

voorbeelden leren trouwens dat men de eigen identiteit niet hoeft op te geven om tot zinvolle vormen van samenwerking te komen.

Het N.H.G.-bestuur stelt zich terzake non-directief op. Het dicht zichzelf een groepsbegeleidende, coördinerende en registrerende taak toe. Het wordt niet als een volksvertegenwoordiging gekozen en

moet zich dus ook van politieke stellingname onthouden. Wel hoopt het in nauwe samenwerking met alle leden en met andere disciplines en met deskundigen voort te gaan met een wetenschappelijk genormeerde koersbepaling voor een maatschappij betrokken huisartsgeneeskunde.

Dr. C. A. de Geus

## Psychiatrie in de praktijk van de huisarts

DOOR PROF. DR. R. GIEL\*

Tijdens een epidemiologisch onderzoek in de groepspraktijk van Van den Dool en Spoelstra te Stolwijk bleek welk een onduidelijke plaats psychiatrie in de huisartsgeneeskunde inneemt. Alvorens dieper op deze situatie in te gaan, volgt eerst een kort overzicht van het verloop van dit onderzoek.

- a Aan het algemene morbiditeitsonderzoek namen 2 600 personen deel, dat is 90 procent van de gehele bevolking vanaf vijftien jaar. Van hen beantwoordden bijna allen schriftelijk twee onderdelen van de Amsterdamse Biografische Vragenlijst. Van deze wordt verondersteld dat hij neurotische labiliteit meet (*Giel en le Nobel, 1972*).
- b Eén op de tien deelnemers aan bovengenoemd onderzoek, dat wil zeggen 255 personen onderzochten tevens een psychiatrisch onderzoek (*Giel en le Nobel, 1971*).
- c Gedurende een half jaar klasseerden beide huisartsen elk ziektegeval dat hen onder de ogen kwam volgens een van te voren opgesteld systeem van globale psychiatrische categorieën.

Naar aanleiding van de bevindingen rezen enige vragen die als volgt zijn samen te vatten:

- 1 Hoe groot is nu eigenlijk de psychiatrische morbiditeit van de bevolking?
- 2 Met welke psychiatrische ziektebeelden en met hoeveel daarvan heeft de huisarts te maken?
- 3 Wat valt te zeggen over de relatie tussen huisarts en psychiater aangaande de psychiatrie die zich in de praktijk van de huisarts voordoet?

*De psychiatrische morbiditeit in Stolwijk.* Volgens onze criteria, berustend op de aanwezigheid van psychiatrische symptomen en op een daarmee samenhangende, gestoorde aanpassing in huwelijk,

\* Afdeling Sociale Psychiatrie, Academisch Ziekenhuis, Groningen.

*Samenvatting.* In Stolwijk bleek 13 procent van een steekproef uit de bevolking van vijftien jaar en ouder een psychiatrische aandoening te hebben. Welk gedeelte hiervan doordringt in de praktijk van de huisarts is niet bekend; dit hangt mogelijk af van andere factoren dan uitsluitend het bestaan van een ziekte.

De beide Stolwijkse huisartsen Van den Dool en Spoelstra onderkenden, al naar gelang de leeftijd van de patiënten, bij 3 tot 19 procent van de nieuwe ziektegevallen en bij maximaal 28 procent van alle doktersbezoeken een psychiatrische component. Dit percentage dekt geenszins de 40 tot 50 procent aan psycho-sociale problemen die gewoonlijk wordt gemeld. Verondersteld wordt dat het hierbij gaat om welzijnsproblematiek die zich manifesteert in de vorm van ziektegedrag.

Hoewel de psychiater een rol kan spelen bij de benadering van dit soort problemen door de huisarts, zijn anderen mogelijk meer deskundig ten aanzien van de oplossing van dergelijke problemen.

Ook bij chronische neurosen en karakterstoornissen is de rol van de psychiater waarschijnlijk beperkt. Er zijn aanwijzingen dat het maatschappelijk werk bij deze ziekten meer heeft te bieden. De deskundigheid van de psychiater op het gebied van de psychosen, ook in de algemene praktijk, is waarschijnlijk het meest omschreven.

gezin, werk of op school, was 13 procent van de steekproef van 255 personen zeker of waarschijnlijk psychisch gestoord. Daarbij ging het in hoofdzaak om neurotische of psychosomatische aandoeningen.

