

Facetten van psychiatrisch hulpzoekgedrag

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

Samenvatting

In aansluiting op een eerdere publikatie over de psychopathologische determinanten van psychiatrisch ziektegedrag, presenteren we hier een sociaal-psychologische verklaring voor het hulpzoekgedrag dat eenmalig werd vastgesteld bij PSE-respondenten, en gedurende een half jaar gevolgd bij PSE-gevallen onder de bevolking van de regio Nijmegen.

Het zoeken van professionele hulp voor psychiatrische symptomen werd zowel bij de PSE-respondenten als bij de PSE-gevallen beschreven in termen van beheersingsoriëntatie en ervaren steun van het sociale netwerk.

Uit een stapsgewijze discriminantanalyse bleek bij de PSE-respondenten steun van het sociale netwerk, bij de PSE-gevallen daarentegen beheersingsoriëntatie de belangrijkste factor voor het zoeken van professionele hulp.

Inleiding

In het kader van een onderzoek bij de bevolking van de Gezondheidsregio Nijmegen (Tax e.a. 1984) naar somatische klachten, psychosociale problemen, psychopathologische verschijnselen en het daarmee gepaard gaande ziektegedrag, kwamen wij tot de eerder (Hodiament e.a. 1986) gerapporteerde bevinding dat *last, sociale dysfunctie* en *gebrek aan ziekte-inzicht* positief samenhangen met *het zoeken van professionele hulp* naar aanleiding van psychiatrische problemen. Het ging daarbij om 280 personen, die tijdens een psychiatrisch interview blijk hadden gegeven van een of meer symptomen en van daarmee samenhangend hulpzoekgedrag. Met behulp van dit interview (de Present State Examination – PSE) kan men psychopathologische fenomenen indelen volgens 8 niveaus van diagnostische zekerheid of ernst (de Index of Definition – ID). Boven niveau 4 is voldoende informatie aanwezig om van een 'psychiatrisch geval' te kunnen spreken. Het vorige artikel betrof respondenten bij wie tenminste één symptoom was vastgesteld. Hun ID-niveau varieerde dus tussen 2 en 8.

Dit artikel geldt als poging tot verdere exploratie. We zullen nagaan hoe de genoemde, vooral met de psychiatrische problematiek verbou-

den, factoren zich verhouden ten aanzien van enkele belangrijke psychologische en sociologische variabelen in hun invloed op hulpzoekgedrag. Vervolgens toetsen we het resultaat van dit transversale (dat wil zeggen bij de *respondenten* met PSE-ID groter dan of gelijk aan 2 op één tijdstip verrichte) onderzoek aan het longitudinaal, dat wil zeggen op *meer* tijdstippen gemeten hulpzoekgedrag van een honderdtal psychiatrische *gevallen* (PSE-ID groter dan of gelijk aan 5). Ter oriëntatie beginnen we met een beschouwing van enkele modellen voor ziektegedrag en hun implicaties.

Zoals eerder beschreven (Hodiamont e.a. 1986), gaan de zogenaamde '*belief*'-modellen uit van symptoomherkenning en de rationele verwerking daarvan. Bovendien beperken ze zich tot het extern waarneembare ziektegedrag. De zogenaamde '*fasen*'-modellen daarentegen beschouwen interne ('covert') en externe ('overt') activiteiten als alternatieve fasen in een continu proces van probleemoplossend gedrag (Curin e.a. 1960; Verof e.a. 1981; Hosman 1983). Evenals de '*belief*'-modellen nemen de '*fasen*'-modellen echter '*perceived morbidity*' van de betrokken patiënt als uitgangspunt, zonder acht te slaan op professionele symptoomopvattingen. Dat is wel het geval in het *systeem-interactiemodel*, waar hulp wordt gezien als de resultante van allerlei factoren in het patiëntstelsel en het professionele zorgstelsel, die interacteren in het kader van homeostase (Levin en Roberts 1976).

