

# De epidemiologie van obsessief-compulsieve stoornissen

door P.P.G. Hodiament

## Samenvatting

Volgens recente epidemiologische gegevens komen obsessief/compulsieve stoornissen (OCS) onder de open populatie van 18 jaar en ouder veel vaker voor dan men vroeger aannam. Onderzoek met het Diagnostic Interview Schedule (DIS) in het kader van het Amerikaanse Epidemiological Catchment Area programma leverde een prevalentiecijfer op van 1.3%. Met behulp van de Present State Examination (PSE) vond men in de Londense wijk Camberwell en in de gezondheidsregio Nijmegen zelfs frequenties van 10.8% respectievelijk 7.3%. Dit artikel gaat in op de resultaten en de methodiek van het bevolkingsonderzoek naar OCS met het DIS en de PSE.

## Inleiding

Het beeld van de obsessief-compulsieve stoornis (OCS) of dwangneurose is al meer dan 300 jaar bekend (Okasha 1991). Terwijl OCS bij klinici al vroeg in de belangstelling stond, bleef de aandacht van epidemiologen voor het verschijnsel lang beperkt. Zij concentreerden zich bij voorkeur op de klassieke probleemgebieden zoals schizofrenie en de affectieve stoornissen. Op basis van klinische gegevens nam men aan dat de prevalentie van OCS laag was. Uit bevolkingsonderzoek is de laatste jaren echter gebleken dat de aandoening vele malen vaker voorkomt dan men vroeger veronderstelde. Men realiseerde zich daarbij wel dat de gevonden prevalentiecijfers in hoge mate afhankelijk zijn van de gehanteerde definitie en meetmethoden met betrekking tot OCS (Williams e.a. 1980).

Dit artikel gaat in op de methodiek en op de resultaten van het epidemiologische onderzoek naar OCS.

## Casusdefinitie en casusidentificatie

'De ziekten gekenmerkt door dwangverschijnselen ... (vormen) een

buitengewoon moeilijk terrein dat nauwelijks te overzien is', lezen we bij Rümke (1967).

Hoewel de wezenstrekken van de OCS – de dwang, die niet door andere stoornissen wordt verklaard, het innerlijke verzet daartegen, de onzinnigheid en onaangenaamheid ervan – in de psychiatrie sinds jaar en dag gemeengoed zijn, blijkt het steeds weer moeilijk in het concrete geval de diagnose te stellen. Dat probleem speelt op verschillende niveaus van de diagnostiek. Als men het al eens zou zijn over de criteria voor OCS – en volgens de literatuur (Haayman 1977, 1984, 1990) is daar nog niet echt sprake van – staat de clinicus nog steeds voor de opgave deze abstracte begrippen toe te passen op de belevingen van de individuele patiënt. Vervolgens zal hij moeten uitmaken of het dwangverschijnsel nog tot het normale gerekend mag worden danwel abnormaal of 'psychiatrisch' is (Hodiament 1991). En ten slotte dient hij te beslissen of een diagnose OCS in engere zin gerechtvaardigd is. Per definitie mag men die diagnose immers niet stellen ten aanzien van dwangfenomenen die deel uitmaken van organische beelden, schizofrenie, depressie etc. Deze diagnostische problemen spelen mutatis mutandis en a fortiori voor de epidemiologische onderzoeker op het gebied van OCS. De huidige onderzoeken op het gebied van de psychiatrische epidemiologie worden tot de derde generatie gerekend (Dohrenwend en Dohrenwend 1982). De eerste generatie werd gekarakteriseerd door het gebruik van behandelingsgegevens en informatie van sleutelfiguren om casus te identificeren. De tweede generatie was gebaseerd op directe interviews met respondenten die een steekproef vormden uit de algemene populatie. Deze interviews gaven echter eerder een indruk van het algemene stressgevoel onder de bevolking ('demoralisation') dan inzicht in het vóórkomen van specifieke psychiatrische stoornissen. En met dergelijke specifieke informatie konden beleidsmakers en medici niet uit de voeten. De derde generatie onderzoekers zag zich dan ook geconfronteerd met het complexe probleem valide en betrouwbare methoden voor de meting van psychiatrische stoornissen te ontwikkelen. De oplossing werd gezocht in de aansluiting bij twee verschillende interviewtradities op dit gebied: het klinisch psychiatrisch onderzoek enerzijds en het psychometrisch onderzoek anderzijds. Deze twee tradities lopen sterk uiteen wat betreft het omgaan met de meetfout, die inherent is aan elk antwoord van een individu op vragen naar de aanwezigheid van psychiatrische verschijnselen. Verschillende mensen kunnen bij voorbeeld op een bepaalde vraag bevestigend antwoorden om verschillende redenen, die niet zozeer te maken hebben met het bedoelde psychiatrische verschijnsel alswel met het feit dat ze woorden als angst en dergelijke verschillend opvatten. De klinische benaderingswijze gaat ervan uit dat deze meetfout tot een minimum kan worden teruggebracht door de ervaring en de vaardigheden van de clinicus, die de informatie niet alleen verzamelt, maar ook toetst op zijn klinische relevantie door middel van de kruisver-