Bij 15 procent werden twijfelachtige psychiatrische verschijnselen aangetroffen zonder dat van ziekte kon worden gesproken. Daarnaast bleek ongeveer een kwart van de steekproef (ad b) bij de huisartsen bekend te zijn wegens het bestaan van een min of meer chronische lichamelijke kwaal.

Het ging hierbij vooral om cardiovasculaire en respiratoire aandoeningen, die overigens geen dui-

delijke samenhang vertoonden met de psychische stoornissen. Op het moment van het bevolkingsonderzoek vertoefden tien personen in een psychiatrische instelling, zodat de totale psychiatrische morbiditeit kon worden geschat op 10,6 procent van de mannelijke en 17,6 procent van de vrouwelijke bevolking van vijftien jaar en ouder.

Hoewel dit percentage aan psychiatrische ziekten aanzienlijk kan worden genoemd, is het toch niet bijzonder hoog in vergelijking met de resultaten van andere onderzoeken. *Leighton* en anderen vonden 57 procent in Stirling County en omstreeks 40 procent in Nigeria. *Srole en medewerkers* kwamen op 23 procent in Manhattan. Onze bevindingen stemmen beter overeen met de uitkomsten van *Bash en Bash-Liechti* in Perzië, van *Gillis en medewerkers* in Zuid-Afrika en van *Giel en Van Luijk* in Ethiopië, die alle in de buurt van de 10 procent lagen.

De psychiatrische morbiditeit welke wij vaststelden, beantwoordt overigens geenszins aan de vermoedens die in kranten en tijdschriften en voor de televisie worden uitgesproken en die vaak erop neerkomen dat een zeer groot deel van de Nederlandse bevolking psychisch gestoord zou zijn. De grens tussen psychisch gezond en ongezond is echter moeilijk te trekken. Vooral wanneer begrippen als welzijn en gezondheid, pech en ziekte, gaan samen vallen komt men ertoe om mensen die het in het leven niet goed gaat, neurotisch te noemen.

Er is echter nog een ander probleem dat kenmerkend is voor elk bevolkingsonderzoek. Op zoek naar ziekte bij mensen die niet uit zichzelf komen klagen, ontmoet men diverse lichamelijke en psychische verschijnselen (symptomen?) die voldoende van de norm afwijken om op te vallen. Steeds rijst dan de vraag of er ook sprake is van subjectief en objectief lijden, van een functiestoornis en daarmee van een ziekte.

Bij meer dan een derde van de steekproef werden verschijnselen als nagelbijten, opvallende pietepedeutigheid, prikkelbaarheid, incidentele hoofdpijn en dergelijke aangetroffen. Een en ander stond een normale aanpassing echter niet in de weg, zodat niet zonder meer van psychopathologie kon worden gesproken.

*Coleman* heeft erop gewezen dat dit soort verschijnselen een weerspiegeling kan zijn van de wijze waarop in het verleden op conflicten en spanningen werd gereageerd. Geen mens is volledig vrij van dergelijke littekens die reliëf krijgen in het licht van de epidemiologische schijnwerper; de waarde ervan is echter moeilijk te schatten omdat de omstandigheden van een bevolkingsonderzoek te kunstmatig zijn.

Intussen is een morbiditeit van 13 procent aan zekere of waarschijnlijke psychiatrische stoornissen

in een dorp als Stolwijk hoog genoeg om zich daarover druk te maken. Welke rol de huisarts in dit opzicht speelt of moet spelen, is echter niet zonder meer duidelijk omdat wij niet weten welk deel van deze morbiditeit tot de huisartspraktijk doordringt. Zo bleek ons tijdens het onderzoek dat de enige twee personen die op de rand van een psychose leefden niet onder behandeling waren.

*Psychiatrische ziektebeelden in de huisartspraktijk.* In het voorafgaande kwam reeds ter sprake dat niet elke ziekte aanleiding vormt tot bezoek aan de huisarts.

De socioloog *Mechanic* heeft erop gewezen dat het zin heeft om een onderscheid te maken tussen de volgende twee aspecten van ziekte.

- 1 Ziekte als een medisch-wetenschappelijk begrip, duidend op een ziekelijke anatomische of biochemische verandering van het organisme.
- 2 Het sociaal-wetenschappelijke begrip ziekte dat elke toestand omvat die het individu noopt om de hulp van de arts in te roepen.