Miller (1978) stelt de handhaving van een dynamisch evenwicht via feedbackmechanismen centraal in zijn beschrijving van levende systemen. Verder noemt hij de factoren 'stress, strain, threat, information, hierarchy of values', en 'resources' belangrijk voor het functioneren van een systeem. De manier waarop de bekende psycholoog Lazarus (1966, 1969) de persoon in zijn omgang met stress benadert, sluit nauw aan bij het systeemmodel van Miller. Dat geldt met name voor zijn opvatting dat stress niet zozeer een statische interactie is tussen bepaalde eigenschappen van enerzijds een prikkel en anderzijds een persoon, maar veeleer een doorlopende stimulus-respons-transactie. Het gaat dus om een circulair proces, waarin oorzaak en gevolg relatieve, onderling uitwisselbare begrippen zijn geworden. Waar de psychiatrie zich vooral richt op de verklaring van symptomen als *gevolg* van stress (Menninger e.a. 1967; Bastiaans 1957; Kraft 1972; Jongerius 1984), probeert de sociale wetenschap (ziekte)gedrag (onder andere) te verklaren vanuit symptomen die worden gezien als *oorzaak* van stress. In het licht van de zojuist genoemde circulaire causaliteitsopvatting vervaagt niet alleen het onderscheid tussen de oorzaak- en gevolgaspecten van symptomen, maar ook tussen de manieren om stress (of deze nu leidt tot symptomen of via symptomen tot hulpzoekgedrag) het hoofd te bieden. Steeds gaat het om dezelfde '*coping*'-mechanismen. Lazarus (1966) noemt als psychologische coping-factoren: middelen van het ik, defensieve disposities, het moti-

vatiepatroon en algemene opvattingen over de omgeving en de eigen mogelijkheden om die te beheersen. Men zou deze factoren kunnen operationaliseren als neuroticisme, *ziekte-inzicht* en *beheersingsoriëntatie*. Verder onderscheidt hij coping-strategieën en coping-‘resources’, die zich zowel in de persoon als in de omgeving kunnen bevinden (Roskies en Lazarus 1980). Het ervaren van *steun uit de sociale omgeving* geldt als een belangrijke bron van mogelijkheden om problemen op te lossen (Mechanic 1974).

We zullen de homeostase- c.q. coping-theorie gebruiken als referentiekader voor enkele bevindingen met betrekking tot psychiatrisch ziekte- en hulpzoekgedrag. Het gaat om de volgende variabelen: psychiatrische symptomen, de daardoor veroorzaakte (subjectieve) last en (objectieve) sociale dysfunctie, gebrek aan ziekte-inzicht, beheersingsoriëntatie en ervaren steun van het sociale netwerk. Neuroticisme is buiten beschouwing gebleven, omdat het hoog correleerde met wel opgenomen distress-maten (‘last’ en ID-niveau).

Vraagstelling

1. a. Welk verband bestaat tussen beheersingsoriëntatie respectievelijk ervaren steun van het sociale netwerk en het zoeken van professionele hulp naar aanleiding van psychiatrische symptomen bij PSE-respondenten in de regio Nijmegen?
- b. Welke invloed hebben, met de psychiatrische problematiek verbonden, factoren als geobjectiveerde ernst van het lijden, subjectief ervaren last van de belangrijkste symptomen, sociale dysfunctie en (gebrek aan) ziekte-inzicht op dit verband.
2. In hoeverre gaat het onder 1 gevonden verband op voor de PSE-gevallen, bij wie het professionele hulpzoekgedrag op meerdere tijdstippen is gevolgd.

Materiaal en methoden

Het onderzoekskader – De gegevens zijn in het kader van het Regio-project Nijmegen (zie Tax e.a. 1984) verzameld op vijf meettijdstippen tussen februari en november 1983.

