

Functionele klachten: de nieuwe kleren van de keizer?

P. F. M. VERHAAK

De aandacht voor functionele klachten en de oplossingen die daarvoor in het verleden werden geboden, zijn onderhevig geweest aan trendmatige wisselingen: ook het begrip op zichzelf is onderhevig aan veranderingen. Deze veranderingen in begripsvorming, in verklaringsmodel en in de reactiewijze van huisartsen op functionele klachten is het onderwerp van een beschouwing aan de hand van 30 jaargangen *Huisarts en Wetenschap*. We zullen zien dat de context waarbinnen deze problematiek werd geplaatst, zich gaandeweg heeft gewijzigd. Hiermee verschoof de aandacht soms ook naar andere behandelingsvormen, terwijl een verandering in optiek ook consequenties kon hebben voor de epidemiologie. De vraag is welke gedachten duurzaam zijn gebleken, en welke bij nadere beschouwing 'niets om het lijf hadden'.

Inleiding

'Bij een eenvoudige registratie in een aantal huisartsenpraktijken, bleek dat 20% der patiënten klachten had, waarvoor geen organische oorzaak kan worden aangegeven', aldus *Hogerzeil*, de eerste NHG-voorzitter, in zijn rede op het derde NHG-congres in 1958.¹ Het probleem dat *Hogerzeil* aansneet, betrof de patiënt die fysieke klachten presenteert die niet door een lichamelijke ziekte verklaarbaar zijn. We gebruiken hiervoor in dit artikel de term 'functionele klachten', hoewel andere termen als 'hysterie', 'psychosomatiek', 'neurose', 'neurotische klachten' of 'psychosociale klachten' ook in zwang zijn.

In de tabel op pag. 20 staan negen publikaties vermeld waarin een schatting wordt gegeven van de frequentie waarmee functionele klachten worden gepresenteerd. Bezien we deze percentages, die tussen 1953 en 1986 zijn verzameld, dan kunnen we niet anders concluderen dan dat *Hogerzeil* een fijne neus voor toekomstige trends had, want zijn 20 procent benadert vrij goed het gemiddelde over deze 35 jaar.

Het percentage functionele klachten dat in de vermelde onderzoeken

wordt genoemd, loopt nogal uiteen. We moeten ons daarbij realiseren dat verschillende definities, verschillende meetinstrumenten en verschillende populaties tot onderling verschillende resultaten leiden.^{10 11} Het onderzoek van *Shepherd et al.* gaat uit van een positieve gevalsdefinitie, waar anderen juist tot een diagnose per exclusionem komen. Dit kan het extreem lage cijfer in dit onderzoek verklaren. *Lamberts'* classificatie lijkt te berusten op de benoeming die de klacht of ziekte heeft gekregen (met andere woorden: iedere maagzweer wordt automatisch psychosomatisch genoemd), aangezien hij zijn cijfers vergelijkt met andere morbiditeitsanalyses waarvan alleen de verdeling der klachten – en niet het al dan niet ontbreken van een lichamenlijk substraat – bekend is.

Anderzijds zijn er ook grote verschillen in de mate waarin artsen – ook binnen één onderzoek – aandacht schenken aan het psychosociale aspect.^{2-4 8} *Lamberts en Hartman* geven incidenties van puur psychische problemen in de huisartspraktijk en komen ook tot een grote variatiebreedte: 292 tot 668 (aantal nieuwe gevallen/1000 patiënten in twee jaar, 45-64 jarigen).¹²

De gevoeligheid voor niet-somatische aspecten neemt toe wanneer artsen zich meer richten op de persoon van de patiënt dan op de klacht sec, wanneer men op voet van gelijkwaardigheid met de patiënt wil omgaan, en dit ook uit de wijze van praten met de patiënt laat blijken, wanneer men in het gesprek vaker buiten het strikt medisch-technische terrein treedt en wanneer men de tijd voor de patiënt neemt.^{8 13}

De hier gepresenteerde resultaten laten de volgende conclusies toe:

- lichamelijke klachten zonder een (lichamelijke) ziekte worden – in ieder geval na de tweede wereldoorlog – in alle relevante onderzoeken in aanzienlijke mate geconstateerd;
- het verschijnsel is niet te duiden als een modieuze waanwijsheid, die tijdelijk opgeld doet, omdat niemand durft te roepen dat het nu maar eens uit moet zijn met deze flauwekul.

De analogie tussen functionele klachten en het sprookje van Andersen gaat in deze zin niet op. Dat neemt niet weg dat de aandacht ervoor en de oplossingen die geboden worden, aan trendmatige wisselingen onderhevig zijn. In die zin heeft het onderwerp een meer kwikzilverachtig karakter: het begrip op zichzelf is onderhevig aan verandering.

Deze veranderingen in begripsvorming, in verklaringsmodel en in de reactiewijze van huisartsen op functionele klachten, is het onderwerp van deze beschouwing aan de hand van 30 jaargangen *Huisarts en Wetenschap*. We zullen zien dat de context waarbinnen deze problematiek werd geplaatst, zich gaandeweg heeft gewijzigd. Hiermee verschoof de aandacht soms ook naar andere behandelingsvormen, terwijl een verandering in optiek ook consequenties voor de epidemiologie kon hebben. In een slotbeschouwing terugblikkend zullen we, het motto van dit supplement indachtig, nagaan welke gedachten duurzaam zijn gebleken, en welke inderdaad bij nadere beschouwing 'niets om het lijf hadden'.

Geraadpleegde literatuur

De hier gehanteerde methodiek is niet de meest gebruikelijke bij een literatuuronderzoek. De 30 doorvorste jaargangen *Huisarts en Wetenschap* kunnen niet worden opgevat als de meest gezaghebbende doorsnee door de literatuur op het gebied van functionele klachten, al was het alleen maar vanwege het beperkte blikveld. We beschouwen deze 30 jaargangen echter niet primair als referentiebron, maar veeleer als een *document humain*, dat getuigt van hetgeen er in de Nederlandse huisartsenwereld leefde in deze periode. Deze getuigenis is enerzijds inhoudelijk van aard: circa 275 artikelen, beschouwingen en onderzoeken werden gewijd aan de psychische kant van het huisartsenvak. Ook beschouwingen van meer algemene aard (Kortjakje, Quo Vadis?) bieden vaak inzicht in de ontwikkelingen in het huisartsgeneeskundig denken in dit opzicht. Daarnaast is er de meer formele kant: de relatieve aandacht die dergelijke onderwerpen in verschillende perioden genieten en de professies die bijdragen aan deze gedachtenontwikkeling kunnen ons heel wat leren.

