De correlatie tussen 1975 en 1976 schommelde rond .73, tussen 1976 en 1984 rond .68 en tussen 1975 en 1984 rond .60. Hoe iemand er in 1984 aan toe is hangt in sterke mate af van hoe zij of hij er 8 à 9 jaar geleden voorstond. Opmerkelijk is de geringe daling in stabiliteit. De stabiliteit over een periode van een jaar is maar iets groter dan die over een periode van 8 à 9 jaar.

Correlatie van chroniciteit – Geleid door het theoretisch model hebben wij uit de beschikbare gegevens vijf factoren geselecteerd die zouden kunnen samenhangen met chroniciteit: neuroticisme, eigenwaarde, externe versus interne beheersingsoriëntatie, psychosociale

belasting (aantal maal ernst van langdurige moeilijkheden) en de kwaliteit van de relatie met de partner. Met uitzondering van de laatste zijn deze factoren drie keer gemeten. Voor de hier te presenteren analyse is het gemiddelde van de drie metingen gebruikt. Eerder hadden wij al acht beloopstypen gepresenteerd (zie tabel 2). Per beloopstype werd de gemiddelde score op de vijf factoren berekend. De resultaten zijn in tabel 3 weergegeven. Omdat de verschillen tussen de beloopstypen waarbij slechts bij één meting psychische problematiek aanwezig was, zeer gering waren, zijn zij samengenomen. Hetzelfde deden wij om dezelfde reden ook bij de beloopstypen waarbij op twee tijdstippen sprake was van psychische problematiek.

De verschillen zijn duidelijk. De groep van chronici (groep H) onderscheidt zich bij alle vijf variabelen sterk van de 'gezonden' (groep A). Naarmate men op meer tijdstippen psychische klachten had, komt het gemiddelde dichterbij de buurt van de groep chronici.

We zijn ook nagegaan of er ten aanzien van enkele socio-demografische kenmerken verschillen bestaan tussen de acht beloopstypen. Alleen geslacht leverde een verschil op: onder de personen met psychische problematiek op twee of drie tijdstippen bevinden zich verhoudingsgewijs meer vrouwen dan in de totale steekproef: 69% versus 49%. Leeftijd, inkomen en opleiding zijn niet statistisch significant met het beloop gecorreleerd, al zijn de chronici gemiddeld twee jaar ouder en iets minder hoog opgeleid. De dagelijkse bezigheden (buitenshuis werk, huishouding, opleiding en uitkering) bleken wel samen te hangen met het beloop, maar de interpretatie van het verband is moeilijk omdat mannen vooral buitenshuis en vrouwen vaker binnenshuis werken.

Chroniciteit en psychosociale hulpverlening – In 1984 hebben de mensen een lijst voorgelegd gekregen waarop instanties en instellingen die psychosociale hulp verlenen waren vermeld (Hosman 1983). De respondent diende aan te geven met welke instellingen hij of zij tussen 1976 en 1984 contact had gehad. Bij een kwart van alle respondenten (61) bleek dit het geval te zijn geweest. De meeste contacten betroffen het maatschappelijk werk (22), de zelfstandig gevestigde psycholoog of psychiater (12), de polikliniek psychiatrie (11) en het Medisch Opvoedkundig Bureau (9). Vijfentwintig van de 61 mensen hadden met meer dan één instelling contact gehad.

Tabel 4 geeft per beloopstype weer wie er contact hadden met een of meer instellingen op het gebied van de psychosociale hulpverlening. Het is duidelijk dat naarmate de chroniciteit toeneemt de kans op hulpverlening vanuit de psychosociale zorg groter is. Toch blijkt nog bijna de helft van de mensen die bij alle drie metingen psychische problematiek hadden geen enkel contact met de psychosociale hulpverlening te hebben gehad.