In het eerste geval kan men spreken van ziekte, in het tweede geval van ziektegedrag. Daarbij is het zonder meer duidelijk dat niet elke ziekte overgaat in ziektegedrag, terwijl niet elk ziektegedrag behoeft te berusten op een ziekte.

Ziektegedrag is voornamelijk afhankelijk van de volgende omstandigheden.

- 1 Ziektegedrag is het produkt van een sociaal en een cultureel leerproces, omdat het zich voltrekt tegen de achtergrond van een bepaalde cultuur. Zo bleken de zelfstandigen in Stolwijk, meest veeboeren, vaker een chronische lichamelijke kwaal te hebben dan degenen die in dienstverband werkzaam waren. Desondanks bezochten zij minder vaak de huisarts dan laatstgenoemden. Het is niet onmogelijk dat klagen en klaaggedrag weinig thuishoren in de subcultuur van de boer.
- 2 Ziektegedrag is tevens een poging om het hoofd te bieden aan een moeilijke en onbestendige situatie waarin het individu is verzeild geraakt. Dit wil zeggen dat niet alleen iemand die door zijn ziekte wordt belemmerd tracht door middel van ziektegedrag uit de problemen te komen, het kan ook zijn dat puur maatschappelijke nood aanleiding is tot ziektegedrag, waarbij eventueel aanwezige symptomen, onafhankelijk van de ernst daarvan, worden aangewend. In Ethiopië bleek dat het aantal bezoeken aan de arts van de studenten vlak voor het begin van de examens een veelvoud was van de frequentie erna.
- 3 Ziektegedrag kan daarenboven voorzien in de behoefte van het individu wat betreft aandacht,

sympathie en materieel voordeel (de secundaire ziekte winst). Dikwijls is het moeilijk iemand na afloop van een ziekte weer aan het werk te krijgen omdat aan de terugkeer naar de maatschappelijke situatie van vóór de ziekte te veel nadelen zijn verbonden.

Het komt erop neer dat het bezoek aan de huisarts, als een vorm van ziektegedrag, niet onverbreekelijk behoeft te zijn verbonden met het bestaan van een ziekte. Inderdaad kan bij een vergelijking met de ontwikkelingslanden worden vastgesteld dat ondanks een sterke verbetering van de algemene gezondheidstoestand van een volk de frequentie van het bezoek aan de huisarts blijft toenemen.

Bij dit soort overwegingen dringt zich natuurlijk de vraag op: „Waarom bezoekt men eigenlijk de huisarts wanneer een lichamelijke ziekte misschien niet de voornaamste reden is?” Kan men als antwoord accepteren dat het dan altijd om een psychische ziekte zal gaan?

Bij een morbiditeitsonderzoek in de praktijk van de huisarts classificeert men de ziektegevallen gewoonlijk volgens de orgaansystemen. De psychiatrische ziektebeelden passen slecht in een dergelijk systeem. Meestal vindt men hen tezamen met de aandoeningen van het centrale zenuwstelsel gegroepeerd. Bij een morbiditeitsonderzoek te Zutphen bleek ongeveer 7 procent van alle en 17 procent van uitsluitend de chronische aandoeningen die in de loop van een jaar optraden, in deze categorie thuis te horen. Het ging voornamelijk om hoofdpijn en nervositeit (*Bramlage*).

Een dergelijke classificatie van de ziektegevallen geeft niet eens voldoende informatie voor het verkrijgen van zelfs maar een oppervlakkige indruk omtrent de psychiatrische ziektebeelden in de praktijk van de huisarts.

Weyel vermeldt een aantal onderzoeken waarbij men heeft getracht wat verder te gaan dan uitsluitend een classificatie volgens de orgaansystemen. Telkens komt men dan tot de conclusie dat bij omstreeks 40 tot 50 procent van de ziektegevallen in de praktijk van de huisarts psychosociale problemen een overheersende rol spelen.

De huisarts vervult kennelijk een rol die niet alleen betrekking heeft op organische ziekten. Dit is op zichzelf geenszins een nieuwe of onverwachte constatering, hetgeen echter nog niet betekent dat de huisarts voor de helft psychiater moet zijn. Anders gezegd: de epidemiologie van die 40 tot 50 procent psychosociale problemen is niet erg duidelijk.