Per jaar is nagegaan welke proportie van de in dat jaar verschenen artikelen (exclusief referaten, boekbesprekingen, mededelingen uit NHG en – later – NHI) betrekking had op 'het psychi-

sche in de patiënt'. Dit laatste is vrij ruim opgevat: milieu- en gezinsfactoren die tot ziekte leiden, beschouwingen over het medisch model, de arts-patiënt relatie, ze zijn alle meegeteld. Niet geteld zijn bijvoorbeeld artikelen over de spreiding en bemanning van MOB's, beroepssociologie, of seksuologie waar dit op een anatomisch-fysiologische leest was geschoeid.

Een gang door de tijd

Figuur 1 is een afspiegeling van deze formele benadering. In de eerste jaren van *Huisarts en Wetenschap* wordt relatief veel plaats ingeruimd voor 'het psychische'. Dat wordt eind jaren zestig minder om in de zeventiger jaren een opleving door te maken. Thans is er sprake van een relatief gering aandeel.

De figuur zou gezien kunnen worden als een afspiegeling van de aandacht voor het psychische door de jaren heen. Van alle artikelen in de jaren 1957-1966 heeft ruim 17 procent daar betrekking op. Dit is niet vreemd: naast het zich profileren ten opzichte van de specialist, het tot wetenschap verheffen van de huisartsgeneeskunde, was de aandacht voor tot dan toe onbelichte psychische aspecten van het klachtenaanbod één van de belangrijkste redenen van de oprichting van NHG en *Huisarts en Wetenschap*. De bijdragen aan de Boerhaave-cursus 'Medische psychologie' en de Nijmeegse cursus 'Maatschappelijke facetten van gezondheid en ziekte' worden in de eerste jaren integraal afgedrukt en pas in vierde instantie – want er is eerst nog een artikelenreeks gewijd aan de Boerhaave-cursus 'Conflicten in en van het huwelijksleven' – treffen we in 1963 de Utrechtse artsen cursus met betrekking tot somatiek aan.

Wie schreven deze artikelen en welke gedachten werden erin verwoord?

Tot 1966

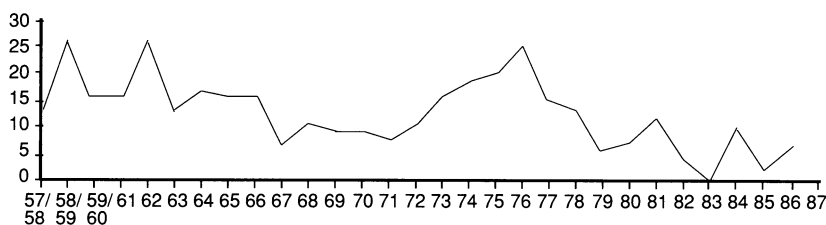
In de periode tot 1966 is het aandeel van de medische specialist, met name de psychiater, groot. Deze vervat zijn boodschap nogal eens in puur theoretische termen die meer beschrijvende dan voorspellende waarde lijken te hebben. *Van Wirdum* ziet het astmalijden van de patiënt in 1958 veroorzaakt door diens 'somasochistische karakterstructuur, waarbij de astmaprik tot een orgastisch beleven leidt'.¹⁴ *Stokvis* wil de huisarts in een reeks van artikelen inwijden in de suggestieve en autosuggestieve behandelingsmethoden en de individual-psy-

chologische psychotherapie volgens Adler.¹⁵⁻¹⁸ Ook de huisarts *Koopmans* pleit in 1961 voor het gebruik van overdracht; hij laat patiënten dromen vertellen en kinderen tekeningen maken om er achter te komen 'wat de patiënt echt probeert te zeggen'.¹⁹ Zijn dit de 'pseudo-psychologische adviezen' voor de huisarts waar van *Lidth de Jeude* in 1958 al over klaagt?²⁰

Van psychiaters komen echter ook

geluiden die daarna niet meer versterven zijn. *Groen en Weijel* wijzen de huisarts op de psychosomatische geneeskunde.²¹⁻²⁵ Hun boodschap is dat huisartsen moeten luisteren naar wat de patiënt echt te vertellen heeft. *Groen's* pleidooi voor de biografische anamnese sluit hierbij aan. De aanbevolen behandeling van psychosomatiek lijkt het eerste decennium dan ook te zijn om de patiënt te laten praten. En, belang-

Figuur 1 De proportie artikelen die aan onderwerpen van psychische aard waren gewijd, per jaargang *Huisarts en Wetenschap*.



Tabel Overzicht van epidemiologisch onderzoek naar het voorkomen van lichamelijke klachten zonder somatische afwijking (tussen haakjes: eventuele spreiding).

Auteur(s)	Jaar	Populatie	Definitie	Percentage
Lewis*	1953	163 patiënten interne polikliniek, USA	Mixture of psychic and somatic processes	27
Weijel*	1958	315 ziekenhuisopnamen	'Somatisch met psychosociale problemen'	32
Mowbray ²	1961	15 huisartspraktijken gedurende 1 jaar	Lichamelijke ziekte met psychische factoren, psychosomatische ziekte	26 (5-42)
Crombie ³	1963	12 huisartsen beoordeelen 100 opeenvolgende patiënten	Percentage ziekte met emotionele component	34 (11-50)
Shepherd et al. ⁴	1964	15.000 patiënten, 46 huisartsen	Psychosomatic, psychosocial, organic with psychiatric overlay	5 (0.1-11)
Kuypers ⁵	1966	1 huisartspraktijk gedurende 1 jaar	Somatische klacht zonder lichamelijke substraat	15
Lamberts ⁶	1975	4 huisartspraktijken gedurende 1 jaar	Psychosomatisch Functioneel	4 30
Huygen e.a. ⁷	1984	4 huisartspraktijken, punt-prevalentie	Klachten waarover geen lichamelijke oorzaak wordt gevonden	10
Verhaak ⁸	1986	2001 gepresenteerde klachten in 30 huisartspraktijken	Somatisch met psychosociale aspecte, resp. met vermoeden van psychosociale oorzaken	27 (13-65)

*Bron Veldhuyzen van Zanten.⁹

rijkste ontwikkeling in het denken over psychosomatiek, de ideeën van *Balint* winnen in deze periode snel veld. *Balint* die als psychiater de huisarts vertelde dat hijzelf het belangrijkste medicijn was, en die weigerde te vertellen hoe de huisarts het dan wel aan moest pakken.^{26 27}

Op de paneldiscussie tijdens de genoemde Boerhaave-cursus 'Medische psychologie' was het belangrijkste onderwerp van discussie of de huisarts zich beter als psychotherapeut moest scholen, of beter inzicht in zijn persoonlijk functioneren zou moeten krijgen (à la *Balint*). Het eerste vooronderstelt een meer inhoudelijke kennis van de diepere zieleroeselen van een psychosomaticus (bijvoorbeeld inzicht in het conflict tussen diens infantele intenties en volwassen Ik²⁸ of het seksueel-erotisch conflict,²⁹) terwijl de *Balint*-aanhangers een intuïtieve en primitieve therapie door de huisarts zouden voorstaan.

