

# Chronische nerveus-functionele klachten: een aparte 'diagnose' in de huisartsenpraktijk?

EM van Weel-Baumgarten, HJ van den Hoogen, WJ van den Bosch

## Inleiding

In de huisartsenpraktijk melden patiënten zich veelvuldig met ongedifferentieerde klachten. Ook wanneer de huisarts dan geen psychische stoornis diagnosticeert, denkt hij bij een deel van

## Samenvatting

Van Weel-Baumgarten EM, Van den Hoogen HJ, Van den Bosch WJ. Chronische nerveus-functionele klachten: een aparte 'diagnose' in de huisartsenpraktijk? *Huisarts Wet* 2003;46(11):603-7.

**Doel** Aan de hand van een onderzoek naar kenmerken van patiënten met chronische nerveus-functionele klachten (CNFK) te komen tot een onderbouwing van de waarde van een aparte diagnose voor dit soort klachten.

**Methoden** In een vragenlijstonderzoek werden psychische klachten, algemene gezondheidstoestand, sociale steun en copinggedrag van patiënten met CNFK onderzocht. Uitkomsten werden vergeleken met die van patiënten met een depressie in hun voorgeschiedenis en met een controlegroep van huisartspatiënten zonder psychische klachten. Alle patiënten behoorden tot de vier praktijken van de Continue Morbiditeits Registratie (CMR) van het UMC St. Radboud te Nijmegen.

**Resultaten** Patiënten met CNFK en patiënten met een depressie in hun voorgeschiedenis vertoonden sterke overeenkomsten op alle onderzochte gebieden en behalve in copinggedrag verschilden beide groepen duidelijk van de controlegroep.

**Conclusies** Patiënten met CNFK en met een depressie in hun voorgeschiedenis lijken te behoren tot eenzelfde groep kwetsbare patiënten. Door CNFK te beschouwen als een diagnose is het mogelijk het beloop van deze klachten te volgen en het effect van eventuele behandelingen te onderzoeken. Met een behandeling die zowel bij diverse psychische stoornissen als bij functionele syndromen effectief is, zijn patiënten uit deze categorie als totaal wellicht beter af. Bovendien staat het belang van het stellen van een meer specifieke diagnose minder op de voorgrond.

Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Afdeling Huisartsgeneeskunde, 229 HSV, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: dr. E.M. van Weel-Baumgarten en prof.dr. W.J. van den Bosch, huisartsen; H.J. van den Hoogen, statisticus.

Correspondentie: e.vanweel-baumgarten@hag.umcn.nl

Mogelijke belangenverstremming: niets aangegeven.

deze patiënten wel aan een samenhang met psychosociale factoren, ook als dit door de patiënt niet wordt herkend of bevestigd. Het is niet eenvoudig een goed beeld te krijgen wat nu kenmerkend is voor deze patiënten. Door de vaagheid van de klachten en het in de loop van de tijd nogal eens wisselende beeld is de patiëntengroep als geheel moeilijk in beeld te krijgen. Omdat bij patiënten met ongedifferentieerde klachten onderdiagnostiek van depressie (en andere psychische stoornissen) een omvangrijk probleem blijkt,<sup>1,2</sup> zou het interessant zijn zicht te krijgen op overeenkomsten en verschillen met patiënten bij wie een diagnose van depressie wél wordt gesteld. Dit zou wellicht aanknopingspunten kunnen opleveren die herkenning van depressie vergemakkelijken, maar wellicht ook een ingang kunnen vormen voor een consistentere en effectievere beleid, ook wanneer er geen diagnose van een psychische stoornis te stellen is.

In de Continue Morbiditeits Registratie (CMR), een registratiesysteem waarin diagnoses van ziekte gecodeerd worden vastgelegd, geeft de huisarts voor dit type klachten de code nerveus-functionele klachten (NF).<sup>3-5</sup> Dit doet hij alleen als er na zorgvuldige anamnese en onderzoek geen organische basis te vinden is, maar wel sterke aanwijzingen bestaan voor een psychosociale achtergrond voor de klachten. Bij een deel van deze patiënten blijken de klachten lang aan te houden en soms ook frequent te wisselen van aard. Ook dan komt het vaak niet tot een echte ziektediagnose, ook niet in de loop van de tijd. Als in de CMR de code NF herhaaldelijk is gebruikt en er gedurende een periode van ongeveer twee jaar nog altijd geen specifieke diagnose kan worden gesteld, wordt aan de code NF 'chronisch' toegevoegd en krijgt de patiënt de 'diagnose' chronische nerveus-functionele klachten (CNFK). Het is dan een kenmerk van de patiënt geworden. Bij deze patiënten is het beleid gericht op terughoudendheid met onderzoek en verwijzing, om somatische fixatie te voorkomen.<sup>6</sup> De CMR-artsen gaven in 1998, het jaar waarin het nu gerapporteerde onderzoek werd voorbereid, aan 70 per 1000 patiënten de diagnose CNFK.

