

# Psychiatrische diagnostiek van onverklaarde lichamelijke klachten

door H. G. M. Rooymans

## Inleiding

Vrij regelmatig wordt een psychiater, werkzaam in een algemeen ziekenhuis, in consult gevraagd bij patiënten bij wie geen somatische ziekte kon worden aangetoond. Hem wordt dan de vraag voorgelegd of de lichamelijke klachten door psychische factoren worden veroorzaakt. Een dergelijke vraag wordt gemakkelijker gesteld dan beantwoord. De etiologie en pathogenese van ziekten en klachtenpatronen zijn ingewikkeld. Het heeft weinig zin te spreken over een ('de') oorzaak; vrijwel altijd is er sprake van een complex van oorzakelijke factoren van verschillende aard, die elkaar nogal eens wederkerig plegen te beïnvloeden. De term 'oorzaak' is bovendien allerm minst eenduidig. Men kan verschillende typen oorzaken onderscheiden, bijvoorbeeld predisponerende factoren versus luxerende factoren, ziek-makende versus ziek-houdende factoren, enzovoort. Een probleem is voorts dat psychische en somatische fenomenen vaak elkaar via terugkoppelingsmechanismen versterken. Pijn of andere onaangename lichamelijke sensaties hebben, zeker als de klachten wat langer bestaan, onvermijdelijk repercussies op het psychische evenwicht. Men wordt er moedeloos of mismoe dig van, prikkelbaar of angstig en gespannen. Anderzijds kunnen psychische onlustgevoelens de lichamelijke klachten weer versterken. Men wordt gevangen in een vicieuze cirkel, waardoor de vraag naar 'de kip en het ei' nogal eens onbeantwoordbaar wordt. Volgens de klassiek-medische denktrant zoekt men naar lineair-causale verbanden. Bij patiënten met hardnekkige lichamelijke klachten komt men vaak beter uit de voeten met een model van circulair-causale samenhang (zie Van Dijk, 1976, over het concept 'vicieuze cirkel'). Kijkt men vanuit die invalshoek dan verliest de vraag wat er 'eerst' was veel van zijn relevantie. Relevant is, na zorgvuldige diagnostiek, te pogen de noodlottige cirkel op haar zwakste schakel te verbreken, zonder te pretenderen dat die schakel 'de' oorzaak is. In ge-

---

Schrijver was destijds wetenschappelijk hoofdmedewerker afd. Psychiatrie Rijksuniversiteit Groningen (hoofd prof. dr. W. K. van Dijk) en is momenteel hoogleraar klinische Psychiatrie Rijksuniversiteit Leiden.

sprekken met patiënten en collegae vermijd ik dan ook liever het woord 'oorzaak' ('het komt allemaal van de zenuwen') maar spreek liever van 'samenhang' of 'verband' tussen de lichamelijke klachten en psychische spanningen of problemen.

Hoe komt men er achter of lichamelijke klachten in belangrijke mate samenhangen met psychische factoren? Anders gezegd: van welke aard zijn de (pro- en contra-) argumenten die men gebruikt bij de toetsing van de hypothese 'er is een duidelijk verband tussen de klachten en psychische spanningen en/of problemen'?

Hoewel de notie dat allerlei lichamelijke klachten 'op zenuwen' berusten zich in een grote populariteit mag verheugen, geven de gangbare psychiatrische leerboeken relatief weinig uitsluitel over de vraag aan welke criteria moet zijn voldaan voordat men een duidelijk verband mag aannemen tussen lichamelijke klachten en psychische factoren. Er zijn weliswaar bibliotheken volgeschreven over conversie, orgaanneurose, enzovoort, maar over praktisch-diagnostische vragen (op welke feiten wordt gelet, welk gewicht hebben bepaalde gegevens, enzovoort), vragen die zich met name voordoen bij 'onverklaarde' pijnklachten, is in die leerboeken niet al te veel te vinden. In de praktijk vindt de bewijsvoering van psychogenie vaak slordig plaats. Als ik het goed zie, draait de argumentatie meestal om de volgende vier punten: het niet aangetoond zijn van lichamelijke afwijkingen die de klachten naar het oordeel van de arts kunnen verklaren, het neurotisch zijn van de patiënt (resp. het hebben van intrapsychische conflicten die niet normaal kunnen worden geuit), een verband in de tijd tussen het begin van de klachten en het ontstaan van problemen of het optreden van emotionerende gebeurtenissen, en last but not least de mening van patiënt zelf. Hoe belangrijk deze argumenten ook zijn, zij vertonen duidelijke feilen, soms van theoretische soms van praktische aard. Over die feilen zou veel op te merken zijn. Ik beperk me hier tot enkele summier aantekeningen. Hoewel men het er in de theorie wel over eens is dat men niet op grond van de afwezigheid van een lichamelijke ziekte mag concluderen dat de klachten psychogeen zijn bepaald, blijkt in de praktijk nogal eens dat dit gegeven toch een belangrijke rol speelt in de bewijsvoering voor een psychische origine van de klachten. Het niet aangetoond zijn van lichamelijke afwijkingen die de klachten verklaren is echter een minder harde uitspraak dan zij op het eerste gezicht lijkt. Wat betekent: 'U heeft niets'?