Op tijdstip 1 (T1) werd een representatieve steekproef van 3245 personen uit de regionale bevolking ondervraagd om een indruk te krijgen van onder andere hun psychische eigenschappen, sociale netwerk en eventuele psychiatrische problematiek. Binnen veertien dagen na T1 volgde bij 486 deels aselekt gekozen, deels via een screeningslijst bepaalde respondenten, een interview (PSE) bedoeld om de psychiatrische eerste indruk te verifiëren en te specificeren, en om een beeld te krijgen van het ziekte- en hulpzoekgedrag dat de respondenten naar aanleiding van psychiatrische symptomen tot op dat moment (tijdstip 2-T2) hadden vertoond. De ongeveer 200 respondenten van

wie het hulpzoekgedrag niet bekend is, bleken over het algemeen geen ($ID = 1$) of weinig ($ID = 2$) symptomen te hebben. De overige 280 leverden de onderzoeksgegevens voor vraag 1. Vraag 2 hebben we onderzocht aan de hand van de 101 personen die op T2 voldeden aan het psychiatrische *gevals*criterium (PSE-ID groter dan of gelijk aan 5). Eén, twee en zes maanden nadien werden zij opnieuw ondervraagd over hun ziekte- en hulpzoekgedrag. De respons daalde overigens met het toenemen van de meetmomenten: op T3 77, op T4 60 en op T5 45 van de op T2 vastgestelde 101 gevallen.

Het meetinstrumentarium – Voor een beschrijving van de Present State Examination, de vragen over sociale dysfunctie, ziekte-inzicht en last van het belangrijkste symptoom, alsmede de vragen over het hulpzoekgedrag tot T2 naar aanleiding van psychiatrische problematiek, verwijzen wij naar het eerdere artikel over deze materie (Hodiamont e.a. 1986). Van het grote aantal vragen over psychiatrisch ziektegedrag op T3, T4 en T5 rapporteren we hier slechts de items over het zoeken van professionele hulp.

1. *Beheersingsoriëntatie* ('locus of control'; Rotter 1972) is een concept dat vaak wordt gebruikt om de richting van individueel gedrag te voorspellen. Aan de ene pool van de schaal die het begrip operationaliseert vinden we de scores van personen die extern zijn georiënteerd (de 'externals'), aan de andere pool de scores van de intern georiënteerden (de 'internals'). Als external gelden degenen die zich bij voorkeur op anderen, op de omstandigheden en op hogere machten verlaten. Internals vertrouwen meer op zichzelf en handelen doelgerichter. Volgens onderzoeksgegevens uit de literatuur (zie het themanummer van het *Nederlands Tijdschrift voor Psychologie*, 1983) gaat de interne of externe oriëntatie gepaard met allerlei specifieke eigenschappen. In de omgang met stress neigen internals bij voorbeeld tot 'actieve', externals meer tot 'passieve' aanpassing (adjustment respectievelijk adaptation). De normen zijn bij internals meer geïnternaliseerd dan bij de externals. Internals lijken verder minder defensief (Tanck e.a. 1979) en meer ik-gericht.

In het Regioproject hebben we met enkele kleine wijzigingen gebruik gemaakt van de door Ormel (1980) aangepaste Nederlandstalige schaal voor beheersingsoriëntatie (Andriessen 1972), die twaalf items omvat. Het gaat om uitspraken als 'het is toeval aardig gevonden te worden', 'het is toeval of de dingen mislukken', 'wat je krijgen wilt is afhankelijk van de omstandigheden (in plaats van jezelf)'. Elk item kent vier antwoordmogelijkheden. De somscore ($\alpha = 0.82$) geeft de mate aan van externe (lage score) of interne (hoge score) oriëntatie.

Jongeren, personen met een hoge sociaal-economische status en hoger opgeleiden blijken meer intern georiënteerd. Beheersingsoriëntatie lijkt dus tot op zekere hoogte sociaal-cultureel bepaald.

2. *De steun van het sociale netwerk* is gemeten met behulp van

vragen die Van Eijk (1979) heeft geformuleerd over de ondersteuning die men ondervindt van de deelnetwerken gezin/huishouden, familie, buren en vrienden. Per deelnetwerk hebben we de twee bij Van Eijk hoogst ladende items op de factor ondersteuning geselecteerd. De somscore (alfa = 0.37) geeft aan in hoeverre men zich al (hoge score), dan niet (lage score) gesteund voelt. De lage homogeniteit (alfa) is het gevolg van verschillen tussen deelnetwerken, een gegeven dat door de literatuur wordt bevestigd. Voor ons doel was de somscore echter zonder bezwaar te gebruiken. Voorbeelden van items zijn: 'kunt u gemakkelijk een beroep doen op uw gezinsleden als u hulp nodig heeft?', 'praat u wel eens met vrienden over persoonlijke moeilijkheden?', 'bent u gewend uw familie te raadplegen bij belangrijke beslissingen?' De schaal bestaat uit acht items.