De roep om inhoudelijke, psychiatrische verdieping vervliegt in de loop der jaren: nog maar zelden komt men in de laatste twintig jaar de dieptepsychologie of de psychoanalyse als verklaringsmodel tegen. Hier raakte *Huisarts en Wetenschap* blijkbaar op uitgekeken. Een reden hiervoor is wellicht gelegen in de klacht van *Kuypers* dat in de medisch-psychologische studiegroepen vooral 'de bijzondere, ernstige neurose ter bespreking moet komen en dat er diep gegraven wordt. ... Wil een nascholing vruchtbaar zijn dan moet ... in overweging worden genomen om te beginnen met de bespreking van de problematiek van de lichte psychosomatische reacties.'⁵

Balint's ideeën zullen echter een hardnekkiger bestaan blijken te leiden. De nadruk op de arts-patiënt relatie die deze met zich meebrengen (blijkend uit de talloze verslagen van *Balint*-groepen en studiegroepen Medische psychologie) gaat samen met een zekere desinteresse in de 'natuur' of het 'wezen' van de functionele klacht. Het bestaan van klachten die niet lichamelijk verklaarbaar zijn, is een gegeven dat als zodanig weinig geproblematiseerd wordt. Zo citeert van *Lidth de Jeude* Meininger: 'het komt voor een vervollediging van ons diagnose-systeem niet aan op vermeerdering van kennis maar op een verandering in de wijze van weten.'³⁰

Een zelfde gedachte lijkt ten grondslag te liggen aan de woorden van *Blijham*: 'men dient het woord psychosomatisch ... niet begrensd tot bepaalde groepen patiënten of bepaalde specificiteitshypothesen (op te vatten). Het gaat

hierbij om een analyse van de ontmoetingsrelatie huisarts-patiënt... Psychosomatische behandeling is toch groten-deels veel praten en veel luisteren'.³¹

Een belangrijk nieuw geluid is het eerste artikel dat de toenmalige huisarts *Van Es* in 1961. Met de titel 'Enkele gedachten over medische sociologie' worden voor *Huisarts en Wetenschap* nieuwe aandachtsvelden blootgelegd: 'hoe beïnvloedt het milieu de gezondheid', en 'wie komt er uiteindelijk bij de dokter terecht'.³² De eerste gedachte vormt een springplank voor de maatschappelijk werker om bij de gezondheidszorg betrokken te worden (hetgeen een decennium later via de allengs sterker wordende behoefte aan een multidisciplinaire benadering in de gezondheidscentrum-hausse uitmondte); de tweede effent het pad voor het idee dat doktersbezoek als signaal moet worden opgevat.

Tweede decennium

De impact van deze twee ideeën is in het tweede decennium zichtbaar: de bijdragen vanuit de gedragswetenschappelijke hoek komen op en verdringen vanaf 1970 de inmiddels teruggevallen bijdragen van de specialist of de psychiater.

In de eerste bijdrage van een (Engelse!) maatschappelijk werker³³ wordt gesteld dat maatschappelijk werker en huisarts een complementaire rol kunnen vervullen: de maatschappelijk werker laat de patiënt zijn probleem zowel feitelijk als emotioneel onder ogen zien. 42 procent van de gesprekken met de maatschappelijk werker heeft betrekking op gedragsproblemen, echtelijke relaties, angst voor ziekte e.d. Deze taakinvulling staat in contrast met de taak die het Algemeen Maatschappelijk Werk eerder in *Huisarts en Wetenschap* kreeg toegeschreven: als instantie voor huisvestingsproblemen, het zoeken van een plaats in bejaardenoord e.d.

In de diverse verslagen van samenwerking huisarts-maatschappelijk werker die later volgen,³⁴⁻⁴³ zien we hoe 'functionele klachten' of 'psychosomatiek' (in de eerste jaren duidelijk beperkt tot omschreven kwalen als astma of maagzweer) langzaam maar zeker opgaan in een veel grotere groep van klachten waarop de omgeving op een of andere manier invloed heeft. Bij het mechanisme dat hierachter zit wordt niet stilgestaan.

Het kon natuurlijk niet uitblijven of de maatschappelijk werker wordt gevolgd door anderen die de huisarts kunnen

bijstaan. In 1968 lezen we voor het eerst over mental-health consultation, dat met zijn afkeer van specialistische instructie en meester-leerling verhoudingen lijkt aan te sluiten bij de generalistische benadering van *Balint*.⁴⁴ In 1972* verschijnt de psycholoog in de kolommen van *Huisarts en Wetenschap*, net als de maatschappelijk werker tien jaar daarvoor in eerste instantie met een zeer specifieke functie: trainer, adviseur, diagnosticus.⁴⁶ Al zeer snel zijn de psychotherapie en de gezinstherapie⁴⁸ erbij gekomen.⁴⁷

De generalisatie van psychosomatiek als specifieke klacht naar een vaag algemeen begrip 'klacht met psychische achtergrond' wordt in de hand gewerkt door de aandacht die het klagen als gedragsvorm krijgt. *Huygen* signaleert in 1964 reeds dat spanningen in het gezin aanleiding geven tot een algehele toename van het klachtenaanbod, niet alleen van de typische psychosomatische klachten.⁴⁹

Aakster komt in zijn poging tot psychosociale diagnostiek tot een uitwerking van het begrip 'psychosociale stress'. Stress leidt tot ziekte (psychosomatiek), verergering van ziekte en verhoogde medische consumptie. Het kan echter ook het gevolg van ziekte zijn. Stress-situaties worden geclassificeerd als botsingen tussen doelen en mogelijkheden van het systeem (de patiënt) en de eisen en mogelijkheden van diens omgeving. Maar *Lamberts*⁴¹ laat al een verdere verschuiving zien waarbij 'stress' of 'relatie' het probleem-op-zich zijn. Wat eerst als mogelijke ziekteoorzaak werd gezien is nu zelf de 'ziekte' geworden. Hier wordt in *Lambert's* ogen⁵¹ het medisch model door het sociaal model vervangen. Het is echter de vraag of dit sociaal model nu neerkomt op een probleemordening naar leefsituatie of aard van de problematiek, of dat dit vooral de attitude van de huisarts weergeeft.

