

Somatiserende patiënten in de huisartspraktijk

DRS. T. N. M. POSTMA*

Somatiseren is een begrip dat veelvuldig – en in verschillende betekenissen – gebruikt wordt in de huisartsgeneeskunde. In deze bijdrage wordt aandacht besteed aan de processen die zich daarbij afspelen in het hoofd van de huisarts. Aan de hand van het nieuwe begrippenpaar lekendiagnostiek en zoekschema's oppert de auteur een aantal mogelijkheden ter verfijning van het diagnostisch denken ten aanzien van somatiserende patiënten.

Inleiding

Somatiseren is een begrip dat veelvuldig gebruikt wordt in de huisartsgeneeskunde. Het begrip heeft tenminste drie betekenselementen:

- als constructie van de dokter; het heeft in die zin betrekking op hetgeen zich afspeelt in het hoofd van de dokter; bijvoorbeeld: de huisarts stelt de diagnose „Dit is een somatiserende patiënt”;
- als term die betrekking heeft op het proces dat zich afspeelt in het hoofd en het lichaam van de patiënt;
- als term waarmee een bepaald soort arts-patiënt communicatie wordt getypeerd; de term „somatische fixatie” (*Huygen; Smits e.a.; Grol e.a.*), zoals gehanteerd door onderzoekers van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, heeft vooral betrekking op dit laatste element.

Men mag veronderstellen dat zich in het hoofd van de dokter processen afspelen, die rechtvaardigen dat hij – in tegenstelling tot de somatiserende patiënt – betaald wordt voor zijn bijdrage aan de communicatie over dit somatiseren. Wat er dan in het hoofd van de dokter gebeurt – of hoort te gebeuren – heeft naar mijn idee nog te weinig aandacht gekregen.

Aspecten van somatiseren

- *Wie zijn somatiserende patiënten?* Somatiserende patiënten zijn betrokken in een proces van somatisering. Maar wat

* Als psycholoog verbonden aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam.

is dan wel een proces van somatisering? De onderzoekers van het somatiseringsproject van het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam (*Brouwer*) zeggen hierover: „Somatisering als proces opgevat laat zich niet identificeren in òf de patiënt, òf de huisarts, òf de communicatie, òf het gezin, òf de maatschappij. Het proces bestaat uit een in de tijd voortschrijdende wisselwerking van een veelheid factoren (en op enkele van deze factoren beginnen we zicht te krijgen). Hiermede is tevens gezegd dat het mikro-gebeuren (het konsult) verbonden is met factoren op makro-nivo (zoals bijvoorbeeld de praktijkorganisatie, de samenwerkingsvorm en de structuur van de gezondheidszorg).”

Patiënten die in een somatiseringsproces betrokken zijn, presenteren aan hun huisarts wat genoemd wordt vage klachten, zowel van lichamelijke als van psychosociale aard. Het begrip somatiseringsproces is dus veel meer omvattend dan het begrip somatiserende patiënt in de zin van patiënt met vage klachten. De Amsterdamse onderzoeksgroep zegt hierover: „Je zou kunnen zeggen dat we er nu, als objekt van onderzoek ook de diagnostiserende/etiketterende huisarts bijgetrokken hebben, met inbegrip van diens overwegingen, beweegredenen, emoties zowel als bijvoorbeeld diens maatschappelijke positie in de gezondheidszorg.”

Deze onderzoekers deden ook nog een andere, in dit verband belangrijke uitspraak: „Somatiseren als label, afgegeven door de huisarts, suggereert een oorzakelijk (d.i. etiologisch) proces met de patiënt als spil, een proces dat ten

grondslag ligt aan het presenteren van vage klachten”. Daarmee wordt bedoeld dat de etiketterende huisarts gemakkelijk zijn eigen bijdrage aan het somatiseringsproces uit het oog kan verliezen. Om deze reden prefereer ik ook een descriptieve definitie van de somatiserende patiënt boven een etiologische. Het beschrijven van oorzaak-gevolg relaties tussen lichamelijke klachten en de psychosociale klachten lijkt mij vooralsnog ongewenst: het zijn vooroordelen, en stereotypen, waarbij de eigen bijdrage aan dit labelingsproces vergeten wordt. Met een descriptieve definitie geeft men zich daarentegen rekenschap van de werksituatie van de huisarts met dit type patiënten:

De somatiserende patiënt is een patiënt die zeer regelmatig de huisarts consulteert. Deze patiënt komt voor klachten, zowel van lichamelijke aard, waar dan geen medisch bevredigende somatische verklaring voor te vinden is, alsook voor problemen in de sfeer van het gezin, de relaties, het werk of de omgeving.

Deze patiënten herkent de praktiserende huisarts aan de volgeschreven groene kaart, het dikke dossier en de vele specialistenbrieven (*Watts*), hun bekendheid bij de praktijkassistente en het geïrriteerde gevoel bij de dokter (*Anstett; Dokter en Voorhoeve; Groves*).

- *De vaagheid van de klachten.* Ik heb me in het voorafgaande niet willen uitspreken over wat of wie wat veroorzaakt. De definitie van het begrip somatiserende patiënt is daarmee vaag gebleven. Dat is niet zo verwonderlijk, want vaagheid is een kenmerk van somatiseren: de somatiserende patiënt is niet de enige die moeite heeft met het achterhalen, onder woorden brengen en integreren van de verschillende betekenissen van zijn klachten, ook de huisarts heeft daar moeite mee:

- de klachten waarmee de patiënt bij de huisarts komt, worden niet duidelijk beschreven; de patiënt kan de arts niet duidelijk maken wat er precies aan de hand is (communicatief aspect);
- voor de arts zijn de klachten vaag en duister, omdat hij er geen greep op krijgt met de hem beschikbare kennis en vaardigheid (kennis- en vaardigheidsaspect);
- tenslotte zijn de klachten vaag voor de huisarts, omdat hij ze zelf niet voelt; juist met dit type klachten is het moeilijk je in te leven in de patiënt (attitude-aspect).

- *Het tijdsprobleem.* De meeste huisartsen erkennen dat de somatiserende

patiënt veel tijd nodig heeft om nieuwe aspecten aan zichzelf te ontdekken en te integreren. De meeste huisartsen weten ook dat ze zelf veel tijd nodig hebben om er achter te komen hoe de problemen van de somatiserende patiënt begrepen (laat staan verholpen) moeten worden; en wat hiermee samenhangt, de meeste huisartsen voelen zich vertrouwd met de gedachte dat wensen, behoeften en bedoelingen van hun somatiserende patiënten niet altijd bewust zijn en veelal slechts moeizaam en onder bepaalde omstandigheden bewust gemaakt kunnen worden. Voor de ervaren huisarts is het probleem niet zozeer een gebrek aan inzicht in deze materie, alswel de vraag hoe hij deze kennis kan exploiteren.