Tabel 3: Het beloop volgens de ruime gevaldefinitie en enkele persoonsgebonden kenmerken

Belooptype; aantal metingen met psychische problematiek	Neuroticisme	Interne beheer- singsoriëntatie	Zelfwaardering	Psychosociale belasting	% met een goede relatie met de partner ^A
	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)	%
A: op geen van de drie (N=114)	10.5 (3.8)	46.1 (7.2)	44.6 (3.1)	7.3 (3.4)	63.5
B, C en D: op een van de drie (N=70)	14.7 (5.1)	44.2 (6.8)	42.8 (4.4)	8.2 (3.5)	64.6
E, F en G: op twee van de drie (N=35)	21.0 (6.7)	43.4 (7.1)	39.8 (4.6)	8.7 (3.6)	54.5
H: op alle drie (N=26)	25.0 (7.7)	40.9 (6.9)	38.1 (6.4)	13.8 (5.7)	40.0
Totale populatie	14.7 (7.2)	44.6 (7.2)	42.7 (4.7)	8.5 (4.2)	59.5
Significantie (F-test)	p < .001	p < .004	p < .001	p < .001	p < .05

 $\bar{X}$: gemiddelde, SD: standaarddeviantie

(A) personen zonder een vaste relatie zijn niet meegerekend

Tabel 4: Het beloop van psychische problematiek en al of niet contact met de psychosociale hulpverlening tussen 1976 en 1984 (1)

Aanwezigheid psychische problematiek in 1975, 1976 en 1984	Contact met de psychosociale hulpverlening (2)
geen enkel tijdstip	21 / 113 18,6%
op één tijdstip	14 / 66 21,2%
op twee tijdstippen	12 / 34 35,3%
op drie tijdstippen	14 / 26 53,8%
Totaal	61 / 239 25,5%

(1): De ruime gevalsdefinitie is hier gebruikt

(2): Exclusief huisarts

Discussie

Twee vragen stonden in dit artikel centraal: hoe chronisch is psychisch onwelbevinden en wat zijn de kenmerken van chronici. De gegevens onthulden een aanzienlijke chroniciteit. Van de 34 personen die volgens de meest restrictieve gevalsdefinitie in 1975 psychische problemen hadden, had 32% deze in 1984 nog. Uitgaande van 1976 waren dit er 14 van de 39 (36%). Toepassing van de ruimere gevalsdefinitie bracht een nog grotere chroniciteit aan het licht (bijna 50%). Wat betreft het beloop over een jaar wijken onze bevindingen niet veel af van wat anderen hebben gevonden. De getallen en percentages verschillen omdat niet steeds dezelfde gevalsdefinities zijn gebruikt, maar de stabiliteit, uitgedrukt in produkt-momentcorrelaties, schommelt evenals bij ons rond .60. Wat betreft het beloop over 8 à 10 jaar is er ons geen onderzoek bekend om onze resultaten mee te vergelijken.

Wat opvalt is de geringe daling in de stabiliteit bij toename van het interval: de correlatie tussen de psychische problematiek in 1975 (een jaar) is maar iets groter dan die tussen het psychisch onwelbevinden in 1975 of 1976 en 1984 (8 à 9 jaar). Psychische problematiek is kennelijk niet toevallig verdeeld. Als dat wel zo was zouden we in 1984 weliswaar weer ongeveer evenveel problematiek in onze steekproef hebben aangetroffen als in 1975 en 1976, maar in een veel grotere mate onder degenen die het eerder, in 1975 en 1976, relatief goed ging. Er is een niet onaanzienlijke groep met een verhoogd risico op psychische problematiek. Als we de enigszins arbitraire beslissing nemen dat iemand bij wie op twee van de drie metingen psychische problematiek werd vastgesteld tot deze risicogroep behoort dan valt volgens de meest restrictieve gevalsdefinitie 9,4% van de steekproef hierin en volgens de minst restrictieve definitie 24,9%. Beide schattingen komen aardig overeen met de boven- en benedengrens van de meest re-

cente schattingen in de literatuur omtrent de omvang van de groep mensen die vaak psychische klachten hebben (Link en Dohrenwend 1980).