Deze variabele hing niet samen met leeftijd, geslacht, opleiding en sociaal-economisch milieu, wel met burgerlijke staat (alleenstaand versus niet alleenstaand). De samenhang met de omvang van het netwerk varieerde sterk per deelnetwerk. Men ervoer in elk geval meer steun naarmate het deelnetwerk groter was.

De correlatie met beheersingsoriëntatie bedroeg slechts 0.18. De ervaren sociale steun bleek bij externals meer 'overdraagbaar' van mantelzorg (gezin etc.) naar professionele zorg dan bij de internals. Beide hier beschreven variabelen, beheersingsoriëntatie en ervaren steun van het sociale netwerk, representeren respectievelijk het overwegend persoonlijke en het overwegend sociale aspect van de gerichtheid op anderen. In die zin zijn deze factoren van belang voor ons streven om het hulpzoekgedrag te verklaren.

Een beschrijving van de PSE-gevallen, naar psychopathologische kenmerken en professioneel hulpzoekgedrag – Van de 486 PSE-respondenten behaalden 101 een ID-niveau 5 of hoger. Daarmee golden ze als psychiatrisch geval, waarvan het ziekte- en hulpzoekgedrag gedurende een half jaar na het PSE-interview gevolgd zou worden.

De frequentieverdeling van de min of meer 'psychopathologische' kenmerken diagnose, ID-niveau, ziekte-inzicht, sociale dysfunctie, ervaren last en duur van het belangrijkste symptoom over deze gevallen is in *tabel 1* weergegeven. De cijfers spreken voor zichzelf. Omdat psychotische items slechts bij uitzondering werden opgevoerd als belangrijkste symptoom, hebben deze kenmerken (afgezien van diagnose en ID-niveau) betrekking op neurotische symptomen.

In *tabel 2* staat het verband beschreven tussen globale psychopathologische categorieën (psychosen, gremde en neurotische depressies, en neurosen) enerzijds en het zoeken van hulp bij professionele instanties (geordend naar hoogste echelon waarmee contact is geweest) anderzijds. Daaruit blijkt dat het merendeel van de mensen die in aanmerking komen voor een psychiatrische diagnose in het medische, eerste- of tweedelijns kanaal belandt.

Tabel 1: Kenmerken van de 101 psychiatrische gevallen

<i>Tentatieve Diagnose</i>	<i>Percentage</i>
Schizofrene psychose	6.9
Paranoïde psychose	3.0
Manische en/of gemengd affectieve psychose	2.0
Depressieve psychose	2.0
Geremde depressie	23.8
Neurotische depressie	38.6
Angstneurose	22.8
Dwangneurose	1.0
<i>Index of Definition</i>	<i>Percentage</i>
5	63.4
6	21.8
7	13.9
8	1.0
<i>Ziekte-inzicht</i>	<i>Percentage</i>
volledig	56.6
beperkt	29.3
ontbrekend	14.1
<i>Sociale dysfunctie</i>	<i>Percentage</i>
geringe beperking	36.5
matige beperking	43.8
ernstige beperking	19.8
<i>Ervaren last van het belangrijkste symptoom</i>	<i>Percentage</i>
geen/weinig last	8.2
vrij veel last	42.3
zeer veel last	49.5
<i>Tijdperiode verstreken sinds het belangrijkste symptoom voor het eerst werd opgemerkt</i>	<i>Percentage</i>
minder dan 1 maand	3.1
1-6 maanden	16.7
7-12 maanden	9.4
1-2 jaar	14.6
2-5 jaar	24.0
meer dan 5 jaar	32.3