- *De huisarts en de structuur van de gezondheidszorg.* Vooral door zijn plaats in de structuur van de gezondheidszorg wordt de huisarts gedwongen compromissen te sluiten met zijn kennis en ervaring. Dat compromissen sluiten gebeurt naar mijn indruk te veel naar eigen eer en geweten. Het systeem van intercollegiale toetsing, intervisie en supervisie werkt hier niet. De door de Balintbeweging geëffende weg naar een systematische hantering van zulke belangrijke verschijnselen als overdracht en tegenoverdracht wordt niet betreden (*Postma*).

Een somatiserende patiënt en zijn huisarts lijken soms op een zeurend of verwend kind en zijn geïrriteerde, wanhopige moeder. De schuldvraag is bij dit soort interacties zinloos. Wie veroorzaakt nu wat? Met een analyse in termen van overdracht en tegenoverdracht kan men enig zicht krijgen op wie wat meebrengt in deze interactie.

- *De deskundigheid van de huisarts.* De deskundigheid van de huisarts ten aanzien van somatiserende patiënten heeft tenminste drie aspecten:

- de dokter weet meer en weet het beter dan de somatiserende patiënt (kennisaspect); hoe beperkt dat meer en beter weten is, zal worden uitgelegd in de paragraaf *Lekendiagnostiek*; hier wordt bedoeld dat een „deskundige” geen deskundige is als hij hetzelfde weet als de leek;

- de dokter kan meer (vaardigheidsaspect, zich uitend in het gesprek met of in het onderzoek van de patiënt);

- de dokter als persoon is niet meer waard dan de patiënt als persoon, ook al somatiseert deze dan (attitude- of emotiegericht aspect).

Elke hulpverleningsrelatie heeft door

de tegenstrijdigheid tussen de eerste twee aspecten en het derde aspect in de grond een paradoxaal karakter. De hulpverlener kan alleen dan veranderingen teweegbrengen, wanneer uitgegaan wordt van een bepaalde, fundamentele gelijkwaardigheid. Indien deze gelijkwaardigheid ontbreekt, krijgen wantrouwen, jaloezie, concurrentie, gevoelens van onmacht en strijd de overhand. Deze altijd aanwezige paradox is voor beide betrokkenen moeilijk te verdragen. Hulpverleners proberen er nogal eens aan te ontsnappen door dit aspect te ontkennen. Binnen de huisartsgeneeskunde zijn mede door dit ontkenningsmechanisme verschillende scholen ontstaan, zoals de „melkboer en buurvrouw kan het net zo goed als de professionele hulpverlener”-school, de „samen op de barricade”-school, de „betere ouder/echtgenoot”-school en de „gehele mens en ontmoeting op een wezenlijk niveau”-school. Ondanks deze levensbeschouwingen valt niet te ontkennen dat dit soort relaties fundamenteel scheef is doordat de een een kostbaar goed te bieden heeft, waarover de ander niet beschikt. Toch kan men trachten deze uitwisseling zo gelijkwaardig mogelijk te laten plaatsvinden.

- *Het tweesporenwerk van de huisarts.* Wat ik onder het tweesporenwerk van de huisarts wil verstaan, kan ik het beste verduidelijken aan de hand van twee uitspraken die ik tegenkwam in een artikel over intuïtie en probleem-oplossen door huisartsen (*Style*). Aan de ene kant een uitspraak over het werk van Balint en Norell: „Balint and Norell emphasized the need for the initial fase of the consultation to be unstructured and patient centred.” En aan de andere kant deze uitspraak:

„Wulff states that diagnoses are based on pattern recognition, probability, or knowledge of aetiology. The latter two are probably conscious processes, whereas much of pattern recognition is unconscious and probably the basis of intuition. *Fabb* has compared the functioning of the human mind with a computer. The mind has stored patterns or codes which are compared with incoming sensory information to see if there is a match. If a match takes place, the pattern is recognized and a diagnosis is made. Learning and experience increase the number of patterns or codes in our minds.”

Op het eerste gezicht leken mij dit twee tegenstrijdige opdrachten aan de huisarts, maar bij nadere beschouwing ben ik dit als een schijnbare paradox gaan

opvatten: het patient centred luisteren kan samengaan met het matchen van inkomende informatie tegen een achtergrond van verworven kennis. De huisarts exploreert de hulpvraag niet op grond van niets; ook niet op grond van wat de patiënt alleen zegt. Optimale empathie (*Rogers*) is een fictie. Een hulpverlener neemt altijd selectief waar, hoe sterk hij zich ook voorneemt ongestructureerd en patiëntgericht te luisteren. Er bestaat altijd een zekere spanning tussen deze twee „functies”. Men zou dit het tweesporenkarakter van het werk van de hulpverlener kunnen noemen. Het bewust worden van deze spanning is mijns inziens van essentieel belang voor een effectieve hulpverlening. Meer dan alle andere hulpverleners heeft de huisarts te kampen met de spanningen die door deze twee functies, dit tweesporenwerk bij hem worden opgeroepen. Dit komt door zijn plaats binnen de structuur van de gezondheidszorg, door het oordeel dat hijzelf en anderen over zijn deskundigheid hebben en door de tijdsdruk waaronder hij moet werken. De huisarts moet dat tweesporenwerk leveren in een veel korter tijdsbestek dan andere hulpverleners, of, zoals *Style* het uitdrukt: „Busy general practitioners, seeing a patient every few minutes, need to be accurate formers of initial hypotheses.”

Een beslissingsmodel

De huisarts heeft op grond van zijn taak binnen de gezondheidszorg de opdracht steeds opnieuw de volgende twee beslissingen te nemen, hoe automatisch en onbewust dat meestal ook moege gebeuren:

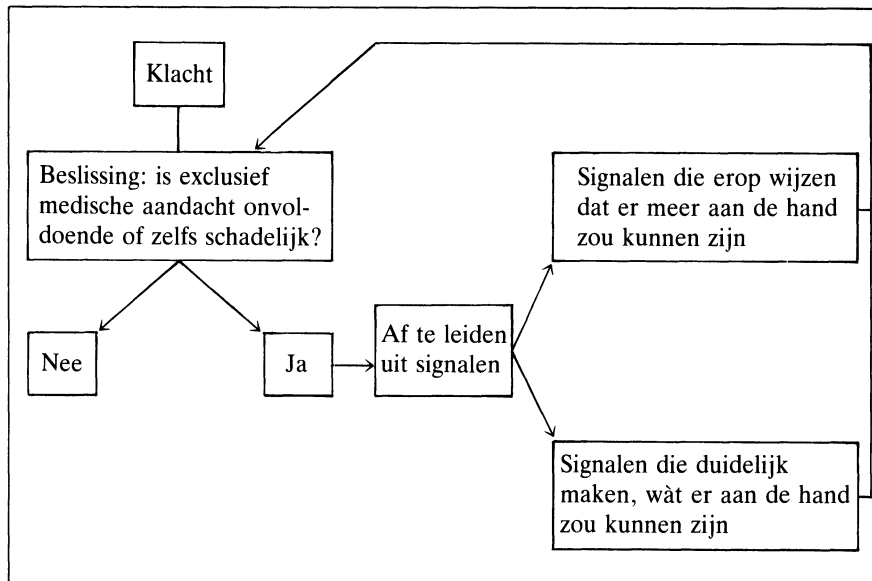
- de beslissing tussen „pluis” en „niet-pluis”, of „somatisch behandelen” en „niet-somatisch behandelen”;

- de beslissing tussen „acuut” en „niet-acuut”.