De somatische klacht die een patiënt als entree gebruikt moet in zijn communicatieve betekenis worden gezien, zo betogen *Van Mierlo en Smits*.⁵² (Dit signaleerde overigens de psychiater(!) *Van Wirdum* in 1960 ook al).⁵³ Op deze gedachtengang wordt voortgeborduurd. Bij een patiënte die met lage rugpijnklachten komt, wordt in één der Nijmeegse geneeskundige colloquia geopperd: 'het ligt voor de hand dat deze een uitdrukking vormen van hun huwe-

* Dit is niet geheel correct: in 1961 maakte *Cornelissen*⁴⁵ al eens gewag van een dergelijke samenwerking, doch dit bleef toen bij dit ene incident.

lijks- en seksuele problematiek. Nu is zij in het medisch-somatische kanaal terechtgekomen, als er al geen organische component in het begin was is deze nu wel iatrogeen aangebracht'.⁵⁴ Hiermee is eigenlijk de 2,5 jaar later voor het eerst gepubliceerde theorie van de somatische fixatie kort samengevat.⁵⁵⁻⁵⁶

Het model van somatische fixatie (figuur 2) houdt, kort weergegeven, in dat een patiënt psychische klachten 'vertaalt' in somatische klachten, en dat dit somatisch klagen 'beloond' wordt met aandacht (van de kant van artsen, specialisten en door diagnostiek), waarbij het niet vinden van een somatische verklaring voor de klachten het gevoel versterkt dat er dus wel iets echt ernstigs aan de hand moet zijn; dit bevestigt de patiënt weer in zijn somatisch klagen. Dit circulaire model kan gezien worden als een synthese van Groen's psychosomatiek, de medisch sociologische benadering waarin men zich afvraagt waarom iemand op een bepaald moment klaagt, de nieuw verworven inzichten op het gebied van de gedragstherapie waarover Orlemans recentelijk in *Huisarts en Wetenschap*⁵⁷ gepubliceerd had (versterking van gedragspatronen) en de hierboven beschreven inzichten uit de systeemtheorie en gezinsbenadering.

De opkomst van het sociale model aan het begin van de jaren 1970 en de toestroom van therapeuten van allerlei snit weerspiegelen in zekere zin de geest van die tijd. Ook viel de oprichting en groei van de universitaire huisartseninstituten, en de daarmee gepaard gaande toeloop van sociale wetenschappers in deze periode. Het mag dan ook geen verbazing wekken dat de hier weergegeven thematiek voor de tweede maal een relatief groot deel van *Huisarts en Wetenschap* in beslag nam, en in 1976 tot een tweede top in figuur 1 leidde, nu door de bijdragen van huisartsen en sociale wetenschappers.

De jaren tachtig

Kunnen we de eerste tien jaar *Huisarts en Wetenschap* kenschetsen als de periode waarin het niet somatisch verklaarbare klachtenaanbod ontdekt en geëxploreerd wordt, en de tweede tien jaar als een periode van conceptuele verschuiving en herdefiniëring, in de laatste tien jaar is er sprake van consolidatie. In kwantitatieve zin is er sprake van verminderde aandacht voor het psychische: telde het eerste decennium 17 procent op het psychische georiënteerde artikelen en het tweede 13 procent, in het laatste decennium is 8 procent

onder deze categorie te vatten. Opmerkelijk is bijvoorbeeld dat bij het zilveren jubileum van *Huisarts en Wetenschap* in 1982 een terugblikkende artikelenreeks achtereenvolgens ingaat op wapenfeiten op het gebied van de verloskunde, epidemiologie, seksuologie, het takenpakket, de opleiding, kinderen en medicijnen, maar dat het paradepaard van weleer, de medische psychologie, onbelicht blijft.

Inhoudelijk is er sprake van consolidatie. In de onderzoekingen rondom het somatische-fixatieproject en de aanbevelingen die dit oplevert, worden de lessen van Groen en Weijel (vermijd overbodig somatisch handelen, luister naar de patiënt, zoek naar de boodschap achter de klacht) eerder empirisch onderbouwd dan vervangen of vernieuwd.

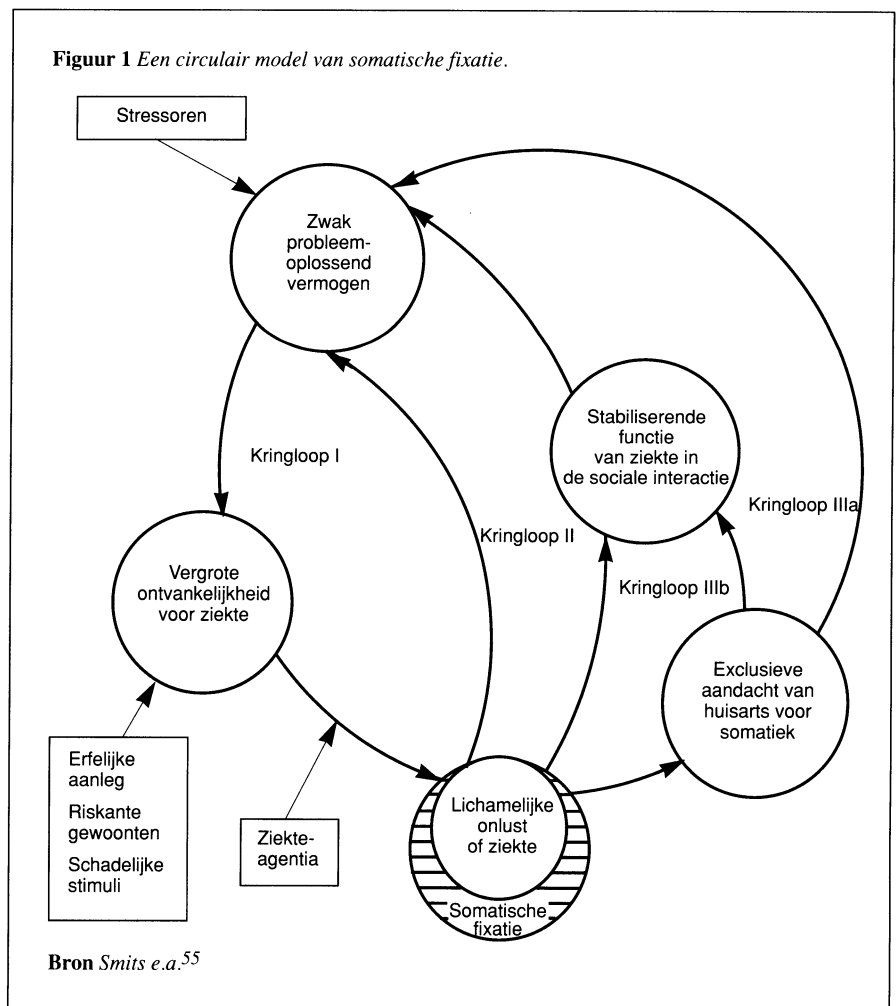
De geest die met de notie van het psychische achter veel somatische problematiek werd losgelaten, leidde voorts in de tweede helft van de jaren '70 en de jaren '80 tot berichten over de heilzame werking van acupunctuur, hypnose, gedragstherapie, humanistische geneeskunde, Gestalttherapie, pa-

radoxale opdrachten en ontspanningsoefeningen. Veelal zijn deze artikelen van de hand van huisartsen die dergelijke technieken met succes zeggen toe te passen. De eenmaligheid van de publicaties over de diverse technieken doet vermoeden dat beperkt zijn gebleven tot een korte periode en een gering aantal artsen.