Bij onderzoeken in de algemene praktijk in Ethiopië (*Giel en Van Luijk*) werd getracht om naast een classificatie volgens de orgaansystemen

ook nog een andere indeling toe te passen die tot doel had om de psychiatrische en de organische aspecten van het klachtenpatroon van de patiënt van elkaar te scheiden. Op grond van de anamnese en van het onderzoek werden de ziektegevallen in een van de volgende categorieën ondergebracht:

- 1 een duidelijke organische klacht (koorts, fractuur);
- 2 een duidelijke psychische klacht (geprikkel, angstig, in de put);
- 3 een organische klacht zonder organisch substraat (hoofdpijn, rugpijn, duizeligheid);
- 4 een abnormale psychische reactie op een organische ziekte (angsttoestand bij angina pectoris);
- 5 een abnormale persoonlijkheid al of niet los van de klacht.

Ook bij onderling verschillende populaties bleek ongeveer 18 procent van de nieuwe ziektegevallen die zich voordeden, in de categorieën 2 tot en met 5 te kunnen worden ondergebracht, onverschillig of het om primitieve of meer ontwikkelde bevolkingsgroepen ging. Dit percentage, omgerekend naar de bevolking, kwam overeen met hetgeen *Shepherd en medewerkers* in een groep Londense huisartspraktijken had gevonden.

In Stolwijk werden alle ziektegevallen (contacten tussen patiënt en arts) die zich gedurende een half jaar voordeden op vrijwel identieke wijze geklasseerd. Hieronder volgen de resultaten van dit onderzoek; om de jaarlijkse aantallen te benaderen werden de uitkomsten verdubbeld.

Uit de kolommen 3 en 4 van *tabel 1* blijkt dat het gemiddelde aantal nieuwe contacten per jaar iets meer is dan één per persoon. Het verschil tussen de geslachten is niet erg groot. Deze aantallen zijn inclusief het artsbezoek voor vaccinaties, keuringen en wat dies meer zij. Uit de kolommen 5 en 6 kan worden berekend dat al naar gelang de leeftijd, 3 tot 19 procent van de nieuwe contacten tevens in een van de psychiatrische categorieën kon worden ondergebracht. Er bestaan aanzienlijke verschillen tussen de geslachten en de verschillende leeftijdsgroepen. Bij mannen ligt de top tussen de 25 en 64 jaar, bij vrouwen is de top hoger en breder.

In de kolommen 7 en 8 worden de totale aantallen contacten, inclusief herhalingsvisites, weergegeven. Hierbij treden nog duidelijker verschillen aan het licht. Vrouwen bezoeken de huisarts veel vaker dan mannen; in sommige leeftijdsklassen kon 3 tot 29 procent van de bezoeken ook in een van de psychiatrische categorieën worden ondergebracht, het vaakst die van vrouwen in de leeftijdsklasse van 45 tot 64 jaar.

In *tabel 2* zijn de nieuwe contacten en alle be-

zoeken aan de huisarts gedurende de eerste helft van 1970 op twee manieren geïnclassificeerd. Verticaal gebeurde dit volgens het gebruikelijke systeem van de huisarts. Achter elke groep is tevens het percentage daarvan weergegeven dat in een van de psychiatrische categorieën kon worden gerangschikt.

In de eerste kolom valt het grote aantal nieuwe gevallen van een aandoening van de tractus respiratorius op. Ten tijde van het onderzoek heerste een epidemie van griepachtige aard.

Uit kolom 2 blijkt dat niet alle psychiatrische ziekten uit het classificatiesysteem van de huisarts

in onze categorieën waren onder te brengen. Voor het overige blijkt de psychiatrische component zich vooral te verschuilen achter klachten betreffende de tractus circulatorius, het bewegingsapparaat, niet te classificeren ziektebeelden en de tractus digestivus.