Groll e.a. hebben een beslissingsmodel geconstrueerd voor somatiserende patiënten, het zogenaamde signaleringsproces (*schema 1*). Naar mijn mening wordt in dit model de somatische deskundigheid van de huisarts ten aanzien van de patiënt in zekere zin negatief benaderd. Er staat: „is exclusief medische aandacht onvoldoende of zelfs schadelijk?” (cursivering van mij – P.). Somatische aandacht kan negatief werken wanneer er niets meer geboden wordt. Met *schema 2* zal ik trachten aan te tonen, hoe dat kan gebeuren.

Aan de basis van wat *Groll e.a.* somatische fixatie noemen, ligt de situatie dat de dokter in *schema 2* in C zit (pluis en

Schema 1. Signaleringsproces volgens Grol e.a.



Schema 2. Beslissingsmodel voor de somatiserende patiënt en diens huisarts.

Beslissing van de huisarts		Beslissing van de patiënt/motief om naar de dokter te gaan				
		Pluis	Niet-pluis	Pluis	Niet-pluis	
Acuut		A	B	Acuut	A'	B'
Niet-acuut		C	D	Niet-acuut	C'	D'

niet-acuut) en de patiënt in B' (niet-pluis en acuut) of in D' (niet-pluis en niet-acuut). Wanneer er een discrepantie bestaat tussen de beslissing van de patiënt en die van de dokter, is elke exclusief gerichte aandacht van de dokter verkeerd, of die nu somatisch dan wel psychisch gericht is; dokter en patiënt zitten dan niet op hetzelfde spoor. Dat kan leiden tot verschillende verwachtingspatronen en/of communicatiestoornissen.

Naar mijn mening zou het denken van de huisarts ten aanzien van de somatiserende patiënt minstens de volgende fasen moeten doorlopen:

Fase 1. Pluis/niet-pluis; acuut/niet acuut.

Fase 2. Kent de huisarts de mening van de patiënt ten aanzien van deze beslissingen? Is er een discrepantie (schema 2)? Zijn er verschillende verwachtingspatronen en/of communicatiestoornissen?

Fase 3. Lekendiagnostiek: weet de huisarts wat voor ziekte de patiënt meent te hebben, wanneer hij deze klachten heeft (zie de volgende paragraaf, Lekendiagnostiek).

Fase 4. Weet de huisarts welke andere, niet-lichamelijke klachten de patiënt heeft?

Fase 5. Bij welke „zoekschema's" horen de klachten van de patiënt (een soort differentiële diagnose binnen de grove categorie „somatiseren"; zie verder de paragraaf Zoekschema's).

Ik begrijp heel goed dat het denken van de huisarts niet altijd zorgvuldig deze fasen doorloopt en dat ook niet altijd deze volgorde wordt aangehouden. Het is mij met het pomen van deze criteria meer te doen om het op gang brengen van een discussie dan om het opheffen van een vermanende vinger.

Het is mogelijk dat het hier gepresenteerde model doet denken aan het werkmodel van de klinische geneeskunde om tot een diagnose te komen: er móét een label op de patiënt geplakt worden. Het gaat er mij echter eerder om, hoe dokters de hulpvraag van de patiënt exploreren, niet alleen door middel van het gesprek, maar ook door middel van hun eigen, geschoold denken: zichzelf vragen stellen naar aanleiding van het „materiaal", verbindingen leggen en hypothesen opstellen. Een dokter exploreert

de hulpvraag niet op grond van niets, ook niet alleen op grond van wat de patiënt zegt. Uitsluitend te laten meespelen wat de patiënt zelf zegt, zou een optimale empathie van de dokter vereisen; daar is geen tijd voor; en daarvoor is de huisarts ook te veel deskundige! Hij heeft al een vaag idee, hoe het waarschijnlijk zit bij de patiënt; hij wint met die deskundigheid tijd en tijd heeft de huisarts hard nodig.

Zoals gezegd, zal de huisarts nogal eens vinden dat het met de somatiserende patiënt relatief pluis en niet-acuut is. Dit „deskundig oordeel" wordt door de somatisch gefixeerde patiënt niet geaccepteerd; hij vindt dat het niet-pluis met hem is en soms ook dat het acuut is. Op dit punt wordt naar mijn smaak in het Nijmeegse somatische-fixatieproject te veel over de patiënt getheoretiseerd en te weinig nagedacht over hetgeen zich automatisch in het hoofd van de dokter afspeelt. Vanuit het gezichtspunt dat het tijdsgebrek van de huisarts van cruciale betekenis is voor het ontstaan van somatiseren, heeft theoretiseren over hetgeen zich in het hoofd van de dokter afspeelt prioriteit.

Lekendiagnostiek, de koninklijke weg naar de diagnostiek van vage, lichamelijke klachten

Als de diagnostiek van de huisarts niet superieur is aan die van de patiënt – en dat is mijns inziens altijd zo wanneer er geen duidelijke somatische kennis is ten aanzien van de vage, lichamelijke klachten – dan moeten de diagnostische overwegingen van de patiënt voorrang krijgen boven een snelle „psychodiagnostiek" door de huisarts (vragen in de trant van „hoe gaat het thuis, op het werk, met het vrijen?").

De eerste stap die de huisarts moet doen in zijn contact met de somatiserende



MISSCHIEN HEEFT U ZELF 'N BEETJE EEN IDEE WAT U MANKEERT...

patiënt, is nagaan hoe de patiënt zelf zijn klachten diagnostiseert. Met opzet staat hier niet „hoe de patiënt zijn klachten beleeft”, want dat is te onspecifiek. De huisarts moet weten aan welke ziekte of welk proces in zijn lichaam de patiënt denkt of gedacht heeft. Meestal is deze gedachte de voornaamste determinant van zijn besluit om naar de huisarts te gaan. De huisarts moet erop letten dat hij zich niet tevreden laat stellen met een ontwijkend antwoord. Ook moet hij ervoor waken niet zelf suggesties te doen of interpretaties aan te bieden. Hij moet de lekendiagnostiek delen met de patiënt door deze te laten merken dat hij diens mening hierover van groot belang vindt. Hij kan bijvoorbeeld vragen: „U zegt dunne ontlasting te hebben, een harde plek in uw onderbuik, en u voelt zich slap; waar denkt u dan zelf aan als u dat heeft? Welke ziekte speelt zich dan af in uw lichaam, naar uw eigen inzicht? Ik neem aan, dat u door uw klachten bent gaan bedenken wat u mankeert. U hebt daarop besloten naar mij toe te gaan. Wat dacht u dat u hebt?”