Deze manier van coderen maakt het mogelijk de categorie patiënten met dit soort klachten als geheel vast te stellen. Daarmee kan het beloop van de klachten longitudinaal worden gevolgd en het effect van eventuele behandelingen worden onderzocht. Gebruikmakend van de gegevens uit de CMR stelden wij ons in dit onderzoek de vraag of patiënten met CNFK zich onderscheiden van patiënten met een depressie (in hun voorgeschiedenis) of dat zij

wellicht behoren tot eenzelfde groep kwetsbare patiënten met een aantal dezelfde kenmerken. Verschillen patiënten uit deze twee categorieën van elkaar in aard en hoeveelheid psychische klachten, kwaliteit van leven, copinggedrag en sociale steun of vertonen zij juist op deze aspecten overeenkomsten?

## Methoden

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden, onderzochten wij in een vragenlijstonderzoek psychische klachten naar aard en hoeveelheid, functionele status, copinggedrag en sociale steun. Dit vragenlijstonderzoek vond plaats in 1999.

## Patiënten

We onderzochten patiënten uit drie categorieën: patiënten met CNFK, patiënten met een depressie in hun voorgeschiedenis en een controlegroep van personen die bij de huisarts niet met psychische klachten bekend waren. Alle patiënten uit dit onderzoek waren ingeschreven bij de vier CMR-praktijken van het UMC St. Radboud.

**Depressiegroep.** Omdat dit onderzoek deel uitmaakte van een groter onderzoek naar het beloop van depressie namen wij 126 patiënten met een depressie in hun voorgeschiedenis uit het historisch cohort van dit grotere onderzoek als indexpatiënten.<sup>7</sup> De diagnose depressie (zowel eerste als vervolgepisodes) was door grondig getrainde CMR-artsen gesteld aan de hand van de criteria van de ICHPPC-2 *defined* (vanaf 1984, aanvankelijk E-lijstcriteria).<sup>8,9</sup> De populatie die in dit specifieke deel van het onderzoek is onderzocht, bestond uit patiënten met en zonder een recidiverende vorm van depressie. Ten tijde van het vragenlijstonderzoek waren hierin patiënten vertegenwoordigd uit alle stadia van deze ziekte, die immers vaak gekenmerkt is door een fluctuerend beloop.

**CNFK-groep.** Eenzelfde aantal van 126 patiënten met CNFK werd uitgenodigd voor het vragenlijstonderzoek, gestratificeerd voor leeftijd, geslacht, sociale laag en praktijk. Voor de diagnose CNFK hielden wij de volgende criteria aan: na zorgvuldige anamnese en onderzoek geen organische basis, maar wel sterke aanwijzingen voor een psychosociale achtergrond van de klachten; in de afgelopen twee jaar minstens drie keer een afgesloten periode van nerveus-functionele klachten hebben doorgemaakt of één aaneengesloten periode en in elk geval in het onderzoeksjaar een actuele code.

**Patiënten zonder psychische klachten.** Voor deze groep namen wij 126 patiënten die gedurende hun inschrijving in de CMR-praktijk nooit een diagnose van een echte psychische stoornis hadden gekregen. Ook deze groep werd gestratificeerd voor leeftijd, geslacht, sociale laag en praktijk aan de patiënten met een depressie in hun voorgeschiedenis.

## Meetinstrumenten

Er werden 4 vragenlijsten gebruikt. De 90-item *Symptom Checklist* (SCL-90) diende voor het meten van psychische klachten. Daarbij wordt zowel de aard als de hoeveelheid onderzocht. Het is een multidimensionele klachtenlijst die door de patiënt zelf ingevuld

## Wat is bekend?

- ▶ Ongedifferentieerde en functionele klachten komen veel voor in de huisartsenpraktijk.
- ▶ Bij patiënten met dit soort klachten ziet de huisarts depressie nogal eens over het hoofd.
- ▶ In verband met de prognose wordt momenteel vooral het belang van het stellen van de diagnose depressie sterk benadrukt.