hoorteknik. Deze techniek houdt in dat de onderzoeker net zolang doorvraagt tot hij het antwoord met zekerheid al dan niet als teken van een psychische stoornis kan scoren. Een bekend voorbeeld van de klinische interviewmethode is de Present State Examination (PSE; Wing e.a. 1974). De itemscores worden via het computerprogramma CATEGO geclassificeerd in termen van de International Classification of Diseases (9e versie). CATEGO werkt volgens hiërarchische principes, in die zin dat diagnoses van een hogere orde worden gesteld ten koste van diagnoses van een lagere orde. Dat heeft belangrijke consequenties voor het epidemiologische onderzoek naar OCS. Als de PSE-interviewer naast de obsessief/compulsieve symptomen namelijk tekenen van diffuse of specifieke angst vindt, worden deze laatste door CATEGO zwaarder gewogen dan OCS, zodat de casus terecht komt in de categorie angst- of fobische neurose. Bovendien krijgen PSE-respondenten, al naar gelang het aantal en het gewicht van hun symptomen, een score op de zogenaamde Index of Definition (ID). Deze ID kent acht niveaus die een toenemende mate van klinische relevantie aangeven voor de symptomen die bij de respondent zijn vastgesteld. Vanaf niveau 5 spreekt men van een casus, waarop een diagnose in termen van de ICD van toepassing is. Als de respondent alleen obsessief/compulsieve symptomen vertoont, haalt hij het casusniveau niet eens.

Het psychometrische interview is gebaseerd op gesloten vragen naar de zelfbeleving van de respondent, die kan kiezen uit een aantal van tevoren vastgestelde antwoordcategorieën. Deze benaderingswijze probeert met statistische procedures de meetfout onder controle te krijgen en zoekt de 'waarheid' in de consistentie van de antwoorden op een serie vragen, die alle gericht zijn op een bepaald facet van de psychopathologie. Ondanks de mogelijke fout in het antwoord op de afzonderlijke items, geldt het overschrijden van een bepaalde drempelwaarde door de somscore van een serie items als teken dat het betreffende facet aanwezig is. De Symptom Checklist (SCL-90; Derogatis 1977) geldt als voorbeeld van een psychometrische benaderingswijze. Omdat beide methoden hun sterke en zwakke kanten hebben worden ze tegenwoordig vaak gecombineerd tot een zogenaamde twee-fasenprocedure. In de eerste fase krijgen alle leden van een steekproef uit de algemene populatie een zelfinvulvragenlijst zoals de SCL-90 voorgelegd, die gebaseerd is op de psychometrische benaderingswijze. Personen die bij deze screening tekenen van een psychiatrische stoornis vertonen, worden in de tweede fase door een ervaren clinicus of ten minste een getrainde interviewer onderzocht met een gestandaardiseerd instrument, bij voorbeeld de PSE.