In de kolommen 3 en 4 van *tabel 2* blijken aanzienlijke en merkwaardige verschillen te bestaan tussen de geslachten. Voor alles vallen de grote verschillen op per morbiditeitsklasse. Op het eerste gezicht lijkt het alsof beide geslachten elk een eigen morbiditeitspatroon hebben. De mannen domineerden wat betreft infectieziekten, aandoenin-

*Tabel 1. Geschatte jaarlijkse aantallen contacten (nieuwe en totale) per persoon, met aantallen die tevens psychiatrisch werden geklasseerd.*

Leeftijd (in jaren)	Totale bevolking		Nieuwe contacten per persoon per jaar				Totale aantallen contacten per persoon per jaar			
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen	Psychiatrie		Mannen	Vrouwen	Psychiatrie	
					Mannen	Vrouwen			Mannen	Vrouwen
0 - 14	741	766	1,5	1,4	0,04	0,04	3,9	3,6	0,13	0,18
15 - 24	357	361	1,0	1,4	0,08	0,12	2,8	5,0	0,21	0,48
25 - 44	679	627	1,1	1,6	0,16	0,12	2,8	6,3	0,53	1,06
45 - 64	430	380	1,0	1,2	0,15	0,23	4,8	5,6	0,68	1,57
65 -	226	261	0,9	1,1	0,10	0,21	6,6	8,7	0,92	1,45

*Tabel 2. Gecombineerde morbiditeits- en psychiatrische classificatie gedurende de eerste helft van 1970.*

Morbiditeits-classificatie	Nieuwe contacten	Percentages met psychiatrische classificatie	Totale aantallen contacten		Percentages met psychiatrische classificatie	
			Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
Infectieziekten	203	—	365	189	0,6	—
Neoplasmata	25	4	134	101	0,8	6,9
Allergie, endocrinologie, metabolisme	50	6	210	203	1,0	13,2
Bloed en bloedbereidende organen	31	9	142	249	7,0	6,4
Psychiatrische ziekten	108	91	229	502	95,2	92,2
Zenuwstelsel en zintuigen	350	8	468	565	8,8	10,8
Tractus circulatorius	51	22	415	467	11,0	8,1
Tractus respiratorius	815	3	1148	1116	3,7	4,7
Tractus digestivus	310	10	380	553	7,7	8,1
Tractus urogenitalis	122	6	135	465	2,2	7,9
Graviditeit, partus, puerperium	60	1	—	1007	—	1,0
Huid en onderhuidsbindweefsel	211	3	317	246	11,0	4,4
Bewegingsapparaat	239	19	415	581	10,8	2,7
Congenitale afwijkingen	1	—	32	11	3,1	—
Ziekten van de neonatus	50	—	158	234	0,6	0,4
Overige symptomen	106	19	129	173	18,6	38,1
Traumata en vergiftigingen	318	5	394	294	4,6	5,4
Vaccinatie, onderzoek, voorlichting	122	4	163	484	1,2	7,4

gen van de huid en het onderhuidse bindweefsel, traumata en vergiftigingen. De vrouwen vertoonden een morbiditeitsoverwicht op vele andere gebieden. Afgezien van enkele voor een bepaald geslacht specifieke categorieën van ziekte, gaat het waarschijnlijk vooral om een verschil in ziektegedrag. Dat de infectieziekten ongelijk zouden zijn verdeeld is niet goed voor te stellen. Daarentegen wel dat bij de man aan een bepaalde ziekte een ander ziektegedrag in de vorm van huisartsbezoek is gekoppeld door de aard van zijn werkzaamheden, dan bij de vrouw.

De vrouw heeft in het algemeen meer tijd en gelegenheid voor een bezoek aan de huisarts, vooral wanneer zij toegang heeft tot een spreekuur zonder lange wachttijden. Aan de andere kant zegt het meer frequente bezoek van de vrouw niets over het werkelijke ziekteverzuim waartoe zij waarschijnlijk juist minder gelegenheid heeft.

De kolommen 5 en 6 brengen nog grotere verschillen aan het licht wat betreft de psychiatrische component in het klachtenpatroon van de beide geslachten. Het overwicht van de vrouwen in dit opzicht betreft vooral neoplasmata, allergieën en stofwisselingsstoornissen, aandoeningen van de tractus urogenitalis en de niet te klasseren symptomen. Bij de mannen gaat het vooral om de aandoeningen van de huid en van het bewegingsapparaat.

Ook hierbij moet men zich afvragen of in werkelijkheid gelijkelijk verdeelde psychiatrische problemen in een voor elk geslacht typerend ziektegedrag tot uitdrukking komen, dat wil zeggen in een voor dat geslacht aanvaardbaar somatisch klachtenpatroon. Het is heel goed mogelijk dat de grotere frequentie van het huisartsbezoek door de vrouw een geringere gelegenheid tot ziekteverzuim moet compenseren.