## Wat is nieuw?

- ▶ Patiënten met chronische nerveus-functionele klachten (CNFK) vertonen grote overeenkomsten met patiënten met een depressie in hun voorgeschiedenis en behoren wellicht tot eenzelfde categorie kwetsbare patiënten.
- ▶ Wanneer deze klachten als één diagnose worden beschouwd, kan het beloop van de klachten worden gevolgd en het effect van eventuele behandelingen onderzocht.
- ▶ Met het oog op de prognose is voor patiënten met CNFK een aanpak gericht op vermindering van kwetsbaarheid wellicht effectiever dan een benadering uitsluitend gericht op het voorkomen van onderdiagnostiek van psychische stoornissen.

dient te worden.<sup>10</sup> De SCL-90 wordt internationaal veel gebruikt voor screening, maar dient ook om effecten van behandeling te evalueren bij patiënten met allerlei lichamelijke en psychische ziekten. De Nederlandse versie van dit instrument levert scores op in 8 dimensies: angst, agorafobie, depressie, somatische klachten, insufficiëntie in denken en handelen, wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit, hostiliteit en slaapproblemen. Bovendien geeft een somscore een beeld van de ernst van het psychoneuroticisme op alle 90 items.<sup>11,12</sup> Alle scores werden gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht. Een hogere score betekent meer klachten. Het is gebruikelijk om SCL-90-scores te vergelijken met scores van referentiegroepen zoals een steekproef uit de Nederlandse bevolking of referentiegroepen psychiatrische patiënten. Omdat onze onderzoekspopulatie aanzienlijk in leeftijd en geslacht verschilde van deze referentiegroepen, kozen wij voor een vergelijking met de gestratificeerde controlegroep uit de CMR, zoals eerder besproken.

Om de gezondheidstoestand van de 3 categorieën te onderzoeken maakten wij gebruik van een Nederlandse versie van 36-item *Rand short form* (RAND-36), een lijst met een goede betrouwbaarheid en validiteit.<sup>13-15</sup> Hierin worden de volgende 8 domeinen onderscheiden: fysiek functioneren, rolbeperking als gevolg van een fysiek probleem, pijn, algemene gezondheidsbeleving, vitaliteit, sociaal functioneren, rolbeperking als gevolg van een emotioneel probleem en mentale gezondheid. Scores lopen van 1 tot 100; hoe hoger de score, hoe beter de gezondheid.

Sociale steun werd onderzocht met de Sociale Steun Lijst-Interacties, 12-itemversie (SSL-12). Met deze lijst wordt de steun gemeten die men ontvangt in het primaire sociale netwerk. De lijst bevat vragen over alledaagse steun, sociale steun in pro-

bleemsituaties en waarderingssteun.<sup>16</sup> Een hoge score betekent veel steun.

Om copinggedrag te meten, gebruikten wij de verkorte versie van de Utrechtse Copinglijst. (UCL-k). Deze meet de mate van probleemgerichte coping, emotionele coping en afleiding zoeken/spanning verminderen.<sup>17</sup>

### Statistische analyse

De scores op alle vragenlijsten werden onderzocht en verschillen tussen de drie groepen werden geanalyseerd met een covariantieanalyse. Alle scores werden gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht. De verschillen tussen de groepen werden geanalyseerd met T-toetsen.

### Resultaten

Van zowel de CNFK-groep als de depressiegroep beantwoordden 75 patiënten (59%) de vragenlijsten. Bij de controlegroep waren dit 84 patiënten (67%). Er waren geen statistisch significante verschillen in leeftijd, geslacht en sociale laag tussen respondenten en weigeraars. Van het totaal van 234 patiënten waren er 82 man, 152 vrouw, 136 jonger dan 65 jaar en 98 ouder dan 65 jaar. Van de depressiegroep hadden 41 patiënten slechts één episode van depressie doorgemaakt, 33 hadden een recidiverende vorm en van 1 patiënt was dit niet na te gaan. Van de 33 patiënten met een recidiverende depressie waren er 4 depressief ten tijde van de

gegevensverzameling van het onderzoek. De mediane lengte sinds de eerste episode was 23 jaar (15-34 jaar).