### Het DIS-onderzoek

In 1978 stelde de Amerikaanse President's Commission on Mental Health een vraag ('how are the mentally ill being served?') aan de orde,

die aanleiding is geweest tot het grootste en meest ambitieuze psychiatrisch epidemiologische onderzoek dat ooit heeft plaatsgevonden: het Epidemiological Catchment Area programma van het National Institute of Mental Health.

De eerste doelstelling van het ECA-onderzoek was het bepalen van 'prevalence rates of specific mental disorders as defined by DSM-III' (Regier e.a. 1985). Fundamenteel voor het hele ECA-onderzoek was de ontwikkeling van een valide en betrouwbaar instrument voor het meten van psychiatrische stoornissen, het Diagnostic Interview Schedule (DIS: Bosma e.a. 1988). Hoewel het DIS-elementen bevat uit zowel de klinische als de psychometrische traditie, maakt het geen gebruik van klinische beoordeling en evenmin van psychometrische methoden om de meetfout te controleren. Het instrument bestaat uit een kleine driehonderd volledig gestandaardiseerde vragen, die handmatig of via de computer kunnen worden verwerkt tot 42 diagnoses op as I en II van DSM-III. Over OCS worden in het DIS negen vragen gesteld, waarvan vier betrekking hebben op de symptomen zelf en vijf op de tijdsduur ervan. Zoals gezegd vindt er geen klinische beoordeling plaats: de leken-interviewers toetsen het antwoord op hun vragen aan een aantal op een kaart vastgelegde criteria. Het resultaat van dit doorvraagschema bepaalt uiteindelijk of een item psychiatrisch relevant mag worden geacht. Dat is bij voorbeeld het geval als de respondent de aanwezigheid van het verschijnsel bevestigt, aangeeft dat het ernstig genoeg was om een negatieve invloed te hebben op zijn functioneren of een professionele hulpverlener te raadplegen, danwel medicijnen te nemen, en als het verschijnsel niet verklaard wordt door een lichamelijke ziekte of door medicijn-, alcohol- of druggebruik. Wanneer men het antwoord op één van de vier inhoudelijke vragen met betrekking tot OCS inderdaad als symptoom van de stoornis kan duiden, mag men de diagnose OCS stellen, voor zover het symptoom althans niet wordt veroorzaakt door een andere psychiatrische stoornis. Dit exclusie criterium is in DSM-III-R overigens sterk afgezwakt.

Aanhangers van de klinische traditie opperen als bezwaar tegen deze volledig gestandaardiseerde procedure dat de validiteit wordt opgeofferd aan de betrouwbaarheid. Zij worden daarin gesteund door de bevinding dat (leken-)DIS-interviewers in vergelijking met het klinisch psychiatrische oordeel OCS overdiagnostiseerden (Helzer e.a. 1985).

Het ECA-onderzoek is uitgevoerd op vijf plaatsen in de VS: New Haven, Baltimore, St. Louis, Durham en Los Angeles. In elke plaats trok men een aselechte steekproef uit de populatie van 18 jaar of ouder (Holzer e.a. 1985). De totale steekproefomvang bedroeg 18.571 personen. Regier e.a. (1990) hebben de gegevens van de vijf ECA-locaties gecombineerd en naar leeftijd, geslacht, ras en etnische status gestandaardiseerd voor de populatie van de VS. Met voorbijgaan aan het bovengenoemde exclusie criterium voor de diagnose, konden zij op basis van de DIS-re-