In tabel 3 is de verdeling weergegeven van de nieuwe gevallen over de door ons opgestelde psychiatrische categorieën. Opnieuw blijkt dat verschil bestaat tussen de geslachten in de wijze van uitdrukken van de problematiek. Terwijl deze bij de vrouwen naar voren komt in de vorm van psychische klachten (angst, depressie en wat dies meer zij), gaat het bij de mannen vooral om somatische klachten zonder somatisch substraat.

De combinatie met een abnormale persoonlijkheid kwam bij mannen vooral voor bij de allergieën, de endocriene en metabole aandoeningen, evenals bij de aandoeningen van de tractus circulatorius en de gezondheidsbezoeken (vaccinaties, onderzoek en voorlichting). De somatische uitdrukkingwijze kwam vooral naar voren in combinatie met aandoeningen van de tractus digestivus.

Naast de 13 procent aan psychiatrische stoornissen onder de Stolwijkse bevolking blijkt, al naar gelang de leeftijdsklasse, 3 tot 19 procent van de

nieuwe gevallen in de praktijk van de beide huisartsen een psychiatrisch aspect te hebben. Dit percentage loopt zelfs op tot 28 wanneer het totale artsenbezoek wordt beoordeeld.

Op onze oorspronkelijke vraag naar de aard en de omvang van de psychiatrische morbiditeit in de praktijk van de huisarts luidt het antwoord als volgt.

- 1 De psychiatrische morbiditeit komt op een voor de geslachten zodanig verschillende wijze tot uitdrukking, dat het vermoeden rijst dat het om een ziektegedrag gaat dat door een complex van factoren, waaronder de ziekte, wordt bepaald.
- 2 De omvang van de door ons gemeten psychiatrische morbiditeit haalt geenszins de omstreeks 40 tot 50 procent aan psycho-sociale problematiek waarop door verschillende schrijvers werd gewezen.

Mogelijk wordt de huisarts in onze maatschappij geconfronteerd met ziektegedrag waaraan niet uitsluitend organische of psychische ziekten ten grondslag liggen. Waarschijnlijk gaat het om welzijnsproblematiek die niet kan worden gevangen in psychiatrische categorieën, terwijl de gebruikelijke organische categorieën van morbiditeit slechts verwijzen naar het toegangskaartje dat werd gebruikt om de huisarts te benaderen.

*De relatie tussen huisarts en psychiater.* Deze relatie heeft dank zij de Balintgroepen wel meer aandacht gekregen, maar zij blijft vooral wat betreft de communicatie tussen beiden een grotendeels onontgonnen terrein.

Kessel wijst erop, dat noch bij de huisarts noch bij de psychiater duidelijkheid bestaat omtrent de criteria voor verwijzing. Deze onduidelijkheid over wie en wat de vraag om bijstand moet betreffen, benevens over de inhoud en de bruikbaarheid van het antwoord, wordt weerspiegeld in de taalbar-

Tabel 3. *Psychiatrische classificatie van het klachtenpatroon bij een nieuw contact gedurende de eerste helft van 1970.*

Psychiatrische classificatie	Mannen n = 133 (Percentages)	Vrouwen n = 185 (Percentages)
Puur psychisch . . . . .	28,6	42,7
Somatische klachten . . . . .	44,4	27,6
Abnormale psychische reactie . . . . .	4,5	6,5
Abnormale persoonlijkheid . . . . .	18,0	17,8
Geen beslissing . . . . .	4,5	5,4
Totaal . . . . .	100,0	100,0

rière welke men dikwijls in de wederzijdse correspondentie kan aantreffen.

Gesteld kan worden dat de relatie tussen huisarts en psychiater betrekking heeft op de diagnostische en therapeutische aspecten van de welzijnsproblematiek in het huwelijk, het gezin en het werk, die tot uitdrukking wordt gebracht door middel van ziektegedrag; van de neurosen en de karakterstoornissen en van de psychosen.

Via de Balint-groepen heeft de psychiatrie waarschijnlijk een belangrijke bijdrage geleverd aan de benadering van de welzijnsproblematiek door de huisarts. Daarbij gaat het immers erom dat klaagen ziektegedrag wordt losgemaakt van het begrip somatische ziekte en dat het wordt gekoppeld aan problematiek van emotionele, psycho-sociale aard.