Sommige huisartsen zullen wellicht tegenwerpen dat ze zulke vragen niet behoren te stellen, omdat ze de patiënt dan laten somatiseren. Mijns inziens gaan zij dan uit van een onjuiste veronderstelling; de patiënt somatiseert al door lichamelijke klachten te brengen. Met zulke vragen erkent de huisarts veeleer de belevingswereld, liever gezegd de eigen deskundigheid van de patiënt als somatische probleem-oplosser. En de dokter moet het van deze deskundigheid hebben; hij moet een werkrelatie aangaan met het gezonde deel van het Ik, zoals psychoanalytici zeggen: samen kijken naar de zieke patiënt. De patiënt moet dan het gezonde stuk van zijn persoonlijkheid afsplitsen en samen met de dokter werken aan de genezing van het ongezonde deel. Dit is van belang om tegen te gaan dat de patiënt afhankelijk wordt van de dokter, maar het is ook de meest verhelderende weg voor de diagnostiek bij vage, lichamelijke klachten. Als de patiënt zelf ontdekt heeft en zelf gezegd heeft welke ziekte de klachten symboliseren, is de stap naar gedragsverandering pas mogelijk. Er is dan een emotioneel doorleefd inzicht en niet alleen een intellectueel begrijpen van wat de klachten betekenen. Zowel van gedragstherapeutische als psychoanalytische zijde wordt gewezen op het belang van de naamgeving („verhaal”, codering, appraisal, labeling) van lichamelijke gewaarwordingen (*Kruit-hof*). Ook bij de cognitieve psychologie

is steun te vinden voor de stelling dat de huisarts bij vage, lichamelijke klachten voorrang moet verlenen aan de lekendiagnostiek boven zijn eigen diagnostiek.

Ik denk dat dit een volstrekt andere houding vereist van de huisarts. Hij moet nu diagnostiek gaan bedrijven door de patiënt gericht te laten vertellen, terwijl hij tijdens zijn studie voor de klinische vakken heeft geleerd diagnostiek te bedrijven door het stellen van suggestieve vragen waarop met ja of met nee geantwoord kan worden (*Krol*). Maar het is te leren:

- in de eerste plaats systematisch leren zwijgen als de patiënt „vastzit”; de patiënt helpen zijn eigen gedachten over zijn klachten te delen met een deskundige; leren de weerstand van de patiënt te hanteren; leren vragen te stellen vanuit het ziekterefereëntiekader van de patiënt;

- systematisch leren vragen naar de lekendiagnostiek: „Hoe verklaart u zelf deze klachten, wat is dat voor ziekte als u deze klachten heeft; heeft u wel eens gehoord van anderen die dit soort klachten hadden en wat bleek er dan aan de hand te zijn; denkt u dat u dat ook heeft?”

Als de huisarts met behulp van deze lekendiagnostiek meer te weten is gekomen over de aard en de betekenis van de lichamelijke klachten, kan hij deze informatie gaan vergelijken met zijn praktische ervaring en theoretische kennis. Hij confronteert voor zichzelf het verhaal van de patiënt, diens lekendiagnostiek, met de „zoekschema's” die hij al heeft vóór het gesprek met de somatiserende patiënt.

Zoekschema's

Een zoekschema is geen diagnostisch etiket dat de patiënt moet worden meegedeeld; het is veeleer een knooppunt van ervaringen waarmee het denken van de huisarts over een bepaalde somatiserende patiënt verfijnd kan worden: lijkt deze patiënt meer op patiënt A, of juist meer op patiënt B; doet deze patiënt meer denken aan het verhaal van collega C, of aan het verhaal van collega D; of op de patiënten die in artikel Z beschreven zijn?

Ik zal hier een aantal van die zoekschema's geven. Ze zijn deels gebaseerd op mijn persoonlijke ervaringen met de behandeling van somatiserende patiënten in de huisartspraktijk, deels op de literatuur op het gebied van somatiseren. Deze zoekschema's hebben niet de pretentie van volledigheid; ze zijn meer be-



doeld om een indruk te geven van de wijze waarop het denken van de huisarts over de somatiserende patiënt verfijnd zou kunnen worden. Bij sommige zoekschema's zal ik bovendien mijn persoonlijke visie geven op de wijze waarop de huisarts de betreffende vorm van somatiseren het best kan benaderen en behandelen.

De volgende zoekschema's komen aan bod:

- somatiseren als vorm van doodsangst;
- somatiseren als secundaire ziekte-winst;
- somatiseren als laatste verschansing tegen een dreigende psychotische decompensatie;
- somatiseren als begeleidend verschijnsel van narcistische (zelfwaarderings)problematiek;
- somatiseren als gemaskeerde depressie;
- somatiseren als angstsyndroom met angstequivalenten als hyperventilatie, luchtslikken, spastisch colon, enzovoort;
- somatiseren in het kader van het zogenaamde huisvrouwensyndroom.

- *Somatiseren als vorm van doodsangst.* (Afgeweerde) doodsangst bij somatiserende patiënten kan zich uiten in angst voor kanker, of angst voor een ernstige hartziekte. Wie serieus meent dat hij een dergelijke ziekte heeft, denkt dat hij waarschijnlijk spoedig zal sterven.

Hoewel artsen heer en meester zijn over leven en dood, is het voeren van een gesprek over doodsangsten niet hun sterkste kant. Misschien kom je bij artsen juist meer een „counter-fobische” manier van omgaan met de dood in leven en werken tegen. Toch zijn er patiënten die een beroep doen op de arts om hierover een gesprek te voeren,

hoe stuntelig ze dat verlangen ook overbrengen. Voor de arts die de psychoanalytische hypothese van onbewuste bedoelingen en afweer niet accepteert, wordt het haast onmogelijk deze patiënten te herkennen en een goed gesprek met ze te voeren. Patiënten met een sterke ziekteangst raken de arts vaak op een gevoelige plek. Afgezien van het feit dat het emotioneel al moeilijk is te praten met dergelijke patiënten, is het ook technisch niet eenvoudig uit te sluiten dat er lichamelijk niets aan de hand is met een somatiserende patiënt. Je zou kunnen zeggen dat het voeren van een goed gesprek met deze patiënten bijna te veel gevraagd is voor een huisarts. Het gaat naar mijn indruk dan ook nogal eens mis.

Er zijn verschillende zinvolle opstapjes voor een gesprek met deze mensen, waarvan ik er drie geef:

– schroom niet te vragen of de somatiserende patiënt bang is dat hij kanker of een hartziekte heeft, en vraag de patiënt of iemand uit zijn naaste omgeving heeft geleden aan zo'n ziekte en hoe de patiënt dit verwerkt heeft;

– schroom niet te vragen wat de patiënt ervan vindt hierover met jou als huisarts te spreken (doorvragen wanneer hierop in eerste instantie een nietszeggend antwoord wordt gegeven); vraag dat omdat je dan te weten komt wat voor functie je ten opzichte van die afgeweerde doodsangst vervult;

– in sommige gevallen is het nuttig de brochure *Angst voor een ernstige ziekte (Orlemans)* mee te geven; de patiënt kan de brochure thuis lezen en er kan bij een volgend consult over gesproken worden; wat herkende de patiënt bij zichzelf.