sultaten een één-maandsprevalentie voor OCS berekenen van 1.3%. 1.3% van de populatie had dus obsessief en/of compulsieve klachten die zo ernstig waren dat ze of het sociale functioneren aantastten of betrokene tot medische consumptie noopten. Voor mannen bedroeg dit prevalentiecijfer 1.1%, voor vrouwen 1.5%, meer specifiek 2.0% bij vrouwen tussen 18 en 44 jaar en 1.0% bij vrouwen boven 44 jaar. Ook bij de mannen was de frequentie overigens het hoogst (1.1%-1.7%) in de leeftijdsgroep tussen 18 en 44 jaar. OCS kwam tweemaal zo vaak voor bij de groep gescheiden mensen, vergeleken met de andere categorieën van burgerlijke staat. Verder zag men OCS in de laagste sociale klasse tweemaal zo vaak als in de hoogste. De levensduurprevalentie lag tussen de 1.2% en 2.4%. In één derde van deze gevallen begint OCS, in ongeveer dezelfde vorm als het gezien wordt op volwassen leeftijd, rond het vijftiende jaar. Na het vijftigste jaar ziet men zelden een OCS beginnen. Het verloop is chronisch, met remissies en exacerbaties. De comorbiditeit, met name ten aanzien van schizofrenie en depressie in engere zin, was aanzienlijk. Ongeveer de helft van de OCS-patiënten had nog een andere DSM-III-diagnose op as I (Rapport 1990).

### Het PSE-onderzoek

Vanwege haar lage diagnostische rangorde in het CATEGO-programma komt OCS nauwelijks voor in publikaties over bevolkingsonderzoek met de PSE. Gezien de klinische significantie van de psychiatrische symptomen die met de PSE kunnen worden vastgesteld, lijkt het toch de moeite waard de resultaten van enkele PSE-onderzoeken met betrekking tot OCS nader te bezien. Zowel in het Camberwell-onderzoek (Bebbington e.a. 1981) als in het Nijmeegs Regioproject (Hodiamont e.a. 1987) is de eerder beschreven negende versie van de PSE gebruikt. Deze bevat drie OCS-items (PSE symptoom 44, 45 en 46), die grofweg overeenkomen met respectievelijk de Nederlandse begrippen controledwang, wasdwang en dwanggedachten. Bij één, twee of drie OCS-symptomen is sprake van het syndroom dwangneurose (PSE syndroom 7), dat, onder bepaalde condities (o.a. het aantal aanwezige OCS-symptomen en de afwezigheid van een hoger angstsyndroom in de hiërarchie), tot uiting kan komen in de diagnostische categorie dwangneurose.

Het Camberwell-onderzoek is volgens de genoemde twee-fasenprocedure uitgevoerd onder een aselechte steekproef uit de bevolking van een Zuidlondense wijk, in de leeftijd tussen 18 en 64 jaar. In de eerste fase werden alle 800 respondenten gescreend door interviewers van een onderzoeksbureau met behulp van een verkorte versie van de PSE. Elke respondent die daarbij een ID-score van vijf of hoger behaalde, en een steekproef uit degenen die onder de vijf hadden gescoord (N = 310), werden in tweede instantie met de volledige PSE onderzocht door psy-

chiaters van de Medical Research Council. Via een wegingsprocedure kon men vervolgens de prevalentie berekenen van OCS-symptomen in de bevolking (zie tabel 1). 'Controledwang' kwam bij 9.1% van de bevolking voor (mannen 6.0%; vrouwen 12%), 'wasdwang' bij 1.6% (mannen 0%; vrouwen 3.0%) en 'dwanggedachten' bij 0.9% (mannen 1.6%; vrouwen 0.3%). Het syndroom dwangneurose vertoonde een frequentie van 10.8% (mannen 6.8%; vrouwen 14.4%), bij een totale prevalentie aan PSE-casus (ID[p271]5) van 10.9%. Op basis van een inhoudsanalyse van de betreffende PSE-data concludeerde Bebbington (1990) '... that in a sample of 800 not otherwise remarkable for its vibrant mental health, one case alone was felt to merit treatment'.