### Aard en hoeveelheid psychische klachten

Omdat 4 van de 75 depressiepatiënten de vragenlijsten onvolledig hadden ingevuld, hielden we in deze categorie 71 patiënten over. In de andere 2 categorieën waren alle vragenlijsten bruikbaar. Patiënten met CNFK en patiënten met een depressie in hun voorgeschiedenis hadden statistisch significant meer psychische klachten dan de controlegroep op alle dimensies van de SCL-90 (tabel 1). In sommige dimensies scoren CNFK-patiënten hoger, in andere de depressiepatiënten, maar de verschillen waren nergens significant.

### Gezondheidstoestand

Alle scores van patiënten met CNFK vielen iets lager uit dan van de groep depressiepatiënten, echter zonder significante verschillen tussen deze twee categorieën (tabel 2). Opvallend is dat patiënten met CNFK in alle domeinen een slechtere gezondheidstoestand rapporteerden dan gezonde controlepersonen. In de depressiegroep is dit op beperktere schaal het geval, namelijk in de domeinen pijn, algemene gezondheidsbeleving, vitaliteit, rolbeperking als gevolg van een emotioneel probleem en mentale gezondheid.

Tabel 1 SCL-90-scores van patiënten met CNFK, 'normale' controlepatiënten en patiënten met een voorgeschiedenis met depressie (% en 95%-BI)

	Scores*			p-waarden†		
	CNFK-patiënten (n=75)	Depressie-patiënten (n=71)	Controle-patiënten (n=84)	CNFK-/controle-patiënten	Depressie-/controle-patiënten	CNFK-/depressie-patiënten
Angst, gemiddelde	17 (16-19)	17 (15-18)	14 (12-15)	<0,01	<0,01	0,8
Agorafobie	9,6 (8,8-10)	10 (8,9-11)	8,2 (7,3-9)	0,04	<0,01	0,4
Depressie	28 (26-31)	29 (26-31)	23 (21-26)	<0,01	<0,01	0,6
Somatische klachten	23 (22-25)	21 (20-23)	19 (17-20)	<0,01	0,01	0,3
Insufficiëntie in denken en handelen	17 (16-18)	16 (15-17)	14 (13-16)	0,01	0,01	0,7
Wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit	29 (27-31)	28 (26-31)	25 (23-27)	0,04	0,02	0,9
Hostiliteit	8,4 (7,9-9)	8,3 (7,7-9)	7,2 (6,6-7,8)	<0,01	<0,01	0,9
Slaapproblemen	7,1 (6,3-7,9)	6,8 (6,1-7,6)	5,4 (4,7-6,1)	<0,01	<0,01	0,9
Somscore psychoneuroticisme	153 (143-163)	149 (139-159)	126 (116-136)	<0,01	<0,01	0,9

\* Scores zijn afgeronde gemiddelden, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht.

† Verschillen tussen de groepen werden berekend met T-toetsen.

Tabel 2 Rand-36-scores van patiënten met CNFK, 'normale' controlepatiënten en patiënten met een voorgeschiedenis met depressie (% en 95%-BI)

	Scores*			p-waarden†		
	CNFK-patiënten (n=75)	Depressie-patiënten (n=75)	Controle-patiënten (n=84)	CNFK-/controle-patiënten	Depressie-/controle-patiënten	CNFK-/depressie-patiënten
Fysiek functioneren, gemiddelde	67 (61-73)	70 (64-76)	76 (70-82)	0,04	0,2	0,5
Rolbeperking door fysiek probleem	54 (44-65)	64 (54-74)	72 (62-81)	0,02	0,2	0,3
Pijn	66 (60-71)	69 (63-75)	77 (72-83)	<0,01	0,03	0,5
Algemene gezondheidsbeleving	57 (52-61)	59 (54-64)	67 (62-71)	<0,01	0,02	0,6
Vitaliteit	53 (49-58)	58 (54-63)	67 (62-71)	<0,01	0,01	0,2
Sociaal functioneren	58 (52-63)	65 (60-69)	70 (66-75)	<0,01	0,09	0,07
Rolbeperking door emotioneel probleem	69 (60-78)	75 (67-84)	90 (80-98)	<0,01	0,02	0,5
Mentale gezondheid	62 (58-67)	64 (60-69)	76 (71-80)	<0,01	<0,01	0,7

\* Scores zijn afgeronde gemiddelden, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht.