Inzichten uit de psychiatrie helpen de huisarts bij het bewust hanteren van de relatie met zijn patiënt. Dit wil echter nog niet zeggen dat de psychiater ook over deskundigheid beschikt op het gebied van die welzijnsproblemen zelf. Een dergelijke claim zou ertoe kunnen leiden dat psychiaters vanuit hun psychiatrisch referentiesysteem welzijnsproblemen gaan diagnostiseren en behandelen. *Lewis* waarschuwt in dit verband „It may be that there is no form of social deviation which psychiatrists will not claim to treat or prevent - the pretensions of some psychiatrists are extreme.” *Kessel* wijst op het gevaar van deze situatie „Partly because it has oversold itself, psychiatry has become oversubscribed. It is the mid-20th-century panacea, and some psychiatrists are far from educating the public otherwise.”

De huisarts heeft te maken met psycho-sociale problematiek waarvan maar een deel samenvalt met de gebruikelijke psychiatrische categorieën van morbiditeit. Van den Dool en Spoelstra vonden onze psychiatrische classificatie dan ook onvoldoende. Indien deze echter zou worden uitgebreid, loopt men het risico dat welzijnsproblematiek die zich in ziektegedrag manifesteert, ten onrechte van een psychiatrisch etiket wordt voorzien. Waarschijnlijk is wat betreft het opplakken van organische etiketten (bijvoorbeeld lichte veranderingen aan de wervelkolom als de oorzaak van sommige vage klachten) de weg terug al nauwelijks meer mogelijk.

Intussen bestaat er zeker een categorie patiënten over wie communicatie tussen huisarts en psychiater mogelijk is binnen het kader van de huidige psychiatrische kennis en terminologie, vooral wanneer de laatste wordt aangepast aan de praktijk van alledag.

Tijdens het bevolkingsonderzoek in Stolwijk bleek zonder meer dat er een grote mate van overeenstemming bestond tussen de huisartsen en de

beide onderzoekers (*Giel en le Nobel*, 1972) over de mensen die duidelijk wel of niet psychiatrisch gestoord werden geoordeeld. Bij de twijfelgevallen was deze overeenstemming veel minder groot, waarbij de psychiaters allermindst neigden tot overdiagnostiseren. Er bestond ook een goede overeenstemming met de scores voor de neurotische labiliteit, die met de Amsterdamse Biografische Vragenlijst was gemeten.

De huisartsen waren reeds van de door ons geïdentificeerde patiënten op de hoogte, echter op een andere manier, bijvoorbeeld als mensen met huiselijke crises of met een lastig, somatisch georiënteerd klaaggedrag. Dergelijke gedragspatronen zijn zeer moeilijk in klinisch-psychiatrische termen samen te vatten, ook al zijn zij wel degelijk vanuit de psychiatrie te verklaren: zij behoren zonder meer tot de categorie van de neurosen en de neurotische karakterstoornissen.

De therapeutische bijdrage van de psychiater is voor dergelijke patiënten waarschijnlijk beperkt. In enkele gevallen brengt opname enige verlichting of er volgt een intensieve psychotherapeutische begeleiding. Waarschijnlijk wordt het merendeel direct naar de huisarts terug verwezen of zij komen met grote tussenpozen nog eens voor een kort bezoek op het spreekuur van de psychiater terug.

Tekenend is in dit verband de situatie die door *Nielsen en medewerkers* werd beschreven naar aanleiding van de vestiging van een goed bemande psychiatrische polikliniek in Samsø (Denemarken). Er ontwikkelde zich een goede verstandhouding tussen de psychiaters en de huisartsen die resulteerde in beter beredeneerde verwijzingen. Aan het einde van een periode van vijf jaar bleek het aantal verwijzingen wegens psychose met 55 procent te zijn toegenomen, terwijl het aantal wegens neurose met 41 procent was verminderd. *Nielsen en medewerkers* schreven hierover: „The general practitioners realized, that at least chronic neurotic patients have poor prognoses even when treated by psychiatrists...” Hetzelfde bleek te gelden voor patiënten met een stoornis in de persoonlijkheid, voor wie het aantal verwijzingen met 59 procent was afgenomen.