Ook het psychiatrisch epidemiologische deel van het Nijmeegs Regioproject verliep in twee fasen. In de eerste fase werd een aselechte steekproef (N=3232) uit de regionale populatie tussen 18 en 65 jaar met behulp van een vragenlijst (General Health Questionnaire) gescreend op de mogelijke aanwezigheid van psychiatrische symptomen. In de tweede fase kreeg elke respondent met een GHQ-score [p271]10, en een steekproef uit degenen met een GHQ-score [p270]10 een PSE-interview met psychiatrisch getrainde onderzoekers.

Het totaal aantal afgenomen PSE-interviews bedroeg 486, waarvan 101 respondenten het casusniveau (PSE-ID[p271]5) haalden. Details over de opzet en uitvoering van het onderzoek zijn onder andere in dit tijdschrift eerder gepubliceerd (Hodiamont en Veling 1984; Duine e.a. 1985; Hodiamont 1986).

De prevalentie van OCS-symptomen en syndromen is berekend via weging van de mate waarin deze voorkwamen in de strata met GHQ[p270]10 en GHQ[p271]10 in de tweede fase van de steekproef. Deze weging resulteerde in de volgende prevalentiecijfers voor de bevolking van de regio Nijmegen (zie tabel 1): 'controledwang': 3.7% (mannen 2.8%; vrouwen 4.6%); 'wasdwang' 0.5% (mannen 0.9%; vrouwen 0.1%); 'dwanggedachten' 4.3% (mannen 4.2%; vrouwen 4.5%).

Tabel 1: Prevalentie van PSE-symptomen (44, 45 en 46) en PSE-syndroom (7) in Camberwell\* en de regio Nijmegen\*

symptoom	Camberwell			Nijmegen		
	tot.	man.	vrouw.	tot.	man.	vrouw.
'controledwang' (44)	9.1%	6.0%	12.0%	3.7%	2.8%	4.6%
'wasdwang' (45)	1.6%	0%	3.0%	0.5%	0.9%	0.1%
'dwanggedachten' (46)	0.9%	1.6%	0.3%	4.3%	4.2%	4.5%
obsessief/compulsiefsyn- droom (7)	10.8%	6.8%	14.4%	7.3%	5.8%	8.8%

\* Gewogen substeekproeven, representatief voor de gehele steekproef van 800 personen in Camberwell en 3232 personen in de regio Nijmegen

Het syndroom dwangneurose kwam voor bij 7.3% van de bevolking (mannen 5.8%; vrouwen 8.8%) op een totale PSE-casusprevalentie van 7.3%.

Aan het PSE-interview hadden we toegevoegd de vraag, van welk PSE-symptoom betrokkene het meeste last ondervond. Symptoom 44 ('controledwang') werd door zes van de 486 PSE-geïnterviewden (ID: 1-8) en door één van de 101 PSE-gevallen (ID[p271]5) genoemd.