De algemene handelwijze bij functionele klachten of psychosomatiek heette dertig jaar geleden biografische anamnese, naast de lichamelijke anamnese^{21 58} en is sinds de opkomst van 'methodisch werken'⁵⁹ tweesporenbeleid gaan heten: houd zowel de mogelijke somatische als de mogelijke psychogene oorzaak in de gaten. Sinds de opkomst van het begrip 'somatische fixatie' zijn de waarschuwingen tegen psychische fixatie door de huisarts⁶⁰ - 'te vaak door eigen problemen', aldus Rümke, reeds in 1965 - ook regelmatig te horen.^{61 62}

Inhoudelijk valt het op dat van de toegenomen aandacht van de kant van de psychologie voor de theoretische, meer inhoudelijke aspecten van de psy-

Figuur 1 Een circulair model van somatische fixatie.



chosomatiek⁶³⁻⁶⁵ niet zoveel tot de kolommen van *Huisarts en Wetenschap* is doorgedrongen: de persoonlijkheid van de chronische klager is onderzocht door *Van der Ploeg*⁶⁶ en *Meyer*⁶⁷ en vastgesteld is dat deze neurotischer is volgens persoonlijkheidsschalen dan de doorsnee patiënt. *Oosterhuis* suggereerde in 1982 een verband tussen nekpijn en agressiegevoelens, respectievelijk rugpijn en machteloosheidsgevoelens, hetgeen in een klein onderzoekje door *Verkes en Megchelen* (1985) gerepliceerd werd.^{68 69}

Beschouwing

Vóórkomen

Het fenomeen 'functionele klachten' en de frequentie waarmee het voorkomt, is al decennia onderwerp van discussie. Het is niet nieuw dat de huisarts ook heeft voor het psychogene karakter van veel klachten of voor het effect van gezinsinvloeden. De legitimiteit om over bepaalde zaken te klagen, is wellicht toegenomen; de noodzaak van een somatisch alibi is kleiner geworden. Dit is het best geïllustreerd in de geleidelijke uitbreiding van het stressbegrip en de handelingsbereidheid van hulpverleners in dit opzicht: werd het milieu dertig jaar geleden voornamelijk als potentiële ziekmaker erkend als er lichamelijke klachten waren, thans zijn de werk-, relationele, en psychische omstandigheden waarin mensen verkeren op zichzelf erkend als werkterrein voor artsen, maatschappelijk werkers en psychotherapeuten.

Typerend voor deze gebiedsuitbreiding is het volgende citaat van *Wright*: 'The concept of psychosomatic illness as physical problems resulting from emotional stress is questioned as one that may have outlived its usefulness. A broader definition involving all behavioral concomitants of illness is suggested'.⁷⁰ Dat zou op zichzelf tot botsingen met bijvoorbeeld de psychiatrie kunnen leiden: *Giel* constateerde in 1972 dat veel problematiek niet psychiatrisch maar wel psychosomatisch was.⁷¹

Sinds deze publikatie is de psychiatrische epidemiologie ertoe overgegaan om te werken met gestandaardiseerde screeningsinstrumenten als de General Health Questionnaire of de Hopkins Symptom Checklist, eventueel aangevuld met gestandaardiseerde psychiatrische interviews. Hiermee worden schattingen van potentieel psychiatrische problematiek verkregen die variëren van 18 procent tot 25 procent in de bevolking. en van 16 procent tot 23

procent bij de huisarts;⁷² *Goldberg en Blackwell* komen op 33 procent 'hidden psychiatric illness', naast 20 procent 'conspicuous psychiatric illness'.⁷³ Met dergelijke screeningsinstrumenten is ook het klassieke psychiatrische ziektebegrip verlaten: een hoge score wijst op het voorkomen van een aantal symptomen, niet op een unieke combinatie die een welomschreven syndroom vormen, met een voorspelbaar beloop.

Zo'n geleidelijke uitbreiding van het domein van de mede-psychologisch bepaalde klacht leidt tot een ogenschijnlijke toename van de hoeveelheid psychische klachten: een verschijnsel waarover in 1971 al een uitvoerige polemiek tussen *de Groot en Trimbois* in *Medisch Contact* is gevoerd.^{10 74 75} *De Groot* argumenteerde toen dat door het meten met ongelijke maten gesuggereerd werd dat het Nederlandse volk 'geestelijk zou verzieken', en pleitte voor 'hard' sociaal psychiatrisch onderzoek. Zoals hierboven is aangegeven is hij hierin bediend, hoewel niet met het resultaat dat hij ervan verwachtte, aangezien deze cijfers vergelijkbaar zijn met de cijfers die hij bestreed.

Giel relateert dit alles in dezelfde tijd wat meer, en concludeert dat 'vooral wanneer begrippen als welzijn en gezondheid, pech en ziekte, gaan samenvallen ... (men er toe komt om) ... mensen die het in het leven niet goed gaat, neurotisch te noemen'.⁷¹

De afgelegde weg is niet onlogisch: eerst ontmoet men onverklaarbare lichamelijke problematiek, men postuleert verbanden met de psyche en de omgeving van de patiënt, en gaat zich daar vervolgens steeds meer op richten, in die zin dat de aandacht van de huisarts (en zijn opleiding) daarop gericht wordt, dat er specialisten op dat terrein komen, en dat zo, met dat nieuwe aanbod, ook een nieuwe vraag wordt gecreëerd. In die zin is er wellicht sprake van een toename van functionele klachten de afgelopen decennia.