Voor verdere studie kan ik aanbevelen: – vanuit een gedragstherapeutisch denkmodel: de artikelen van *Orlemans en Ten Doesschate* en de al genoemde patiëntenbrochure van *Orlemans*;

– vanuit een psychoanalytisch denkmodel: het artikel van *Stolorow*.

● *Somatiseren als secundaire ziekte-winst*. Zonder dat de somatiserende patiënt zich daar altijd van bewust is, kan hij blijven vasthouden aan zijn lichamelijke klachten omdat dat relationele en/of maatschappelijke voordelen heeft; hij kan hiermee onder meer aandacht afdwingen van de arts.

Dit soort mechanismen om aandacht te krijgen, secundaire ziekte-winst, speelt natuurlijk een rol in allerlei andere relaties; als het echter in de arts-patiënt relatie geslopen is, heeft dat een extra betekenis, die ontcijferd moet worden.

Artsen hebben zich macht over gezonden (en zieken) toegeëigend door te werken volgens de formule „neem ziekte aan tot gezondheid bewezen is”. Deze formule verleent niet alleen de arts macht over de patiënt, maar, wat belangrijker is in zijn consequenties, de patiënt heeft hiermee te allen tijde toegang tot de arts, mits hij zegt dat hij zich ziek voelt. Dit leidt tot wat ik elders genoemd heb *Afhankelijkheid, een kernprobleem voor de huisarts (Postma)*.

Inzicht geven helpt niet bij deze patiënten; zij winnen te veel met hun ziektegedrag. De kunst is zó met de patiënt te praten over diens ziektegedrag, dat hij het gevoel krijgt er nog meer bij te winnen als hij zijn wensen en bedoelingen op een andere manier kenbaar maakt. Er is veel geduld voor nodig om erachter te komen hoe de patiënt dat anders zou willen en zou kunnen doen. Deze mensen praten niet gemakkelijk over zichzelf. In de gezinstherapeutische en systeemtheoretische literatuur wordt beschreven hoe het mogelijk is klachten te hercoderen, positief te labelen of paradoxale opdrachten te geven. Vanuit huisartsgeneeskundig gezichtspunt is in dit verband vooral het werk van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut belangrijk (*Huygen*).

Het grootste gevaar bij de behandeling van deze patiënten is een moralistische opstelling van de huisarts. Als de arts eigenlijk vindt dat zo'n „flinke kerel” zou moeten werken en niet van de staat behoort te leven, heeft een gesprek met zo'n patiënt geen zin. Een ethische of moralistische stellingname heeft niets te maken met de praktijk van de huisartsgeneeskunde. Juist vanwege hun eigen moralisme (streng superego, zoals psychoanalytici zeggen) verschansen deze patiënten zich nogal eens achter hun secundaire ziekte-winst. Het is bij hen ook óf flink zijn óf ziek zijn (*Groen*). Als ook de huisarts dan nog moralistisch optreedt, is dat meer van hetzelfde, terwijl juist een paradoxale opstelling nodig is om deze vicieuze cirkel te doorbreken. Een goed startpunt voor een gesprek is de vraag hoe het contact verloopt met de controlerend geneesheer. Deze controleurs van de schatkist zijn een bron van bedreigingen voor veel mensen.

Als de secundaire ziekte-winst vooral in verband staat met communicatiestoornissen in een relatie of in het gezin, kan de huisarts proberen deze communicatie in een aantal gesprekken weer op gang te helpen. Hij kan dat doen door als een regisseur te zorgen dat er „ge-

speeld” wordt. Van tevoren moet een „contract” gemaakt worden over het aantal keren, de tijdsduur en hetgeen men van elkaar kan verwachten; ook de spelregels worden dan vastgelegd. De huisarts, die nu functioneert als de „therapeut van de communicatie” behoort neutraal te blijven; hij is meer de regisseur van het gesprek dan een scheidsrechter; wanneer de huisarts als scheidsrechter gaat optreden bij conflicten in een relatie of in het gezin, kan hij niet meer goed functioneren als vertrouwensman bij nieuwe klachten en problemen.

Het is intussen nog een open vraag of de huisarts uit hoofde van zijn plaats in de gezondheidszorg wel de aangewezen persoon is voor het voeren van relatiegesprekken. Hij is echter wel bij uitstek de „therapeut van de relatie” wanneer de secundaire ziekte-winst optreedt binnen de arts-patiënt relatie; hij moet dan proberen samen met de patiënt te praten over de relatie die zij met elkaar hebben (metacommunicatie).

● *Somatiseren als laatste verschansing tegen een dreigende psychotische decompen-satie*. Deze vorm van somatiseren heeft veel weg van een zich terugtrekken op/in het eigen lichaam, waarbij dan de huid de afgrenzing is van het Ik tegenover de buitenwereld. Vooral huidklachten als jeuk, of destructieve acties met betrekking tot het eigen lichaam kunnen een teken zijn dat iemand's zelfbeeld en wereldbeeld ineenstorten. Het voelen van een grens ten opzichte van de buitenwereld – ook al gebeurt dat in de vorm van onaangename lichamelijke sensaties – vermindert de angst dat alles kapot zal gaan (psychotische aanval). Bij dit soort somatiseren ziet men een gedepersonaliseerde manier van omgaan met het eigen lijf. *Pines* heeft hierover onlangs een belangwekkend artikel geschreven; zij stelt: „These patients, adapting to their mothers' inability to contain their emotional distress, and having had such extended periods of bodily soothing, find an alternative means of communication. They learn to translate psychic pain into visible bodily suffering, and so arouse concern and care again. In this way they learn to bypass the psychic process of suffering intolerable pain. It follows that the physical treatment of women patients by women doctors, in the hospital setting, reenacts the most primitive and soothing contact of mother and baby.” En even verder: „The countertransference feelings may be equally strong. These patients test the analyst's capacity

for containing, not only the patient's projection of primitive aggressive feelings, but also the irritation aroused in the analyst. These patients may be demanding and intrusive, with little capacity to contain themselves, or to care for the object that soothes them. It is as if they must always remain the infant in the dyadic situation."

De huisarts doet er goed aan, wanneer dat mogelijk is, samen te werken met psychiatrisch/psychologisch geschoolde deskundigen als hij deze patiënten meent te herkennen; verwijzen en intussen de deur open houden!

• *Somatiseren als begeleidend verschijnsel van narcistische problematiek.* Narcistische problematiek is de problematiek van de zelfwaardering. Wat moet ik zijn (superego), wat wil ik zijn (ideaal-ik), wie ben ik eigenlijk, los van mijn ouders, partner, werk/studie (identiteitsproblematiek). Hoe wil ik zijn als vrouw of als man (seksuele identiteit). Minderwaardigheidsgevoelens en de overdekking daarvan door grootheidsfantasiën kunnen een uiting zijn van een gestoorde zelfwaardering. Ook depressieve gevoelens en hypochondrische preoccupaties met betrekking tot het eigen lichaam kunnen hiermee in verband gebracht worden.