## Discussie

Zowel het DIS-onderzoek als het PSE-onderzoek heeft duidelijk gemaakt dat de puntprevalentie van OCS in de open populatie aanzienlijk hoger ligt dan bij voorbeeld de 0.05% die men op klinische gronden aannam (Nemiah 1980). Voor de oorzaak van dit verschil zou men de volgende verklaring kunnen aanvoeren. Veel patiënten schamen zich voor hun dwangverschijnselen en proberen deze zoveel mogelijk 'binnenshuis' te houden. Om de last van de dwang te delen doen zij vaak een beroep op de mantelzorg, in die zin dat ze huisgenoten trachten in te schakelen bij hun controle- of wasrituelen. Dat voorkomt niet alleen dat ze zich bloot moeten geven aan vreemde hulpverleners, maar ook dat ze zich, op weg naar of tijdens de behandeling, bloot moeten stellen aan allerlei gevreesde stimuli, zoals besmetting. Wanneer de dwang door dergelijke coping-strategieën draaglijk wordt, zal de betrokkene ook minder last aangeven van zijn dwangsymptomen, zoals wij bij de respondenten in de regio Nijmegen hebben vastgesteld. Bovendien ontwikkelen de verschijnselen zich vaak heel geleidelijk, vanuit 'normale' persoonlijkheidstrekken, zodat het voor de patiënt en zijn omgeving moeilijk is aan te geven waar de pathologische grens wordt overschreden en een indicatie voor professionele hulp ontstaat. Per saldo komt slechts een kleine minderheid van het totaal aan patiënten met dwang in behandeling, reden waarom de behandelde prevalentie van OCS geldt als een onderschatting van de ware prevalentie. De conclusie van Bebbington, dat slechts één geval uit het Camberwell-onderzoek in aanmerking kwam voor behandeling van zijn OCS-klachten, wordt gesteund door de comorbiditeitsbevinding. De meeste patiënten lijden naast OCS aan andere aandoeningen, waarvan de behandeling in de ogen van de klinicus kennelijk prioriteit geniet.

Uit het ECA-onderzoek kwam naar voren dat de categorie angststoornissen tweemaal zo vaak voorkwam bij vrouwen (9.7%) als bij mannen (4.7%). Deze 2:1 verhouding tussen vrouwen en mannen ging echter niet op voor OCS, waar de prevalentie voor mannen (1.1%) dichterbij lag bij die voor vrouwen (1.5%). In het Nijmeegs Regioproject lag de geslachtsverhouding wat betreft het voorkomen van het OCS-syndroom in dezelfde orde van grootte als die in de VS (vrouwen 8.8%; mannen 5.8%), in Camberwell daarentegen was de ratio weer 2:1 (vrou-

wen 14.4%; mannen 6.8%). Een interessante bevinding in beide PSE-onderzoeken betreft de frequentieverhouding tussen de specifieke symptomen controledwang en wasdwang. In het totaal kwam controledwang (6 à 7 maal) vaker voor dan wasdwang. Dit komt overeen met Amerikaanse gegevens (Henderson en Pollard 1988). In tegenstelling tot de klinische ervaring (Rachman & Hodgson 1980) en de bevindingen in het Camberwell-onderzoek, volgens welke de overgrote meerderheid van patiënten met wasdwang tot het vrouwelijk geslacht behoort, vonden wij in Nijmegen dat vooral mannen leden aan wasdwang. Eerder hebben wij de mogelijkheid geopperd, dat de opvallende gelijkheid van mannen en vrouwen in de regio Nijmegen wat betreft de prevalentie van psychiatrische problematiek zou kunnen samenhangen met gelijkgetrokken geslachtsrollen (Hodiament 1986). Misschien speelt een dergelijk fenomeen ook een rol bij de geslachtsverdeling van dwangsymptomen.

Blijft de kwestie van het opvallende verschil tussen de OCS-prevalentiecijfers bepaald met het DIS in de VS enerzijds, en met de PSE in Europa anderzijds. Specifieke OCS-*diagnoses* werden met de PSE weliswaar niet gevonden, maar de prevalentie van het PSE-OCS-syndroom (net als de DIS-diagnose OCS bestaande uit één of meerdere obsessieve en/of compulsieve symptomen) bleek zes- à achttmaal zo hoog als de prevalentie van OCS volgens het DIS. Merkwaardigerwijs was de prevalentie van dit specifieke OCS-syndroom op beide locaties praktisch gelijk aan het totale PSE-prevalentiecijfer. Dit zou kunnen betekenen dat er een bepaalde relatie bestaat tussen het PSE-dwangsyndroom enerzijds en het totaal aan PSE-casuïstiek (ID[p271]5) anderzijds. Een dergelijke relatie is denkbaar gezien de comorbiditeit van dwangverschijnselen met angst en depressie, die het grootste deel van het psychopathologisch spectrum in de open populatie voor hun rekening nemen. Als dit verband bij nader onderzoek consistent blijkt, verdient het aanbeveling na te gaan of dwangverschijnselen niet gebruikt kunnen worden als indicator voor psychiatrische problematiek in het algemeen.