Verklaringsmodel

Opvallend is dat men er niet in geslaagd is verklarende mechanismen voor organisch niet te verklaren klachten te vinden. De psychiatrische verklaringen uit de vijftiger jaren stuiten op onbegrip bij de huisarts: het lijkt erop dat psychiaters beter wisten uit te leggen hoe het zo gekomen was, dan hoe het nu verder moest. Door de oorzaak bij de maatschappij te gaan zoeken, is er een soort 'black box'-model geïntroduceerd, waarbij de aandacht uitging naar de maatschappelijke input en de output

(functionele klachten), maar de werking van de 'black box' zelf ondoorzichtig bleef. Teneinde deze 'black box' in te vullen richtten onderzoeksinspanningen zich onder meer op epidemiologisch onderzoek naar risico-indicatoren van psychische stoornissen, op de manier waarop mensen omgaan met de moeilijkheden die ze ondervinden, op de invloed van de kwaliteit van de hechtingsrelatie op het psychisch functioneren van kinderen en op het effect van stress.⁷⁶

De resultaten waartoe dit tot nu toe geleid heeft, zijn of zeer algemeen of niet echt eenduidig. Recente inzichten uit dergelijk onderzoek hebben in ieder geval nog nauwelijks hun intrede gevonden in het praktisch handelen van de huisarts.

De gedragspsychologie heeft in zekere zin in deze drie decades wel een bijdrage geleverd aan de verklaring van lichamelijke klachten zonder lichamelijke oorzaak: zoals gezegd, zijn de inzichten over bekrachtiging van bepaalde gedragsvormen door systematisch belonen en straffen bijvoorbeeld geïncorporeerd in de theorie van somatische fixatie. Ook de werkwijze die de laatste jaren door psychologen bij lichamelijke klachten wordt gepropageerd (*Behavioral Medicine*⁶³) gaat van soortgelijke principes uit (welke functie heeft bepaald gedrag; wat werkt belonend en wat straffend?).

Het gaat hier echter om een heel algemeen concept. Meer specifieke verklaringspogingen van psychologen zijde hebben meer vragen dan antwoorden opgeroepen. Weliswaar blijken chronische klagers neurotischer dan doorsnee patiënten, maar in dit opzicht blijken bij voorbeeld patiënten met objectief vaststelbare klachten niet te onderscheiden van patiënten zonder lichamelijke afwijkingen.⁶⁴ De oude aannamen van de psychosomatische school dat specifieke persoonlijkheidskenmerken tot specifieke ziekten zouden leiden, zijn niet bevestigd.⁶³

Behandeling

Wellicht is het voor de oprichters van het Nederlands Huisartsen Genootschap en de studiegroepen Medische Psychologie teleurstellend, dat hier sprake is van endemische klachten die zich niet met hetzelfde succes laten bestrijden als de infectieziekten een eeuw eerder. Om in analogie met de natuurwetenschappelijke geneeskunde te spreken: dit klagen blijkt soms chronisch te zijn, en soms op onverklaarbare wijze te verdwijnen, zonder dat men

precies weet wat de werkzame stof was. Zij die beweren over het algemeen geldende medicijn tegen deze klachten te beschikken, mogen met dezelfde argwaan benaderd worden als degenen die zeggen over het definitieve medicijn tegen andere chronische kwalen te beschikken. Anderzijds zijn er – in 1960 en ook thans – tal van verstandige benaderingen gepropageerd die een zeker soelaas bieden en soms tot echte 'genezing' leiden.

De persoon van de arts, de arts als medicijn, ongeacht de gebezigde technieken, lijkt de constante werkzame factor te vormen. De technieken die in dertig jaar de revue zijn gepasseerd, wisselden in verschijningsvorm; de thans gepropageerde Behavioral-Medicine-aanpak, de (voorlopig?) laatste in deze reeks, beschikt in de handen van deskundigen over een gezonde theoretische basis, maar zou als voornaamste werkzame stof ook weleens die factor 'aandacht' kunnen herbergen.

Hogerzeil riep in 1958 op 'de allerbesten van ons te vragen dit probleem aan te vatten' om te trachten 'ook bij deze 20% een exacte diagnose te maken, alvorens een therapie mag worden ingesteld'.¹ Dit lijkt te veel in het natuurwetenschappelijke model gedacht, waarin *cure* nog het primaat over *care* had. Thans is een geneeskunde die zich minstens zoveel aan deze *care* gelegen laat liggen, zeker niet minder respectabel dan een geneeskunde die alle kwalen verjaagt. Wel is haar succes minder spectaculair, en zijn haar grondregels zo langzamerhand eindeloos herhaald.

Laten we hopen dat daarop de geringere aandacht voor het psychische aspect in *Huisarts en Wetenschap* is terug te voeren, en niet op de gedachte dat de huisarts met psychosociale zorg te weinig 'scoort' om zich in dit opzicht nog te willen profileren.

Dankbetuiging

Met dank aan Aad Bartelds voor het meedenken over dit onderwerp, en aan Emmy Sluijs en Willem Zijlmans voor hun uitvoerig commentaar op eerdere versies.

¹ Hogerzeil HHW. Rede van de voorzitter, gehouden op het derde NGH-congres. *Huisarts Wet* 1958-9; 2: 61-65.

² Mowbray RM, Blair W, Jubb LG, Clarke A. The general practitioner's attitude to psychiatry. *Scott Med J* 1961; 6: 314-21.

³ Crombie DL. The procrustean bed of medical nomenclature. *Lancet* 1963; vi: 1205-6.

⁴ Shepherd M, Cooper B, Brown AC, Kal-

ton GW. Minor mental illness in London: some aspects of a general practice survey. *Br Med J* 1964; ii: 1359-63.

⁵ Kuypers CA. Psychosomatische stoornissen in een plattelandspraktijk. *Huisarts Wet* 1966; 9: 42-58.

⁶ Lamberts H. De morbiditeitsanalyse-1972 door de groepspraktijk Ommoord: een nieuwe ordening van ziekte- en probleemgedrag voor de huisartsgeneeskunde. *Huisarts Wet* 1966; 9: 42-58.

⁷ Huygen FJA, Van den Hoogen HJM, Van Loght ATH, Smits AJA. Nerveus-functionele klachten in de huisartspraktijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 1984; 128: 1321-7, 1372-6.

⁸ Verhaak PFM. Interpretatie en behandeling van psychische klachten in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1986.

⁹ Veldhuizen van Zanten RC. Naar een integrale geneeskunde. *Huisarts Wet* 1959; 2: 192-7.

¹⁰ De Groot MJW. De 'geestelijke' verzieking van het Nederlandse volk: slogan of realiteit. *Med Contact* 1971; 26: 815-22.

¹¹ Verhaak PFM. Psychische problemen in de huisartspraktijk. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 1981; 36: 31-46.

¹² Lamberts H, Hartman B. Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1982; 25: 376-88, 393.