De chroniciteit in onze steekproef lijkt erg hoog gezien het ervaringsfeit dat de meeste mensen die in een bepaalde periode psychisch in de problemen raken binnen een jaar hersteld of sterk verbeterd zijn. Om deze ogenschijnlijke tegenstrijdigheid te kunnen doorzien is het nodig het verschil tussen incidentie en puntprevalentie goed in de gaten te houden. Studies onder huisartspatiënten hebben aangetoond: (1) dat de patiënten die op een bepaald moment met psychische problemen hun huisarts raadplegen voor een groot deel deze problemen al veel langer hadden en (2) dat mensen die met nieuwe psychische problemen bij hun huisarts komen voor het overgrote deel binnen een jaar weer hersteld zijn (Cooper, Fry en Kalton 1969, Ormel en Giel 1983). Met andere woorden: de incidentie, de nieuwe gevallen, kenmerkt zich door een doorgaans gunstig beloop, maar de puntprevalentie, het aantal 'zieke' personen op een willekeurig tijdstip, omvat relatief veel chronici ten gevolge van het langdurige of recidiverende beloop van de problematiek bij een deel van de nieuwe gevallen. Elk bevolkingsonderzoek waarin een *momentopname* van de geestelijke gezondheid wordt gemaakt, ook al is dat op verschillende tijdstippen, haalt verhoudingsgewijs veel chronici en weinig nieuwe gevallen boven water. Wat onze resultaten dus aantonen is niet dat psychische problemen doorgaans chronisch verlopen, maar dat een kleine groep op ongeacht welk moment ze worden onderzocht psychisch in de problemen zit en dat de incidentie onder mensen die niet eerder problemen hadden erg klein is. Zo hadden in 1975 34 (13,9%) van de steekproef van 245 volgens de meest restrictieve gevalsdefinitie psychische problematiek, in 1976 25 (11,8%) van de overige 211 en in 1984 nog maar 9 (4,8%) van de overige 186.

Uit welke subgroepen bestaan de bij een momentopname van de bevolking aangetroffen mensen met psychische problematiek? Een deel wordt gevormd door individuen die getroffen zijn door een relatief acute periode. Hun scores dalen vermoedelijk in niet al te lange tijd tot het gebruikelijke, normale niveau, waaromheen ze dan weer vele jaren kunnen blijven schommelen zonder een herkenbare nieuwe episode te ontwikkelen. We schatten dat ongeveer een derde tot de helft van de puntprevalentie uit dergelijke gevallen bestaat. Immers, van degenen in 1975 met psychische problemen volgens de meest (minst) restrictieve gevalsdefinitie heeft 50% (33%) normale scores bij andere twee metingen. Voor 1976 en 1984 zijn deze percentages respectievelijk 49% (28%) en 35% (35%).

Uit wat voor mensen bestaat de rest, de meerderheid van de puntprevalentie, de chronici? We kunnen hierover geen definitieve uitspraken doen, maar willen wel enkele ideeën presenteren die mede op onze gegevens over de correlaten van chroniciteit zijn gebaseerd. Er

kunnen 4 subgroepen van chronici worden onderscheiden, die elkaar deels overlappen. De eerste groep bestaat uit mensen met persoonlijkheidskenmerken en wellicht zelfs persoonlijkheidsstoornissen die resulteren in hardnekkige, vrijwel continue gevoelens van spanning, angst en somberheid. Men spreekt ter aanduiding van deze persoonlijkheidskenmerken vaak van neuroticisme en 'negative affectivity' (Depue en Monroe 1985). De door ons gepresenteerde kenmerken van de chronici: een hoge neuroticismescore en een lage zelfwaardering ondersteunen de afbakening van deze subgroep. Wat de belangrijkste mechanismen zijn waarlangs neuroticisme zijn effect uitoefent is grotendeels onbekend. Het eerder gepresenteerde theoretische model geeft een aantal mogelijkheden weer.

De tweede subgroep bestaat uit mensen die zich gedurende zeer lange perioden geconfronteerd zien met stressvolle levensomstandigheden. Moeilijkheden zoals werkloosheid, een zieke partner, verpaupering van de directe woonomgeving, relationele gezinsproblemen en armoede kunnen zeer hardnekkig zijn (Ormel 1980) en daardoor gedurende lange tijd veel psychisch onwelbevinden veroorzaken. Ook onze gegevens wijzen op het bestaan van een dergelijke categorie van chronici. Twee kenmerken van de chronici waren immers (a) dat ze bij elke meting aan onevenredig veel psychosociale belasting blootstonden en (b) dat ze in 1975 een matige tot slechte verhouding met hun partner hadden. Hoewel de aanwezigheid van langdurige moeilijkheden niet los staat van iemands persoonlijkheid, blijken ook de moeilijkheden die niet of maar zelden ten dele door iemand zelf kunnen zijn veroorzaakt een hardnekkig leven te leiden en samen te hangen met onwelbevinden (Ormel 1980).

Hoewel de derde subgroep ook als een onderdeel van de tweede kan worden gezien, willen we deze toch apart noemen. Het gaat om mensen die de last van een lichamelijke handicap of een chronisch lichamelijke ziekte moeten dragen. Vooral wanneer hun handicap of ziekte tot een ernstige beperking in sociale en lichamelijke activiteiten heeft geleid, is het risico op psychisch onwelbevinden relatief groot.