Over het geheel genomen blijkt de gemeten prevalentie hoger uit te vallen als het interview wordt gevoerd door mensen zonder psychiatrische ervaring en de resultaten worden verwerkt volgens een hiërarchisch diagnostisch model. In de gerapporteerde onderzoeken werd het DIS afgenomen door leken-interviewers, de PSE door psychiatrisch ervaren interviewers. De data van beide interviews zijn buiten de hiërarchische regels om verwerkt tot een diagnose. In tegenstelling tot de verwachting was echter niet de DIS-prevalentie maar de PSE-prevalentie van OCS het hoogst. De verklaring daarvoor ligt waarschijnlijk in de wezenlijk andere operationalisatie van OCS-symptomen in DIS en PSE. Om een dergelijk symptoom in het DIS als aanwezig te mogen scoren moet interviewer van de respondent gehoord hebben dat het heeft geleid tot een duidelijke verstoring van zijn sociaal functioneren.



In de PSE-procedure daarentegen is vastgelegd dat de interviewer het symptoom moet toetsen op zijn klinische relevantie, zonder rekening te houden met de sociale consequenties. Het DIS is ontworpen door gedragswetenschappers en sluit, conform de gedragswetenschappelijke traditie, aan bij de beleving van het individu wat betreft de aanwezigheid en de ernst van de psychiatrische symptomen. Alles welbeschouwd levert de DIS-methodiek prevalentiegegevens die het meest recht doen aan de vraag hoe groot de last van OCS is voor de samenleving c.q. *hoeveel* mensen voor behandeling in aanmerking komen. In wezen is dat een beleidskwestie, relevant voor planners op het gebied van de gezondheidszorg en de farmaceutische industrie. De PSE daarentegen is ontworpen door klinici en toetst de klacht van een respondent op zijn klinische relevantie. Deze benaderingswijze biedt in principe meer aanknopingspunten voor een antwoord op de vraag *hoe* mensen met OCS behandeld moeten worden. Van het soort vraag zal afhangen welk instrument onder gegeven omstandigheden het meest adequaat meet.

## Literatuur

- Bebbington, P.E., e.a. (1981), The epidemiology of mental disorders in Camberwell. *Psychological Medicine* 11, 561-580.
- Bebbington, P.E. (1990), The prevalence of Obsessive Compulsive Disorder in the Community. In: S.A. Montgomery, W.K. Goodman en N. Goeting (red.), *Obsessive Compulsive Disorder*. Duphar Medical Relations.
- Bosma, A.M.M., e.a. (1988), Classificeren en meten in de psychiatrie: het 'Diagnostisch Interview Schema' (DIS). *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 284-298.
- Derogatis, L.R. (1977), *SCL-90, (Revised) Version Manual I* Clinical Psychometrics Research Unit, Johns Hopkins University School of Medicine. Baltimore.
- Dohrenwend, B.P., en B.S. Dohrenwend (1982), Perspectives on the past and future of psychiatric epidemiology. *American Journal of Public Health* 72, 1271-1279.
- Duine, T.J., e.a. (1985), Betrouwbaarheidsaspecten van de PSE in vier verschillende populaties. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 27, 326-341.
- Haayman, W.P. (1977), *Dwang, therapeutische ervaringen bij 25 patiënten*. Academisch proefschrift, Nijmegen.
- Haayman, W.P. (1984), Over het wezen van de dwang. In: *Tien jaar klinische gedragstherapie*. Stichting Overwaal, Lent.
- Haayman, W.P. (1990), Over het vrijwillige van dwang. In: *Klinische behandeling van angststoornissen*. Stichting Overwaal, Lent.
- Helzer, J.E., e.a. (1985), A Comparison of Clinical and Diagnostic Interview Schedule Diagnoses. *Archives of General Psychiatry* 42, 657-666.
- Henderson, J.G., en C.A. Pollard (1988), Three types of Obsessive Compulsive Disorder in a community sample. *Journal of Clinical Psychology* 44, 747-752.
- Hodiamont, P.P.G., en S.H.J. Veling (1984), Een model voor het bepalen van psychiatrische praevalentie: de relatie GHQ-PSE. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 27, 592-601.
- Hodiamont, P.P.G. (1986), *Het zoeken van zieke zielen*. Academisch Proefschrift, ISG publikatie 16, KU Nijmegen.
- Hodiamont, P.P.G., P.G.M. Peer en A.E.S. Sijben (1987), Epidemiological aspects