¹³ Marks JN, Goldberg DP, Hillier VF. Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness. *Psychol Med* 1979; 9: 337-53.

¹⁴ Van Wirdum P. De anamnese bij het psychosomatisch onderzoek. *Huisarts Wet* 1958; 8: 171-6.

¹⁵ Stokvis B. Betekenis van de suggestie in de psychotherapeutische methoden. *Huisarts Wet* 1958-9; 2: 105-8.

¹⁶ Stokvis B. Autosuggestieve behandelingsmethoden in de psychotherapie. *Huisarts Wet* 1958-9; 2: 135-7.

¹⁷ Stokvis B. Suggestieve behandelingsmethoden. *Huisarts Wet* 1958-9; 2: 167-70.

¹⁸ Stokvis B. Individueel psychologische psychotherapie volgens Adler. *Huisarts Wet* 1959-60; 3: 64-6.

¹⁹ Koopmans J. Psychologische methoden, aangepast aan de huispraktijk. *Huisarts Wet* 1961; 4: 248-51.

²⁰ Van Lidth de Jeude AH. 'The doctor, the patient and the illness'. *Huisarts Wet* 1958; 8: 155-7.

²¹ Groen J. Gedachten naar aanleiding van en ontleend aan de Boerhaave-cursus medische psychologie, 1960. *Huisarts Wet* 1960; 3: 348-51.

²² Groen J. Grondslagen der psychotherapie voor huisartsen en niet-psychiatrisch geschoolde specialisten. *Huisarts Wet* 1965; 8: 435-41.

²³ Weijel JA. Analyse van een psychotherapeutische paradox. *Huisarts Wet* 1960; 3: 228-31.

²⁵ Weijel JA. De gedragsleer van de deelnemers in de medische situatie. *Huisarts Wet* 1965; 8: 313-8.

²⁶ Paneldiscussie over medische psychologie. *Huisarts Wet* 1961; 4: 48-54.

²⁷ Balint M. Experiences of a psychiatrist

with post-graduate training of general practitioners in groups. *Huisarts Wet* 1961; 4: 142-8.

²⁸ Stokvis B. Mogelijkheden en grenzen van de toepassing van psychotherapie bij psychosomatische patiënten door de huisarts. *Huisarts Wet* 1959-60; 3: 449-53.

²⁹ Carp EADE. Opsporing van conflictsituaties achter klachten van lichamelijke aard en de invloed van conflictsituaties op het genezingsproces. *Huisarts Wet* 1959-60; 3: 415-21.

³⁰ Van Lidth de Jeude AH. De gestoorde functie die tot het ontstaan van de medische situatie voert. *Huisarts Wet* 1965; 8: 407-14.

³¹ Blijham R. Berichten uit de psychosomatische studiegroep Zwolle. *Huisarts Wet* 1968; 11: 186-90.

³² Van Es JC. Enkele gedachten over medische sociologie. *Huisarts Wet* 1961; 4: 33-6.

³³ Paterson JE. Social problems in general practice. *Huisarts Wet* 1962; 5: 6-10.

³⁴ Van Es JC. Enkele voorlopige mededelingen over het Apeldoornse experiment huisarts-maatschappelijk werker. *Huisarts Wet* 1965; 8: 294-9.

³⁵ Beekman-Eggink J. Een forum van huisartsen en maatschappelijk werkers. *Huisarts Wet* 1965; 8: 203-7.

³⁶ Dokter HJ, Hoos JG. Enkele psychosomatische aspecten van het ziek zijn en de samenwerking tussen huisarts en maatschappelijk werker. *Huisarts Wet* 1969; 12: 169-73.

³⁷ Dokter HJ, Hoos JG. Samenwerking tussen huisarts en maatschappelijk werk; een casus-bespreking. *Huisarts Wet* 1971; 14: 110-3.

³⁸ Brühl KG, Kerkhof JC van. Casus samenwerking huisarts-maatschappelijk werker. *Huisarts Wet* 1969; 12: 173-7.

³⁹ Langenkamp NA, Fuldauer A. Samenwerking tussen huisarts en maatschappelijk werker aan de hand van een cursus uit de praktijk. *Huisarts Wet* 1970; 13: 20-3.

⁴⁰ Lamberts H, Op 't Root JMH. Het maatschappelijk werk in de groepspraktijk Ommoord. *Huisarts Wet* 1970; 13: 450-61.

⁴¹ Lamberts H. De groepspraktijk en de geestelijke gezondheidszorg in Ommoord. *Huisarts Wet* 1970; 13: 363-9.

⁴² Suilen-Kuyper MLE, Van de Hout WP. Het maatschappelijk werk in een interdisciplinair team. *Huisarts Wet* 1971; 14: 385-92.

⁴³ Crebolder HFJM. Onderzoekingen rond een gezondheidscentrum [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1977.

⁴⁴ Van Meurs AFW. Consultatie-ervaringen met huisartsen; een bijdrage tot de geestelijke gezondheidszorg voor het kind. *Huisarts Wet* 1968; 11: 348-52.

⁴⁵ Cornelissen RL. Ervaringen en mogelijkheden van de samenwerking tussen huisarts en psycholoog. *Huisarts Wet* 1961; 4: 136-40.

⁴⁶ Van der Zijl BM. Wat kunnen huisarts en psycholoog bij hun dagelijkse praktijkvoering van elkaar verwachten? *Huisarts Wet*