Nu alle taboes geacht worden te zijn doorbroken, zijn we zelf taboe. We zijn niet meer zo bang voor seks en agressie; we zijn bang voor wat wij zijn in onze eigen en in andermans ogen. En wij zijn: onze prestaties, onze relaties, ons huis, ons werk/studie, ons lichaam en ons uiterlijk. Als er iets aan ons lichaam niet perfect is, kwetst dat ons; het moet beter, of weg. In dit verband wordt in de massamedia nogal eens gesproken van het Ik-tijdperk.

In psychoanalytische kringen wordt weleens beweerd dat de neurotische – dat wil zeggen oedipale – problematiek meer en meer plaats heeft moeten maken voor de narcistische problematiek. Als zo'n verschuiving inderdaad plaatsvindt, moet de huisarts dat kunnen merken op zijn spreekuur. Hij zou dat kunnen merken aan de wijze waarop de mensen over zichzelf praten.

Ons lichaam, ons lichamenlijk voorkomen is een belangrijke pijler geworden van onze „zelfwaarderingshuishouding”. Somatiseren kan erop wijzen dat iemand niet tevreden is met zichzelf, zich aangetast voelt door onontkoombare tekorten van zijn lichaam. De huisarts heeft dan de taak, na gericht onderzoek informatie te geven over het functioneren of de kwaliteit van het ziek

geachte lichaamsdeel (een vorm van geruststellen). Narcistische problematiek zou vooral een ontwikkelingsproblematiek zijn. Daarom lijkt het mij gewenst dat de huisarts informeert naar wat de patiënt doet aan eigen ontwikkeling. Heeft de patiënt er weleens over gedacht in psychotherapie te gaan? Hoe staat hij tegenover een praatgroep? Wat kan de vrouwenbeweging voor haar betekenen? Voor verdere studie raadplege men een hoofdstuk uit het nieuwste boek van *Kuiper*, over *Narcisme als innerlijke dramatiek van de persoonlijkheid*.

• *Somatiseren, een vorm van gemaskeerde depressie.* *Rooymans* heeft erop gewezen, dat „bij hardnekkige, somatische onverklaarbare klachten in een aantal gevallen – ruw geschat zo'n 20-30% – bij enig toezien symptomen te vinden zijn, passend bij een depressief syndroom.” Toch heeft niet iedere verdrietige patiënt een depressie, al dan niet gemaskeerd door vage klachten. De diagnose depressie, ook gemaskeerde depressie, moet als positieve diagnose gesteld worden en niet per exclusie. Dat wil zeggen, de diagnose moet berusten op de volgende criteria (*Garvey*):

- sombere stemming;
- ten minste vier van de volgende symptomen: verminderde eetlust of gewichtsverlies of juist toegenomen eetlust of gewichtstoename; slapeloosheid of te veel slapen; energieverlies; psychomotorische gejaagdheid of vertraagdheid; interesse verlies of verminderde seksuele aandrang; zelfverwilt of overdadig schuldgevoel; moeite bij het concentreren en denken; gedachten over de dood of suicide;
- een ziekte duur van ten minste twee weken;
- geen symptomen die verdacht zijn voor schizofrenie, een organisch-mentale stoornis of een ongecompliceerde rouwverwerking.

Vooraf op dit laatste moet worden gelet: een gemaskeerde depressie moet niet worden verward met een normaal verloopend rouwproces, waarbij angsten kunnen optreden, samenhangend met de vrees dat men dezelfde ziekte heeft als de overledene. Ook is het mogelijk dat men nog eens met de dokter over de overledene wil praten en een lichamenlijke klacht gebruikt als opstapje.

Rooymans wijst erop dat het zinloos is zich bezig te houden met de vraag of de lichamenlijke klachten oorzaak zijn van de depressie of andersom; hij stelt: „men doet er goed aan in principe aan te

nemen dat er sprake is van een vicieuze cirkel tussen depressie en lichamenlijke klachten, dit zonodig ook uit te leggen en overeenkomstig te handelen.” Hij is van mening dat aan uitgebreid somatisch onderzoek risico's zijn verbonden, omdat de klachten er nogal eens door worden bevestigd of versterkt. Wanneer dat toch moet gebeuren, is het van belang uitgebreide informatie te geven over het doel van dit somatisch gerichte onderzoek.

Een gemaskeerde depressie moet volgens *Rooymans* niet anders behandeld worden dan een niet-gemaskeerde depressie. Als het klachtenbeeld (vitaal) depressieve trekken vertoont, is een proefbehandeling, voor beperkte duur, met antidepressiva gewenst. Het is weer een open vraag, of de huisarts in zijn eentje tot dit advies aan de patiënt mag komen of dat deze beslissing in overleg met een psychiater (psychiatrische polikliniek) genomen behoort te worden. Daarnaast moet natuurlijk worden getracht de niet-somatische oorzaken en „instandhouders” van de depressie te bestrijden (werkproblematiek, relatieproblematiek).

Ik ben mij ervan bewust een heet hangijzer binnengehaald te hebben met dit, ook „biochemisch” georiënteerde verhaal over gemaskeerde depressies. We behoren tegen de biologische psychiatrie te zijn; je af te vragen of sommige vormen van depressie sneller en beter behandeld kunnen worden met antidepressiva, is niet netjes. Toch meen ik het standpunt van *Rooymans* naar voren te moeten halen, juist omdat alles psychosociaal bekeken móet worden. Hoe de klachten bij juist die ene somatiserende patiënt veroorzaakt zijn en in stand gehouden worden, is een zaak die de individuele huisarts moet trachten uit te zoeken in samenwerking met de patiënt en andere deskundigen (psychiater). Als men zo te werk gaat, hoeft men niet te verzanden in schoolvorming en verhitte academische discussies. Per slot van rekening blijft de mening van de patiënt de leidraad voor de behandeling.

• *Somatiseren, behorend bij een angstsyndroom.* Somatiseren kan in verband staan met zogenaamde angstequivalenten (angstbegeleidingsverschijnselen) als hyperventilatie, aërofagie, spastisch colon en versnelde hartslag. Hiermee is niet gezegd dat deze verschijnselen altijd wijzen op een angstsyndroom. Opnieuw geldt, dat het niet van belang is uit te vinden of de angst de lichamenlijke klachten veroorzaakt of andersom; het

gaat erom de bestaande vicieuze cirkel van somatische klachten en psychosociale problemen te doorbreken door de zwakste schakels van dit „evenwicht” aan te pakken. Vooral een chronische vorm van hyperventilatie zonder duidelijke aanvallen kan maken dat dit syndroom over het hoofd wordt gezien. Dat worden dan de patiënten met de dikke dossiers (*Lum*).