- of psychiatric disorder in a Dutch Health Area. *Psychological Medicine* 17, 495-505.
- Hodiament, P.P.G. (1991), How normal are anxiety and fear? *The International Journal of Social Psychiatry* 37, 1, 43-50.
- Holzer III, C.E., e.a. (1985), Sampling the household population. In: W.W. Eaton en L.G. Kessler (red.), *Epidemiologic field methods in psychiatry, the NIMH Epidemiologic Catchment Area Program*. Academic Press, Orlando etc.
- Nemiah, J.C. (1980), Phobic disorder. In: H.I. Kaplan, A.M. Freedman en B.J. Saddock (red.), *Comprehensive textbook of psychiatry*. Williams & Wilkins, Baltimore.
- Okasha, A. (1991), OCD in different cultures. In: *Clinical aspects of Obsessive Compulsive Disorders*. Symposium, 5th World Congress of Biological Psychiatry, Florence.
- Rachman, S.J., en R.J. Hodgson (1980), *Obsessions and compulsions*. Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- Rapoport, J.L. (1990), The waking nightmare: an overview of Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 51: 11 (suppl.), 25-28.
- Regier, D.A., e.a. (1985), Historical Context, Major Objectives and Study Design. In: W.W. Eaton en L.G. Kessler (red.), *Epidemiologic field methods in psychiatry, the NIMH Epidemiologic Catchment Area Program*. Academic Press, Orlando etc.
- Regier, D.A., W.E. Narrow en D.S. Rae (1990), The epidemiology of anxiety disorders: the epidemiologic catchment area (ECA) experience. *Journal of Psychiatric Research* 24, Suppl. 2, 3-14.
- Rümke, H.C. (1973), *Psychiatrie III, tussen psychose en normaliteit*. Scheltema en Holkema NV, Amsterdam.
- Williams, P., A. Tamopolsky, D. Hand (1980), Case definition and case identification in psychiatric epidemiology: review and assessment. *Psychological Medicine* 10, 101-114.
- Wing, J.K., J.E. Cooper, N. Sartorius (1974), *The measurement and classification of psychiatric symptoms*. Cambridge University Press, Londen.

### Summary: The epidemiology of obsessive compulsive disorders

It has become apparent in recent years that obsessive compulsive disorder (OCD) is much more common than was previously recognised. According to the results of the Diagnostic Interview Schedule used in the Epidemiological Catchment Area Study, OCD affects 1.3% of adults in the U.S. Community psychiatry surveys with the Present State Examination in Camberwell, South London, and in the Dutch Health Area of Nijmegen yielded an OCD prevalence of 10.8% and 7.3% respectively. The author discusses the epidemiological data on OCD and explores possible reasons for some divergent results.

---

De auteur is als zenuwarts-psychotherapeut, hoofd Afdeling Speciale Diensten verbonden aan de RIAGG Nijmegen, en als stafmedewerker sociale psychiatrie aan de KU Nijmegen.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 20-12-1991.