- 1972; 15: 425-7.
- ⁴⁷ Bergsma J. De psycholoog en zijn werktein. *Huisarts Wet* 1973; 16: 93-6.
- ⁴⁸ Smits A. Nerveus-functionele klachten vanuit gezinsgeneeskundig perspectief. *Huisarts Wet* 1973; 16: 310-3.
- ⁴⁹ Huygen FJA. Gezin en ziekte. *Huisarts Wet* 1964; 7: 429-35.
- ⁵⁰ Aakster CW. Een poging tot psychosociale diagnostiek. *Huisarts Wet* 1971; 14: 296-302.
- ⁵¹ Lamberts H. Het sociale model in de huisartsgeneeskunde: tegenover, naast, in, dankzij of ondanks het midische model. *Huisarts Wet* 1972; 15: 370-83.
- ⁵² Van Mierlo G, Smits A. Nerveus-functionele klachten – de huisarts en het gezinsgesprek. De klacht en de huisarts. *Huisarts Wet* 1974; 17: 52-5.
- ⁵³ Van Wirdum P. Over patiënten die klachten hebben zonder dat er lichamelijke afwijkingen te vinden zijn. *Huisarts Wet* 1960; 3: 356-61.
- ⁵⁴ Huygen FJA. Geneeskundige colloquia VIII. Een patiënte met lage rugpijn. *Huisarts Wet* 1976; 19: 105-8.
- ⁵⁵ Smits A, Van Eijk J, Grol R, e.a. Preventie van somatische fixatie. *Huisarts Wet* 1978; 21: 366-9.
- ⁵⁶ Grol R, Van Eijk J, Huygen F, e.a. Huisarts en somatische fixatie. Theorie en praktijk van de preventie van somatische fixatie. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1981.
- ⁵⁷ Orlemans JWG, Ten Doesschate RJA. Hartziektefobie; een gedragstherapeutisch werkmodel voor behandeling. *Huisarts Wet* 1976; 19: 323-32.
- ⁵⁸ Huygen FJA. NHG, Quo vadis. *Huisarts Wet* 1959; 3: 54-8.
- ⁵⁹ Holten-Vriesema IJ, Tompot C, Van Aalderen H e.a. Methodisch werken. *Huisarts Wet* 1978; 21: 322-35.
- ⁶⁰ Rümke HC. Over 'gespreksterapie'. *Huisarts Wet* 1965; 8: 127-31.
- ⁶¹ Post D. Psyche of soma: blijft het een dilemma. *Huisarts Wet* 1982; 25: 11-4.
- ⁶² Van de Werf GTh. Wat betekent voor de huisarts integrale zorg. *Huisarts Wet* 1982; 25: 46-8.
- ⁶³ Kaptein AA, Van der Ploeg HM, Garssen B, e.a. Behavioral medicine, psychologische behandeling van lichamelijke aandoeningen. Alphen a/d Rijn: Samsom Stafleu, 1986.
- ⁶⁴ Bleijenberg G. Functionele buikklasten [dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1987.
- ⁶⁵ Schreurs PJG. Persoonskenmerken en essentiële hypertensie [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1987.
- ⁶⁶ Van der Ploeg HM. Onderzoek naar het verband tussen de frequentie van huisartsbezoek en persoonlijkheidskenmerken (II). *Huisarts Wet* 1977; 20: 22-7.
- ⁶⁷ Meijer JS. Het irritable bowel syndroom: een bruikbaar begrip voor de huisarts. *Huisarts Wet* 1981; 24: 21.
- ⁶⁸ Oosterhuis WW. Nekpijn, rugpijn, buikpijn. Utrecht: Bunge, 1982.
- ⁶⁹ Verkes RJ, Van Megchelen PJ. Nek- en rugpijn bij gevoelens van agressie en onmacht. *Huisarts Wet* 1985; 10: 331-4.
- ⁷⁰ Wright L. Conceptualizing and defining psychosomatic disorders. *Am Psychol* 1977; 32: 625-8.
- ⁷¹ Giel R. Psychiatrie in de praktijk van de huisarts. *Huisarts Wet* 1972; 15: 203-9.
- ⁷² Ormel J, Giel R. Omvang, beloop en behandeling van psychische stoornissen in de praktijk van de huisarts. *Tijdschr Psychiatr* 1973; 25: 688-710.
- ⁷³ Goldberg DP, Blackwell B. Psychiatric illness in general practice. *Br Med J* 1970; 439-43.
- ⁷⁴ De Groot MJW. De 'geestelijke' verzieking van het Nederlandse volk; antwoord van dr. Meindert J.W. de Groot aan Prof. dr. C.J.B.J. Trimbos en aan collega J.J. van Meurs. *Med Contact* 1971; 26: 981-2.
- ⁷⁵ Trimbos CBJ. Dr. Meindert J.W. de Groot en de 'geestelijke verzieking' van het Nederlandse volk. *Med Contact* 1971; 34: 887-9.
- ⁷⁶ De Ridder D. Determinanten van psychische gezondheid. Utrecht: Nederlands centrum voor Geestelijke volksgezondheid, 1988.

Vervolg van pag. 11

ly systems in family medicine. New York: Brunner Mael, 1985.

- ³³ Crouch M, Roberts L, eds. The family in medical practice: a family systems primer.

New York: Springer, 1987.

- ³⁴ Christie-Seely J, ed. Working with families in primary care. New York: Brunner Mael, 1984.

- ³⁵ Buntinx F, red. Huisarts en gezinsproblemen. Leuven, Amersfoort: Acco 1987.

- ³⁶ Smits A, Huygen F. Huisarts en gezin. Utrecht: Bunge 1986.

Vervolg van pag. 13

Utrecht: NIVEL, 1986.

- ⁶ Crebolder HFJM. Onderzoekingen rond een gezondheidscentrum. [Dissertatie]. Katholieke Universiteit Nijmegen, 1977.
- ⁷ De Melker RA. De begeleiding van ziekenhuispatiënten door een huisarts. *Huisarts Wet* 1973; 16: 457-64.
- ⁸ Bouma J, Tijmstra Tj. Verwachting en waardering van een groepspraktijk. Verslag van een longitudinaal onderzoek onder patiënten van de groepspraktijk 'Turfmarkt' te Zwolle. *Huisarts Wet* 1977; 20: 131-5.
- ⁹ Heydendaal PHJM, Huygen FJA, Persoon JMG. Onderzoekingen rond een

pseudo-groepspraktijk. 4. *Huisarts Wet* 1974; 17: 99-105.

- ¹⁰ Zuidervaart J, Lamberts H. De nazorg van ziekenhuispatiënten. *Huisarts Wet* 1976; 19: 424-5.
- ¹¹ Stam J. Thuiszorg voor stervende kankerpatiënten. *Huisarts Wet* 1980; 23: 435-8.
- ¹² Crebolder HFJM. Over sterven en stervensbegeleiding. Een kwantitatieve analyse van honderd sterfgevallen. *Huisarts Wet* 1980; 23: 439-45.
- ¹³ Klein Poelhuis EH. Eindrapport van het evaluatieonderzoek van de stichting Terminale Thuiszorg Amsterdam. 1986.
- ¹⁴ De Maeseneer J. Thuiszorg in het

kader van het wijkgezondheidscentrum Botermarkt met bijzondere aandacht voor de economische aspecten. *Gezondheid en Economie* 1983 Antwerpen.

- ¹⁵ Carlier R, Dendas R. Thuisgezondheidszorg. Klinische les. *Huisarts Nu* 1987; 16: 2: 56-7.
- ¹⁶ Huygen FJA, Schreurs BGW. Huisarts en wijkverpleegster; proefneming met een eenvoudig gezamenlijk te verrichten bejaardenonderzoek. *Huisarts Wet* 1972; 15: 41-7.
- ¹⁷ Schadé E. Thuiszorg: kruispunt of spanningsveld in de gezondheidszorg. *Huisarts Wet* 1988; 31: 51-5.