De vierde subgroep ten slotte bestaat uit mensen met een klinisch herkenbare psychiatrische stoornis die chronisch of recidiverend van aard is. In tegenspraak met de veel gehoorde opvatting dat de overgrote meerderheid van de affectieve stoornissen 'self-limiting' is, blijkt uit longitudinaal onderzoek bij klinisch en ambulant behandelde patiënten dat 15 à 40% van deze stoornissen een chronisch of recidiverend beloop kent (Akiskal 1983, v.d. Hoofdakker en Ormel 1986). Ook bij subklinische affectieve beelden is herhaaldelijk een aanzienlijke mate van chroniciteit geconstateerd (Brown 1979). Het ligt voor de hand dat een deel van de mensen die in bevolkingsonderzoek hoog scoren op een vragenlijst naar psychische klachten, wordt gevormd door mensen met zo'n chronische of recidiverend verlopende (sub) klinische psychiatrische stoornis, vermoedelijk vooral dysthyme- en

angststoornissen. Over de omvang van deze subgroep is niets bekend, een gegeven dat overigens ook voor de andere drie onderscheiden subgroepen van chronici geldt.

Een inherente zwakheid van longitudinaal onderzoek is de uitval. Zolang de uitval het gevolg is van toevalligheden en niet al te omvangrijk is blijft de schade beperkt. Het wordt anders wanneer de uitval een systematisch karakter heeft. Wij zijn daarom nagegaan of de uitval samenhangt met iemands klachtenniveau bij een eerdere meting. Dit was niet het geval. Eveneens belangrijk is het feit dat wij geen gestandaardiseerd klinisch psychiatrisch interview hebben gebruikt om vast te stellen of iemand al dan niet een psychiatrische stoornis heeft. Wat gemeten werd is psychisch onwelbevinden, dat lang niet bij iedereen zodanig ernstig en specifiek zal zijn dat een psychiatrische diagnose mogelijk is (Hodiamont en Veling 1984). Door zowel een zeer restrictieve als een wat ruimere gevaldefinitie te hanteren hopen we deze beperking zo goed mogelijk te hebben ondervangen.

Zoals reeds is gesteld zijn door de wijze van steekproeftrekking de mensen met hoge neuroticismescores oververtegenwoordigd. De gepresenteerde cijfers over het aantal nieuwe gevallen en de chroniciteit kunnen hierdoor wat hoger zijn uitgevallen ten opzichte van de situatie in de Nederlandse bevolking van 21 tot 65 jaar. Het betrof bovendien een kleine steekproef, ook al vonden wij bij elke meting ongeveer hetzelfde aantal psychische problemen, tenminste volgens de ruime gevaldefinitie.

Tot slot nog een enkel woord over de psychosociale hulpverlening vanuit de tweede lijn (incl. maatschappelijk werk). Eenenzestig van de 254 mensen uit ons onderzoek hadden tussen 1976 en 1984 contact met ten minste één instelling op het gebied van de psychosociale hulpverlening. Het percentage dat contact had nam sterk toe met het chronische karakter van de problematiek. Zo had 25,0% van de mensen die in 1976 wel maar in 1984 geen psychische problemen hadden, één of meer contacten gehad versus 53,8% van degenen die bij elke meting psychisch onwelbevinden naar voren brachten. In hoeverre de geboden hulp chroniciteit heeft weten te voorkomen, valt niet uit onze onderzoeksgegevens af te leiden.

Literatuur

- Akiskal, H.S. (1983), Dysthymic disorder: psychopathology of proposed chronic depressive subtypes. *American Journal of Psychiatry*, 140, 11-20.
- Bradburn, R. (1968), *The structure of psychological well-being*. Chicago.
- Brook, F.W., R. Giel, G.H.M.M. ten Horn, J. Ormel en D. Wiersma (1983), *Epidemiologische beschouwingen over vraag en aanbod in de geestelijke gezondheidszorg*. Groningen, afd. Sociale Psychiatrie, RU Groningen.
- Brown, G.W. (1979), The social etiology of depression – the London studies.