Door *Folgering en Colla* is een voortreffelijke uiteenzetting gegeven over het hyperventilatiesyndroom. Zij beëindigen hun artikel met het uitspreken van een opvatting die ik de lezer niet wil onthouden: „Het valt echter niet te ontkennen dat bij deze patiënten somtijds sprake is van een ernstige psychische problematiek die een (langdurige) psychotherapeutische behandeling behoeft. Het is onze stellige overtuiging dat altijd een symptomatische behandeling hieraan vooraf moet gaan. Immers zowel bij de chronische hyperventilant als bij de patiënt die lijdt aan een meer aanvalsgewijze vorm van het syndroom, is er sprake van een ernstige fysiologische, biochemische en psychologische ontregeling. Deze ontregeling roept zoveel (doods)angst op dat niet verwacht mag worden dat de patiënt in staat is de wissel op de toekomst van een psychotherapie te trekken.”

Zelf heb ik in de praktijk opgemerkt dat patiënten met hyperventilatie ook vaak klachten hebben, die lijken te wijzen op een spastisch colon. Dit laatste type klachten veroorzaakt bij hen „pijn” waarvan zij dan weer angstig worden en zo ontstaat de vicieuze cirkel van de hyperventilatie. Het kan dan van belang zijn na te gaan wat er steeds het eerst is: de spastisch-colonklachten of de hyperventilatie; dat is van belang voor de beantwoording van de vraag waar de vicieuze cirkel het best kan worden doorbroken.

Het is wenselijk patiënten bij wie lichamelijke bijverschijnselen van angst overheersen, uitleg te geven over hetgeen zich afspeelt in hun „zieke” lichaamsdelen; dit om hun doodsangst of angst voor een ernstige ziekte te verminderen door hercodering van de klachten. Ook verdient het aanbeveling de patiëntenbrochure *Angst voor ernstige ziekten (Orlemans)* en/of de patiëntenbrochure *Hyperventilatie (Ten Doeschate)* te laten lezen.

● *Somatiseren in het kader van het huisvrouwensyndroom.* Van der Velden spreekt in navolging van Hoffmeyer van het „neurastheen syndroom van de huisvrouw”: „Vooral psycho-emotione-

le stoornissen als neerslachtigheid, gejaagdheid, prikkelbaarheid, lusteloosheid, slapeloosheid, moeheid bleken bij de huisvrouw relatief frequent voor te komen. Met somatische klachten als spierpijnen, gewrichtsklachten, neuralgieën en aandoeningen van de urinewegen of van de tractus circulatorius vormen zij een voor huisvrouwen typisch syndroom.”

Bauduin wijst erop in haar bespreking van het onderzoek van Van der Velden en van vele andere zoekers naar „harde en objectieve” cijfers over het hulpvraaggedrag, dat een grotere frequentie van het huisartsbezoek, een groter aantal vage klachten en psychosociale problemen en een grotere consumptie van pillen door huisvrouwen niet zonder meer geïnterpreteerd mag worden als „ongezonder”. Er moet onderscheid gemaakt worden tussen ziekte en ziektegedrag. Huisvrouwen hebben wellicht een voor hen typerende probleemaanpak – ook ten aanzien van lichamelijke klachten – die gezien moet worden in het licht van de problematische situatie van de huisvrouw. Misschien kan de herkenning en erkenning van dit syndroom ertoe leiden dat de huisarts tracht beter te luisteren naar wat de huisvrouw zelf vindt en wil en naar wat de klachten voor haar betekenen.

De besproken zoekschema’s voor de betekenissen van somatiseren leveren geen elkaar uitsluitende syndromen en ziektebeelden op. Veel vaker zal het somatiseren van een bepaalde patiënt verschillende betekenissen hebben. Bovendien zijn de besproken zoekschema’s niet de enig mogelijke; iedere huisarts heeft weer andere ervaringen met somatiserende patiënten, waardoor zijn eigen schema’s er weer anders uitzien. Wel is het zinnig deze zoekschema’s expliciet te maken en ter discussie te stellen, bijvoorbeeld in een vaktijdschrift.

Diagnostiseren is behandelen

Brody and Waters wijzen erop dat de betekenis die de dokter toekent aan de ziekte, het herstel beïnvloedt. Zij vinden dan ook dat een strenge scheiding tussen diagnostiek en behandeling niet alleen onmogelijk, maar ook onwenselijk is. Zij stellen: „...the diagnosis in itself exercised a therapeutic effect for the patient inasmuch as it provided an understandable, acceptable explanation of his behavior. A formerly mysterious symptom was given meaning.”

In de paragraaf *Lekendiagnostiek* heb ik getracht duidelijk te maken dat ook patiënten diagnostiek bedrijven. Met die diagnostiek komen zij bij hun huisarts, soms met de bedoeling hun diagnostiek te toetsen aan die van een deskundige (zie ook *Krol*). Zo’n patiënt zegt bijvoorbeeld: „Dokter, ik heb hier zo’n pijn op mijn borst; denkt u dat ik het aan mijn hart heb?” De dokter behandelt – behandelen in de zin van therapie bedrijven – zo’n patiënt voor de hulpvraag „Heb ik het aan mijn hart?”, door zijn diagnostische overwegingen met de patiënt te delen. De dokter zegt bijvoorbeeld: „Nu ik u onderzocht heb, denk ik dat de pijn op uw borst in verband zou kunnen staan met de gespannen ademhaling die ik bij u constateer.” Patiënt: „Bedoelt u dat ik hyperventileer?”

Dokter: „Ja, dat denk ik.”

Patiënt: „Nou dat is een pak van mijn hart; ik heb daarover gelezen; dan is het onschuldiger dan ik dacht; ik was bang dat ik het aan mijn hart had.”

Van Aalderen, in dit verband aangehaald door *Krol*, heeft erop gewezen dat het verhelderen van de hulpvraag van de patiënt van groot belang is in de huisartsgeneeskunde. Die hulpvraag kan van velerlei aard zijn, veelvoudig en versluierd. Voorbeelden van hulpvragen: „Dokter, ik wil slaappillen”, „Dokter, wat denkt u dat het is?”, „Dokter, kan het kwaad” (bedoeld wordt: „Is het kanker?”). De dokter „diagnostiseert” als het ware die hulpvraag door hem te plaatsen tegen de achtergrond van de lekendiagnostiek (bijvoorbeeld: „Deze bobbel is een tumor”) en in het licht van zijn eigen zoekschema’s (bijvoorbeeld: „Geen tumor hier, maar kankerangst”). Het eindresultaat van dit „diagnostisch proces” bespreekt de dokter dan met de patiënt.

Besluit

Aan deze verhandeling over somatiserende patiënten in de huisartspraktijk ontbreekt het een en ander. In de eerste plaats zou beschreven moeten worden wat de plaats is van het lichamenlijk onderzoek in het geheel van het hulpverleningsproces: op welk tijdstip moet het plaatsvinden; hoe uitgebreid moet het zijn? Een ander belangrijk thema is de beantwoording van de vraag hoe de continuïteit van het hulpverleningsproces gehandhaafd kan worden wanneer dit proces verspreid is over verscheidene consulten. Deze thema’s zijn in dit artikel en in de literatuur onvoldoende uit-

gewerkt; ik laat ze echter graag aan anderen over. Met deze bijdrage heb ik voornamelijk de nadruk willen leggen op de noodzaak van verfijning van het diagnostisch denken van de huisarts ten aanzien van somatiserende patiënten.