† Verschillen tussen de groepen werden berekend met T-toetsen.

**Tabel 3** SSL-12-scores van patiënten met CNFK, 'normale' controlepatiënten en patiënten met een voorgeschiedenis met depressie (% en 95%-BI)

	Scores*			p-waarden†		
	CNFK-patiënten (n=75)	Controle-patiënten (n=84)	Depressie-patiënten (n=74)	CNFK-/controle-patiënten	Depressie-/controle-patiënten	CNFK-/depressie-patiënten
Somscore	27 (25-28)	29 (27-30)	28 (27-29)	0,02	0,6	0,09
Alledaagse steun	9,3 (8,9-9,9)	11 (10-11)	10 (9,8-11)	<0,01	0,1	0,01
Steun in probleemsituaties	8 (7,5-8,6)	8,1 (7,5-8,6)	8,2 (7,6-8,7)	0,9	0,8	0,8
Waarderingssteun	9,1 (8,5-9,6)	9,8 (9,3-10)	9,7 (9,2-10)	0,05	0,8	0,09

\* Scores zijn afgeronde gemiddelden, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht.

† Verschillen tussen de groepen werden berekend met T-toetsen.

### Sociale steun en copinggedrag

Patiënten met CNFK rapporteerden minder sociale steun dan de andere twee categorieën (tabel 3). Het verschil met beide andere categorieën was echter alleen significant voor de ervaren alledaagse steun.

Wij vonden geen verschillen in copinggedrag tussen de categorieën.

### Beschouwing

De meest opvallende bevinding van ons onderzoek is dat patiënten met CNFK zulke sterke overeenkomsten vertonen met patiënten met een depressie in hun voorgeschiedenis en zich duidelijk onderscheiden van 'normale' controlepersonen. Dit betreft zowel de psychische klachten als de gezondheidstoestand. Ook in sociale steun zijn de verschillen maar beperkt en alleen voor copinggedrag vonden we geen verschillen met de controlegroep. Het lijkt erop dat het in beide diagnostische categorieën gaat om eenzelfde soort kwetsbare mensen die door hun klachten gehinderd worden in hun dagelijks leven.

Als in de literatuur dit soort klachten besproken wordt, wordt steeds gesteld dat juist bij patiënten met ongedifferentieerde klachten of een somatische presentatie van klachten, depressies zo vaak gemist worden.<sup>1,18</sup> In dit verband wordt dan steeds het belang van een betere herkenning van depressie benadrukt in de veronderstelling dat dit tot een behandeling en een betere prognose zou leiden. Wij stellen in het licht van onze bevindingen de vraag, of het steeds weer wijzen op het belang van de diagnose voor de prognose van patiënten met dit soort klachten echt de heilzame weg is. Het gaat tenslotte om een effectieve aanpak voor zoveel mogelijk patiënten uit deze categorie. Nu is het onderkennen van een echte depressieve episode natuurlijk belangrijk, maar het stellen van een diagnose hangt van veel verschillende factoren af en is daarom moeilijk te beïnvloeden. Onze bevindingen geven wellicht een ingang voor een andere aanpak.<sup>19</sup> Depressie kent immers een fluctuerend beloop. Door alleen af te koersen op de diagnose, krijgen ook alleen patiënten die aan de criteria van een episode voldoen een behandeling. Wellicht zou een effectievere benadering gevonden kunnen worden in generieke behandelingsvormen die effectief zijn bij kwetsbare patiënten, zowel met patiënten met een depressie als bij patiënten met minder gedifferentieerde en/of functionele klachten.<sup>20,21</sup> Al deze patiënten (met nogal wat overlap tussen de categorieën)<sup>2</sup> lijken

### Abstract

Van Weel-Baumgarten EM, Van den Hoogen HJ, Van den Bosch WJ.

Chronic nervous functional symptoms: a separate 'diagnosis' in general practice? *Huisarts Wet* 2003;46(11):603-7.