De paradox die in deze situatie schuilt is door *Grad en Sainsbury* belicht. Zij vonden dat het juist de niet of nauwelijks voor opname in aanmerking komende categorie van de neurosen is, die het zwaarst op het milieu drukt. In die gebieden waar het meeste aan maatschappelijk werk werd gedaan woog deze last nog het minst. Kennelijk heeft de psychiater vooral op het gebied van chronische neurosen en de karakterstoornissen niet zoveel te bieden. Waarschijnlijk heeft de huisarts voor deze categorie nog het meeste aan de bijdragen van het maatschappelijk werk.

Wat betreft de psychosen is de rol van de psychiater veel duidelijker. De differentiële diagnostiek van deze groep ziektebeelden is dikwijls moeilijk en tevens van groot belang voor de prognose. Opnemen of een intensieve behandeling in het milieu geeft een directe verlichting van de taak van de huisarts, terwijl nauwe samenwerking noodzakelijk is voor een goede nazorg. Bovendien maakt de farmacotherapie een zodanige ontwikkeling door dat langzamerhand kan worden gesproken van een duidelijke indicatie voor het gebruik van de verschillende preparaten.

De huisarts ontbreekt het echter veelal aan de deskundigheid die is vereist om niet in het moeras van optimistische literatuur en dure preparaten van de farmaceutische industrie weg te zinken.

*Summary. Psychiatry in general practice.* In Stolwijk, 13 percent of a random sample of the population aged 15 and over proved to be suffering from some psychiatric affection. The exact proportion of these cases which reaches the consultingroom of the general practitioner, is unknown; this possible depends on factors other than the presence of an illness.

— The two general practitioners in Stolwijk (Van den Dool and Spoelstra) identified a psychiatric component in 3 to 19 percent of fresh cases and in a maximum of 28 percent of all visits, dependent on the age of the patients concerned. This percentage does not by any means account for the total of psychosocial problems usually reported (40 to 50 percent). It is believed that these cases involve welfare problems which manifest themselves as illness behaviour.

— Although the psychiatrist can play a role in the approach to cases of this type in general practice, others may well be more expert in solving problems of this nature.

— In chronic neuroses and character disorders, too, the role of the psychiatrist is probably a limited one. There are indications that social workers can be more effective in dealing with these conditions. The expertness of the psychiatrist is probably most clearly defined, even in general practice, in the field of psychoses.

Bash, K. W. en J. Bash-Liechti. (1969) *Social psychiat.* 4, 137 - 143.

Bramlage, C. A. A. *Gezondheid en ziekte te Zutphen.* Van Gorcum, Assen, 1962.

Coleman, J. V. en J. Scheff, *Mental illness and social processes.* Harper en Row, New York, 1967.

Giel, R. en J. N. van Luijk. (1969) *Brit. J. psychiat. soc. Work.* 115, 149 - 162.

Giel, R. en C. P. J. le Nobel. (1971) *Ned. T. Geneesk.* 115, 949 - 954.

Giel, R. en C. P. J. le Nobel. *Neurotic instability in a dutch village.* Verschijnt in *Acta psychiat. scand.* in 1972.

Gillis, L. S., J. B. Lewis en M. Slabbert. *Brit. J. psychiat. soc. Work.* 114, 1575 - 1587.

Grad J. en P. Sainsbury. (1968) *Brit. J. psychiat. soc. Work.* 114, 265 - 278.

Kessel, N. (1963) *Lancet* —, 1092 - 1095.

Lewis, A. J. zie Kessel N.

Leighton, A. H. in „Changing perspectives in mental illness” S. C. Plog en R. Edgerton, New York, 1969.

Mechanic, D. *Medical sociology: a selective view.* The Free Press, New York, 1968.

Nielsen, J., N. Juel-Nielsen en E. Strömngren. (1965) *Compr. psychiat.* 6, 139 - 165.

Shepherd, M., B. Cooper, A. C. Brown en G. W. Kalton. „Psychiatric illness in general practice”, London, 1966.

Srole, L., M. T. S. Langner, M. K. Opler en T. A. C. Rennie. *Mental health in the metropolis: the midtown Manhattan study.* Mc Graw-Hill, New York, 1962.

Weyel, J. A. *De mensen hebben geen leven.* Bohn N.V., Haarlem, 1971.