Analyse en resultaten

Voor een antwoord op de vraag naar het verband tussen beheersingsoriëntatie en ervaren steun van het sociale netwerk enerzijds, en het zoeken van professionele hulp naar aanleiding van symptomen vastgesteld tijdens het PSE-interview anderzijds, zijn wij, zoals gezegd, uitgegaan van 280 respondenten die vragen hebben beantwoord over hun hulpzoekgedrag naar aanleiding van het belangrijkste neurotische verschijnsel. 175 van hen bleken ooit, en 105 nooit contact te hebben gehad met de professionele hulpverlening. *Degenen die nooit*

Tabel 2: Professionele hulp van de psychiatrische gevallen naar diagnostische categorie, zoals gerapporteerd bij het PSE-interview

	geen profes- sionele hulp	huis- arts	AMW	AGGZ	psychi- atrische poli- kliniek	psychi- atrische kliniek	ove- rige	to- taal
psychosen (N = 13)	31%	8%	8%	15%	38%	0%	0%	100%
geremde depressies (N = 24)	17%	46%	0%	13%	25%	0%	0%	100%
neurosen (N = 57)	23%	35%	4%	9%	23%	5%	2%	100%

in aanraking zijn geweest met dergelijke instanties scoren hoger op beheersingsoriëntatie ($p = 0.004$) en ervaren meer steun van het netwerk (p kleiner dan 0.001) dan degenen die wel contact hebben gehad (tweezijdige toets van Wilcoxon).

Met stapsgewijze discriminantanalyse is voorts nagegaan in hoeverre degenen die wel contacten met de hulpverleningsprofessie rapporteerden, verschillen van degenen die geen contacten opgaven, wat betreft beheersingsoriëntatie en ervaren steun van het sociale netwerk. Daarbij hebben we voor de variabelen ID-niveau (al dan niet een PSE-geval), ziekte-inzicht, sociale (dys)functie en last van het belangrijkste verschijnsel gecorrigeerd. Deze stapsgewijze analyse is uitgevoerd op de gegevens van 128 respondenten die ooit, en van 70 die nooit contact hadden met de professionele hulpverlening. (Van 82 respondenten waren één of meer gegevens onbekend.) PSE-respondenten die nooit in contact zijn geweest met de professe naar aanleiding van een neurotisch verschijnsel bleken (ID-niveau, ziekte-inzicht, sociale dysfunctie en symptoomlast in aanmerking genomen) significant (p kleiner dan 0.05) meer steun van hun netwerk te ervaren dan degenen die wel professionele hulp hadden gezocht.

Om na te gaan in hoeverre dit verband opging voor de 101 PSE-gevallen die gedurende een half jaar zijn gevolgd, hebben we ook deze categorie op grond van hun hulpzoekgedrag ten aanzien van de professe gesplitst in twee groepen.

De voor de hand liggende verdeling in wel en niet hulpzoekers bleek echter niet bruikbaar, omdat het aantal gevallen waarvan we zeker wisten dat ze op drie achtereenvolgende meettijdstippen geen hulp hadden gezocht zeer klein was. De dichotomie betrof dus een groep die hoogstens de eerste lijn had bereikt (N = 19) en een groep die het (minstens eenmaal) 'verderop' had gezocht (N = 42). PSE-gevallen

die niet verder kwamen dan de eerste lijn scoorden hoger op beheersingsoriëntatie ($p = 0.02$), maar verschilden niet wat betreft ervaren steun van het sociale netwerk ($p = 0.53$), vergeleken met de groep die hulp zocht in een hoger echelon (tweezijdige Wilcoxon-toets). Wat betreft diagnostische categorie, ID-niveau, ziekte-inzicht, sociale dysfunctie, symptoomlast en begin van de klacht vertoonden beide groepen geen verschil (Chi-kwadraattoets voor kruistabellen, $p > 0.10$).

Discussie

Voor een goed begrip van het volgende wijzen wij nogmaals op het onderscheid tussen 'respondenten' (N = 280; degenen die een PSE-interview hebben gehad én van wie het hulpzoekgedrag bekend was) en 'gevallen' (N = 101; degenen die vanwege hun PSE-ID-niveau groter of gelijk aan 5, als geval zijn bestempeld en daarna longitudinaal gevolgd op hun hulpzoekgedrag). Verder zij benadrukt dat de onderzoeksvraag éérs beantwoord is met betrekking tot de respondenten, en vervolgens getoetst op de cases.