**Background** In general practice many patients present with unexplained or functional symptoms. Without making a formal diagnosis of mental illness, in a number of these patients the physician suspects that a psychosocial background is at the root of the symptoms. Many studies show that mental illness is often overlooked in this category of patients. In an attempt to define appropriate treatment for these patients, recommendations made in such studies usually emphasize the value of a specific diagnosis. The present study attempts to find an answer to the question of whether the focus should be less on specific diagnosis for a subgroup within this category of patients and more on generic treatment for all.

**Objective** To underpin the value of a separate diagnosis of 'Chronic Nervous Functional Complaints' (CNFC) by studying the characteristics of patients with these symptoms.

**Methods** Psychopathology, functioning and well-being, social support and coping behaviour of patients with a CNFC code were compared to patients with a history of depression and a control group of general practice patients without any known psychological symptoms. Data were collected with the SCL-90, the Rand-36, the SSL-12 and the UCL-k. All patients belonged to the 4 practices of the Continuous Morbidity Registry (CMR) of the University of Nijmegen in the Netherlands.

**Results** Characteristics of patients with CNFC and patients with a history of depression were very similar in all fields studied. Both categories showed a statistically significant greater level of psychopathology than the control group. Patients with CNFC reported a significantly lower health status than the control group. Their health status was also lower than that of patients with a history of depression, though the difference was not significant. No differences in coping behaviour were found. Patients with CNFC also reported significantly less daily social support than the other two groups.

**Conclusions** Patients with CNFC and with a history of depression both seem to belong to the same category of vulnerable patients. Taking CNFC as a diagnosis creates the opportunity of longitudinal follow-up and enables studies on the effectiveness of treatment. By applying modes of treatment effective for mental illness as well as for functional symptoms, more patients might benefit than by merely emphasising the value of a more specific diagnosis.

gebaat bij het aanleren van technieken waardoor zij minder kwetsbaar worden. Te denken valt aan cognitieve gedragstherapie en afgeleide vormen daarvan die voor de eerste lijn meer geschikt zijn, zoals reattributietechnieken en/of *Problem solving treatment* (PST).<sup>22-25</sup> Het gaat er dan immers niet meer uitsluitend om depressie te diagnosticeren bij een beperkte groep patiënten en hen effectief te behandelen, maar alle patiënten die behoren tot eenzelfde categorie kwetsbare mensen strategieën aan te leren om beter bestand te zijn tegen de problemen van het dagelijks leven. Daarmee kunnen ook depressieve episodes zoveel mogelijk worden voorkomen.

Om die reden willen wij pleiten voor een diagnose CNFK. Misschien verdient het aanbeveling de term 'CNFK' eens te heroverwegen en een andere naam voor deze categorie te kiezen waarin patiënten zich ook kunnen vinden.<sup>26</sup> Waar het ons om gaat, is deze patiëntencategorie af te bakenen om tot een zo effectief mogelijk beleid te komen.

Een diagnostische categorie vergroot de herkenbaarheid van de groep waardoor het beloop van de klachten beter kan worden gevolgd. Bij een aantal patiënten zal dit er wellicht toe leiden dat alsnog een diagnose van een psychische stoornis als depressie wordt gesteld. De huisarts kan voor de anderen in elk geval eerdergenoemde vormen van behandeling overwegen. Door CNFK als diagnose te beschouwen kan het effect van behandelingen op grotere schaal worden onderzocht en wordt wellicht duidelijk of patiënten uit deze categorie uiteindelijk beter af zijn, zelfs als er geen specifieke diagnose van psychische ziekte is gesteld.