- In: R.A. Depue (red.). *The psychobiology of the depressive disorders: implications for the effects of stress*, New York, Academic Press.
- Brown, G.W., en G.T. Harris (1978), *Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women*. New York, The Free Press.
- Cooper, B., J. Fry en F. Kalton (1969), A longitudinal study of psychiatric morbidity in a general practice population. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 23, 210-217.
- Cronkite, R.C., en R.H. Moos (1984), The role of predisposing and moderating factors in the stress-illness relationship. *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 372-393.
- Depue, R.A., en S.M. Monroe (1985), Life stress and human disorder: conceptualization and measurement of the disordered group. In: I.G. Sarason en B.R. Sarason (red.), *Social support: theory, research and applications*. Martinus Nijhoff publishers, Dordrecht.
- Goldberg, D.P. (1972), *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Oxford University Press, Londen.
- Harvey-Smith, E.A., en B. Cooper (1970), Patterns of neurotic illness in the community. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 19, 132-139.
- Henderson, S., D.G. Byrne en P. Duncan-Jones (1981), *Neurosis and the social environment*. Academic Press, New York 1981.
- Hodiamont, P.P.G., en S.H.J. Veling (1984), Een model voor het bepalen van psychiatrische prevalentie: de relatie GHQ-PSE. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 26, 592-607.
- Hoofdakker, R. v.d., en J. Ormel (1986), Chronische stemmingsstoornissen. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, in druk.
- Hosman, C.N.H. (1983), *Psychosociale problematiek en hulpzoeken. Een sociaal-epidemiologische studie ten behoeve van de preventieve geestelijke gezondheidszorg*. Swets & Zeitlinger, Lisse.
- Jöröskog, K.G., en D. Sörböm (1978), *LISREL IV*. Department of Statistics. University of Uppsala, Zweden.
- Knol, H.R., en J. Ormel (1976), De medische consumptie anno 1970. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 54, 237-243.
- Lazarus, R.S., en S. Folkman (1984), *Stress, appraisal and coping*. Springer Publishing Company, New York.
- Link, G., en B.P. Dohrenwend (1980), Formulation of hypotheses about the true prevalence of demoralization in the United States. In: B.P. Dohrenwend, B.S. Dohrenwend, M.S. Gould, B. Link, R. Neugebauer en R. Wunsch-Hitzig (red.), *Mental illness in the United States: Epidemiological estimates*. Praeger, New York.
- Luteyn, F. (1974), *De konstruktie van een persoonlijkheidsvragenlijst*. Proefschrift, Groningen.
- Ormel, J. (1980), *Moeite met leven of een moeilijk leven. Een vervolgonderzoek naar de invloed van psychosociale belasting op het welbevinden van driehonderd Nederlanders*. Proefschrift, Groningen. Uitgeverij Konstapel.
- Ormel, J., en R. Giel (1983), Omvang, beloop en behandeling van psychische stoornissen in de praktijk van de huisarts. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 25, 688-710.

- Ormel, J., R. Sanderman en P. Duncan Jones (1986), *Persistence and change of psychological distress; a longitudinal study spanning eight years*. Afd. Medische Sociologie, RU Groningen.
- Pearlin, L., M. Lieberman, E. Menaghan en J. Mullan (1981), The stress process. *Journal of Health and Social Behaviour*, 22, 337-356.
- Wilde, G.J.S. (1970), *Neurotische labiliteit gemeten volgens de vragenlijstmethode*. Uitgeverij F. van Rossum, Amsterdam.
- Willige, G. van de, M. Sorbi, R. Kluwer, G. Godaert, P.G.J. Schreurs en J. Vink (1983), Gedrag en gezondheid: een interaktionele benadering. *Gezondheid en Samenleving*, 4, 32-41.
- Wing, J.K., P. Bebbington en L.N. Robins (red.) (1981), *What is a case? The problem of definition in psychiatric community surveys*. Grant Mm McIntyre, Londen.

Schrijvers zijn respectievelijk: socioloog verbonden aan de vakgroepen Medische Sociologie en Psychiatrie en klinisch-psychologen verbonden aan de vakgroep Medische Sociologie van de Rijksuniversiteit te Groningen.

Dit artikel kon tot stand komen dank zij de financiële steun van het Nationaal Fonds voor de Geestelijke Volksgezondheid.

Onze dank gaat uit naar prof. dr. P.E. Boeke, prof. dr. W.J.A. van den Heuvel en dr. G.H.M.M. ten Horn voor hun commentaar op een eerdere versie.