Samenvatting. Somatiseren is een begrip dat veelvuldig wordt gebruikt in de huisartsgeneeskunde. In deze bijdrage wordt vooral aandacht besteed aan de processen die zich daarbij afspelen in het hoofd van de huisarts.

De auteur begint met een bespreking van een aantal aspecten van somatiseren, zoals: Wie zijn somatiserende patiënten?, De vaagheid van de klachten, en De deskundigheid van de huisarts. Vervolgens geeft hij een beslissingsmodel voor somatiserende patiënten, als alternatief voor het beslissingsmodel van Grol e.a. in de serie Preventie van somatische fixatie. Centraal in zijn artikel staan de nieuwe begrippen lekendiagnostiek en zoekschema's: met behulp van de lekendiagnostiek (hoe diagnostiseert de somatiserende patiënt zelf zijn klachten) kan de huisarts meer te weten komen over de aard en de betekenis van die klachten. Hij kan deze informatie vervolgens vergelijken met zijn praktische ervaringen en theoretische kennis, gerangschikt in zoekschema's. Als voorbeelden van dergelijke zoekschema's worden onder meer gegeven: Somatiseren als vorm van doodsangst, Somatiseren als secundaire ziekte winst en Somatiseren als gemaskeerde depressie.

De auteur besluit zijn verhandeling met het aanhalen van de opvatting dat herstel beïnvloed wordt door de betekenis die de dokter toekent aan de ziekte. In dit verband zou een strenge scheiding tussen diagnostiek en behandeling niet alleen onmogelijk, maar ook onwenselijk zijn.

Summary. Somatizing patients in general practice. Somatization is a concept widely used in general medicine. This article focuses especially on processes in the general practitioner's mind in relation to somatization.

The author first discusses several aspects of somatization such as: who are somatizing patients; the vagueness of the complaints; the expertise of the general practitioner. Next he presents a decision-

making model for somatizing patients as alternative to the model given by Grol et al. in the series Prevention of somatic fixation. The central concepts in his article are lay diagnostics and search schemata. Both are new concepts: with the aid of lay diagnostics (how does the somatizing patients himself diagnose his complaints), the general practitioner can obtain information on the nature and significance of these complaints. He can then compare this information with his practical experience and theoretical knowledge, as arranged in search schemata. Examples of such search schemata include: somatization as a form of mortal fear; somatization as secondary morbid gain; somatization as masked depression.

The author concludes his article by quoting the view that recovery is influenced by the significance which the doctor attaches to the illness. In this context, strict separation between diagnosis and treatment would not only be impossible but also undesirable.

- Aalderen, H. J. van. Methoden van hulpverleners. *Intern rapport Vrije Universiteit Amsterdam*, 1976.
- Anstett, R. The difficult patient and the physician-patient relationship. (1980) *J. Fam. Practice* **11**, 281-286.
- Balint, E. and J. S. Norell (eds). Six minutes for the patient: interactions in general practice. *Tavistock, London*, 1973.
- Bauduin, D. Vrouwen in tel. (1980) *Maandbl. geest. Volksgezondh.* **23**, 464-491.
- Brody, H. and D. B. Waters. Diagnosis is treatment. (1980) *J. Fam. Practice* **10**, 445-449.
- Brouwer, H. Een kijkje in de keuken van het Somatiseringsproject. *Intern rapport Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam*, 1980
- Doesschate, R. J. A. ten. Patiënten-brochure: Hyperventilatie. (1976) *huisarts en wetenschap* **19**, 336-337.
- Dokter, H. J. en N. A. J. Voorhoeve. De irritatie van de dokter als signaal. (1962) *huisarts en wetenschap* **5**, 280-282.
- Folgering, H. en P. Colla. Het hyperventilatie syndroom. In: P. G. Gerlings, J. C. van Es, J. V. Joossens e.a. (red.). *Het medisch jaar 1980. Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht*, 1980
- Garvey, M. J. Biochemistry and treatment strategies for depression. (1980) *J. Fam. Practice* **11**, 215-219.

- Groen, J. J. Het syndroom van de onbehandelbare pijn. (1979) *Ned. T. Geneesk.* **123**, 374-379.
- Grol, R., J. van Eijk, F. Huygen e.a. Preventie van somatische fixatie III, IV en V. (1978) *huisarts en wetenschap* **21**, 402-410, 486-489.
- Groves, J. E. Taking care of the hateful patient. (1978) *New Engl. J. Med* **298**, 883-887.
- Hoffmeyer, H. The mother and the family. *Public Health Papers nr 28. WHO, Geneva*, 1965.
- Huygen, F. J. A. Gezondheid, ziekte, gezin en huisarts. In: *Holland naar de horizon, huisartsgeneeskunde in wijkend perspectief. N.H.I., Utrecht*, 1979.
- Krol, L. J. Klinische les: ongerustheid e causa ignota. (1979) *Ned. T. Geneesk.* **123**, 865-868.
- Kruijthof, W., G. Godaert en P. Schreurs. Psychosomatiek; visies, modellen, theorieën. (1978) *Metamedica* **57**, 237-253.
- Kuiper, P. C. Verborgen betekenissen, hermeneutiek, psychoanalyse, fenomenologie. *Van Loghum Slaterus, Deventer*, 1980.
- Lum, L. C. The syndrome of habitual chronic hyperventilation. In: O. W. Hill (ed.) *Modern trends in psychosomatic medicine. Butterworth, London*, 1976.
- Orlemans, J. W. G. en R. J. A. ten Doeschate. Hartziekte-fobie: een gedrags-therapeutisch werkmodel voor behandeling. (1976) *huisarts en wetenschap* **19**, 323-332.
- Orlemans, J. W. G. Patiënten-brochure: Angst voor ernstige ziekten. (1976) *huisarts en wetenschap* **19**, 332-336.
- Pines, D. Skin communication: early skin disorders and their effect on transference and countertransference. (1980) *Int. J. Psycho-Anal.* **61**, 315-323.
- Postma, T. N. M. Afhankelijkheid, een kernprobleem voor de huisarts. (1979) *huisarts en wetenschap* **22**, 283-287.
- Rooymans, H. G. M. Chronisch klaaggedrag en depressie (1975) *T. soc. Geneesk.* **53**, 607-615.
- Stolorow, R. D. Defensive and arrested developmental aspects of death anxiety, hypochondriasis and depersonalization (1979) *Int. J. Psycho-Anal.* **60**, 201-213.
- Style, A. Intuition and problem solving. (1979) *J. roy. Coll. gen. Practit.* **29**, 71-74.
- Velden, H. G. M. van der. Huisvrouw-huisarts-huisgezin. *Dekker en Van de Vegt, Nijmegen*, 1971.
- Watts, C. A. H. Patients with thick files. In: J. Fry, P. S. Byrnes and S. Johnson (eds). *A textbook of medical practice. MTP Press, Lancaster*, 1976.
- Wulff, H. R. Rational diagnosis and treatment. *Blackwell, London*, 1976.