#### Literatuur

- 1 Karlsson H, Lehtinen V, Joukamaa M. Psychiatric morbidity among frequent attender patients in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1995;17:19-25.
- 2 Weel-Baumgarten EM, Van den Bosch WJ, Van den Hoogen HJ, Zitman FG. The validity of the diagnosis of depression in general practice: is using criteria for diagnosis as a routine the answer? *Br J Gen Pract* 2000;50:284-7.
- 3 Van Weel C. Validating long term morbidity recording. *J Epidemiol Community Health* 1995;49 Suppl 1:29-32.
- 4 Huygen FJ, Van den Hoogen HJ, Van de Logt AT, Smits AJ. Nervus-functionele klachten in de huisartsenpraktijk. II. Diagnostisch en therapeutisch beleid. *Ned Tijdschr Geneesk* 1984;128:1372-6.
- 5 Huygen FJ, Van den Hoogen HJ, Van de Logt AT, Smits AJ. Nervus-functionele klachten in de huisartsenpraktijk. I. Een epidemiologisch onderzoek. *Ned Tijdschr Geneesk* 1984;128:1321-7.
- 6 Grol RPTM, redactie. Huisarts en somatische fixatie. Theorie en praktijk van de preventie van somatische fixatie. Utrecht/Antwerpen: Bohn Scheltema en Holkema, 1981.
- 7 Van Weel-Baumgarten E. Depression: the long-term perspective. A follow-up study in general practice [Proefschrift]. Wageningen: Ponssen en Van Looijen, 2000.
- 8 Hodgkin K. Towards earlier diagnosis in primary care. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1966.
- 9 Classification committee of WONCA. ICHPPC-2-defined (International classification of Health Problems in Primary Care). Oxford: Oxford University Press, 1983.
- 10 Derogatis LR. Administration, Scoring and Procedures Manual-1 for the revised version. Baltimore: John Hopkins University School of medicine, Clinical psychometrics research unit, 1977.
- 11 Arrindell WA, Boelens W, Lambert H. On the psychometric properties of the Maudsley Marital Questionnaire (MMQ): Evaluation of self-ratings in distressed and "normal" volunteer couples based on the Dutch version. *Personality and Individual Differences* 1983;4:293-306.
- 12 Arrindell WA, Ettema H. Dimensionele structuur, betrouwbaarheid en validiteit van de Nederlandse bewerking van de Symptom Checklist (SCL-90): Gegevens gebaseerd op een fobische en een "normale" populatie. *Ned Tijdschr Psychol* 1981;36:77-108.
- 13 Hays RD, Sherbourne CD, Mazel RM. The RAND 36-Item Health Survey 1.0 [see comments]. *Health Econ* 1993;2:217-27.
- 14 Ware-JE J, Kosinski M, Gandek B, Aaronson NK, Apolone G, Bech P, et al. The factor structure of the SF-36 Health Survey in 10 countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment*. *J Clin Epidemiol* 1998;51:1159-65.
- 15 Aaronson NK, Acquadro C, Alonso J, Apolone G, Bucquet D, Bullinger M, et al. International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Qual Life Res* 1992;1:349-51.
- 16 Van Eijk LM, Kempen GI, Van Sonderen FL. Een korte schaal voor het meten van sociale steun bij ouderen: de SSL12-I. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1994;25:192-6.
- 17 Schreurs PJG, Van deWillige G, Brosschot JF, Tellegen B, Gaus GHM. De Utrechtse Copinglijst: UCL. Omgaan met problemen en gebeurtenissen. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1993.
- 18 Gulbrandsen P, Fugelli P, Hjortdahl P. Psychosocial problems presented by patients with somatic reasons for encounter: tip of the iceberg? *Fam Pract* 1998;15:1-8.
- 19 Van Weel-Baumgarten EM. Opsporen van een niet-herkende depressie. In: Van Es JC, Keeman JN, De Leeuw PW, Zitman FG, redactie. Het medisch jaar 2001. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001:139-45.
- 20 Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet* 1999;354:936-9.
- 21 Raine R, Haines A, Sensky T, Hutchings A, Larkin K, Black N. Systematic review of mental health interventions for patients with common somatic symptoms: can research evidence from secondary care be extrapolated to primary care? *BMJ* 2002;325:1082.
- 22 Mynors-Wallis LM, Gath DH, Lloyd-Thomas AR, Tomlinson D. Randomised controlled trial comparing problem solving treatment with amitriptyline and placebo for major depression in primary care. *BMJ* 1995;310:441-5.
- 23 Goldberg D. Cognitive therapy for depression. *BMJ* 1982;284:143-4.
- 24 Blankenstein AH, Van der Horst HE, Schilte AF, De Vries D, Zaat JO, Andre KJ, et al. Development and feasibility of a modified reattribution model for somatising patients, applied by their own general practitioners. *Patient Educ Couns* 2002;47:229-35.
- 25 Kroenke K, Swindle R. Cognitive-behavioral therapy for somatization and symptom syndromes: a critical review of controlled clinical trials. *Psychother Psychosom* 2000;69:205-15.
- 26 Stone J, Wojcik W, Durrance D, Carson A, Lewis S, MacKenzie L, et al. What should we say to patients with symptoms unexplained by disease? The "number needed to offend". *BMJ* 2002;325:1449-50.