1. *Beheersingsoriëntatie*. Zoals verwacht zoeken de 'internals' onder de respondenten minder professionele hulp dan de 'externals'. Zij zijn minder hulpeloos (Cohen e.a. 1977), en meer geneigd een bedreigende situatie zelf op te vangen. De internals zetten zich sterker in voor genezing, zijn actiever, zoeken eerder naar informatie en gebruiken die ook (bij voorbeeld in de vorm van zelfmedicatie). Verder verwachten zij minder succes van andermans handelen of ingrijpen (Andriessen en Van Cadsand 1983). Bovendien zouden de internals minder behoefte hebben aan een gestructureerde therapie (Koppelaar e.a. 1983). Onze resultaten stemmen dus overeen met de bevindingen van ander onderzoek.

Evenzo blijven de internals onder de gevallen die de eerste lijn bereiken, daar vaker 'hangen' dan de externals. Omgekeerd zoeken de externals meer hulp in een hoger echelon.

Beheersingsoriëntatie hangt dus duidelijk samen, niet alleen met het zoeken van professionele hulp, maar ook met het al dan niet zoeken van die hulp in een hoger echelon dan de eerste lijn.

2. *Ervaren steun van het sociale netwerk*. Als wij bij de respondenten controleren voor andere factoren (zoals ID-niveau, last, sociaal dysfunctioneren en ziekte-inzicht), blijkt de ervaren steun van het sociale netwerk nog sterker samen te hangen met het zoeken van professionele hulp dan beheersingsoriëntatie. Het was ons al bekend dat een afname van de ervaren steun gepaard gaat met een toename van het hulpzoekgedrag. Maar de mate van ervaren steun geeft kennelijk de doorslag in het hulpzoekproces. Bij de gevallen blijkt daarentegen beheersingsoriëntatie doorslaggevend. Als verklaring voor deze uitkomst zou men kunnen aanvoeren dat externals een behoefte aan structuur hebben die verder gaat dan de eerste lijn kan bieden, terwijl

de huisarts wel voorziet in hun behoefte aan ondersteuning. De functie van het sociale netwerk wordt in dat geval vervuld door de professionals.

3. *Ziekte-inzicht*. Discriminantanalyse steunde onze eerder gerapporteerde bevinding dat *respondenten* met onvolledig ziekte-inzicht meer hulp zoeken dan degenen met volledig inzicht. Als men aanneemt dat zij met hulp meer inzicht 'zoeken', zou men ziekte-inzicht kunnen beschouwen als een probleemgeoriënteerde (in plaats van een emotieregulerende) coping-strategie (in de zin van Lazarus).

Bij de *gevallen* werd een dergelijk verband echter niet gevonden. Daar speelt mogelijk het 'ziekte-inzicht' van de (huis)arts een grotere rol dan het ziekte-inzicht van de patiënt. Bij de cases is het omslagpunt voor hulpzoeken immers gelegd tussen het eerste en de hogere echelons. Verder zou men kunnen veronderstellen dat beheersingsoriëntatie samenhangt met ziekte-inzicht, in die zin, dat de 'internals' meer ziekte-inzicht hebben of daar althans meer naar handelen.

Uit onze analyses bleek beheersingsoriëntatie inderdaad samen te hangen met ziekte-inzicht en wel zo dat degenen met volledig inzicht meer intern georiënteerd waren (Wilcoxontoets, $p = 0.009$).

Conclusie

Naast een aantal andere psychopathologische factoren spelen het fenomeen ziekte-inzicht en de sociaal-psychologische variabelen beheersingsoriëntatie en ervaren netwerksteun, een belangrijke rol in het proces van psychiatrisch hulpzoekgedrag. Wanneer men dit ziekte- en hulpzoekgedrag wil exploreren verdient het aanbeveling een ruim denkraam te nemen, waarin plaats is voor alle relevante aspecten. Een dergelijk kader biedt de systeemtheorie. Omdat het model van Lazarus daar op fundamentele punten mee overeenstemt (met name in de nadruk op het streven naar een dynamisch evenwicht) lijkt het een goed uitgangspunt voor nader onderzoek.

Literatuur

- Andriessen, J.H.T.H. (1972), Interne of externe beheersing. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 27, 173-198.
- Andriessen, J.H.T.H., en J.P. van Cadsand (1983), Een analyse van de Nederlandse I-E-schaal. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 38, 7-24.
- Bastiaans, J. (1957), *Psychosomatische gevolgen van onderdrukking en verzet*. Noordhollandsche Uitgevers Maatschappij, Amsterdam.
- Cohen, Sh., M. Rothbart en S. Philips (1977), Locus of control and the generality of learned helplessness in humans. *Journals of Personality and Social Psychology*, 35, 1049-1056.
- Eyk, J.Th.M. van (1979), *Levensgebeurtenissen en ziekte*. Diss., Nijmegen.
- Gurin, G., J. Veroff en S. Feld (1960), *Americans view their mental health*. Basic Books, New York.

- Hodiamont, P.P.G., P.G.M. Peer en P.H.J.M. Heydendael (1986), Ziekte, ziekte-inzicht en ziektegedrag in het kader van de psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 5, 291-309.
- Hosman, C.M.H. (1983), *Psychosociale problematiek en hulpzoeken*. Swets en Zeitlinger, Lisse.
- Jongerius, J.A.C. (1984), *Decompensatie*. Uitgevers maatschappij Huisartsenpers, Utrecht.
- Koppelaar, L., en G.P.J. Vlaander (1983), Externe beheersing en het effect van therapie en training. *Ned. Tijdschrift voor de Psychologie*, 38, 25-33.
- Kraft, Th.B. (1972), *Overspanning*. De erven F. Bohn, Haarlem.
- Lazarus, R.S. (1966), *Psychological stress and the copingprocess*. McGraw Hill, New York.
- Lazarus, R.S. (1969), *Patterns of adjustment and human effectiveness*. McGraw, New York.
- Levin, G., en R.B. Roberts (1976), *The dynamics of human service delivery*. Ballinger, Cambridge.
- Mechanic, D. (1974), Social structure and personal adaptation: some neglected dimensions. In: G.W. Coelho, D.A. Hamburg en J.E. Adams (red.), *Coping and adaptation*. Basic Books, New York.
- Menninger, K., M. Mayman en P. Pruyser (1967), *Het leven in balans*, Het Spectrum, Utrecht/Antwerpen.
- Miller, J.G. (1978), *Living systems*. Mc Graw Hill Book Company, New York.
- Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie* (1983). Themanummer, 38.
- Ormel, H. (1980), *Moeite met leven of een moeilijk leven*. Konstapel, Groningen.
- Roskies, E.P., en R.S. Lazarus (1980), Coping theory and the teaching of coping skills. In: P.O. and S.M. Davidson (red.), *Behavioral medicine: changing health lifestyles*. Brunner and Mazel, New York.
- Rotter, J.B. (1972), Beliefs, social attitudes and behavior: A social learning analysis. In: J.B. Rotter, J.E. Chance en E.J. Phares (red.), *Applications of a social learning theory of personality*. Holt, Rinehart and Winston, New York.
- Tanck, R.H., en P.R. Robbins (1979), Assertiveness, locus of control and coping behaviors used to diminish tension. *Journal of Personality Assessment*, 43, 396-400.
- Tax, B., C. König-Zahn, P.H.J.M. Heydendael, L.H. Boerma, J.W. Furer, E.J.H. ter Heine, P.P.G. Hodiamont, J.M.G. Persoon en S.H.J. Veling (1984), Regioproject Nijmegen. *Gezondheid en Samenleving*. 5, 38-45.
- Veiel, H.O.F. (1985), Dimensions of social support: a conceptual framework for research. *Social Psychiatry*, 20, 156-162.
- Veroff, J., R.A. Kulka en E. Douvan (1981), *Mental health in America*. Basic Books, New York.

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, en psycholoog en statistica, verbonden aan het Instituut voor Sociale Geneeskunde van de KU.

De gerapporteerde gegevens werden verzameld in het kader van het Nijmeegs Regioproject met subsidie van het Preventiefonds.