Medische diagnostiek is op te vatten als een hypothese-toetsend proces. In de somatische vakken probeert men vermoedens dat er sprake is van (een) bepaalde ziekte(n) te verifiëren door gericht te zoeken naar zg. objectieve afwijkingen. Een objectieve afwijking is een bepaald lichamenlijk verschijnsel (b.v. een pathologisch verloopende voetzoolreflex), een afwijkende biochemische waarde, een abnormaal beeld op een röntgenfoto, enz. (Het prefix 'zogenoemd' heeft betrekking op het feit dat de betrouwbaarheid van de waarneming, in de zin van: overeenstemming tussen verschillende beoordelaars, nogal eens te wensen overlaat.) Indien er ob-

jectieve afwijkingen worden gevonden, rijst vervolgens de vraag of er sprake is van een *ziekte*, d.w.z. van een uit de medische ervaring bekende combinatie van afwijkingen en klachten, en of de klachten van *déze* patiënt daarin kunnen worden gepast en daardoor kunnen worden verklaard. Wat betekent nu 'U heeft niets'? Men zou dit als volgt kunnen formuleren: 'Met ons gangbaar onderzoeksinstrumentarium is geen ons bekende lichamelijke ziekte aangetoond of waarschijnlijk gemaakt die de klachten o.i. voldoende verklaart'. De formulering geeft aan waar de mogelijke problemen liggen: hoe uitgebreid was het verrichte onderzoek, wat houdt de toevoeging *ons bekende* ziekte voor beperking in, wanneer is iets *voldoende* verklaard? Over deze drie punten enkele opmerkingen.

Het vinden van lichamelijke afwijkingen (en daarmee samenhangend: het poneren van causale verbanden tussen die afwijkingen en de klachten) hangt samen met de uitgebreidheid van het onderzoek. Een summier onderzoek bergt het gevaar in zich dat afwijkingen over het hoofd worden gezien. Een uitgebreid onderzoek echter vergroot de kans op het vinden van abnormaliteiten. Toevalsbevindingen gaan vaak een grotere rol spelen dan gerechtvaardigd is. Het gevaar dreigt dat causale verbanden worden gelegd tussen de afwijkingen en de klachten die op hun best dubieus zijn. Onderzoek kan vrijwel altijd worden uitgediept. Er zijn geen absolute grenzen te trekken, geen algemeen geldende uitspraken te doen over de vraag wanneer de diagnostiek is afgerond.

Met de uitdrukking '*ons bekende*' ziekten bedoel ik dat het universum van ziekten geen gesloten universum is. Er worden zo nu en dan nieuwe somatische ziekten 'ontdekt', d.w.z.: er worden tot op dat moment niet eerder geziene verbanden onderkend tussen klachten/verschijnselen en objectieve afwijkingen (b.v. biochemische abnormaliteiten). De medische ervaring groeit; het universum van ziekten dijt uit in de loop der tijd. Sommige klachtenpatronen die vroeger somatisch onverklaard bleven, kunnen nu wel verklaard worden. Er is geen reden om aan te nemen dat deze ontwikkeling niet zal doorgaan.

Bij de vraag tenslotte wat een '*voldoende*' verklaring is spelen gewoonterecht, de mode van de dag (ieder vak kent zijn modieuze verlegenheidsdiagnoses) en de persoonlijkheid van de arts een niet te veronachtzamen rol. Zo worden b.v. klachten over pijn in de armen genoegzaam verklaard geacht als men röntgenologisch-arthrotische veranderingen kan aantonen aan de cervicale wervelkolom, hoewel bekend is dat cervicaalarthrose lang niet altijd klachten geeft. Buikpijn kan in een aantal gevallen (mede) veroorzaakt worden door adhaesies in de buikholte, ontstaan als gevolg van abdominale operaties. Een dergelijk verband wordt door de ene arts wél, de andere arts niet als '*voldoende*' verklaring beschouwd.

Er is een tweede reden waarom het niet aangetoond zijn van lichamelijke afwijkingen geen argument pro psychogenie is, en dat is een reden van wetenschapstheoretische (of filosofische)

aard. Psychologische verklaringen spelen zich af in een andere dimensie dan somatische verklaringen. Men maakt een categorie-fout (Ryle, 1970) als men over psyche en soma spreekt als over twee op hetzelfde niveau liggende, elkaar uitsluitende entiteiten. Een psychologische verklaring voor lichamelijke klachten kan principieel niet in strijd zijn met een somatische. Of een psychologische verklaring juist of onjuist is, is alleen te beslissen op *psychologische criteria*. Het al of niet vinden van een somatische stoornis, al dan niet na enige tijd, is daarbij in principe niet van belang, hoewel een dergelijke bevinding natuurlijk wel uiterst *relevant* is voor ons medisch begrijpen en handelen. (Een heel andere zaak is, dat het weleens goed is, b.v. in een situatie dat er toch duidelijke lichamelijke afwijkingen worden gevonden, de eigen psychologische argumentatie nog eens kritisch op haar merites te toetsen, vgl. b.v. Abraham en Roggers-van der Zaal, 1972.) De vraag naar psychische oorzaken van ziekte, of juist gezegd: naar oorzaken van ziekte in het algemeen, is geen vraag van louter academische aard. De vraag wordt gesteld en beantwoord in het perspectief van de relevantie van het antwoord voor het medisch begrijpen en handelen in de ruimste zin van het woord. Psychogene verklaringen kunnen irrelevant zijn; *mutatis mutandis* geldt hetzelfde voor somatische verklaringen.

Over de andere genoemde criteria kan ik korter zijn. Het is natuurlijk belangrijk bij de argumentatie pro psychogenie of een neurotische persoonlijkheidsstructuur waarschijnlijk kan worden gemaakt. Het probleem is echter dat neurose een ubiquitair voorkomende aandoening is en dat ook neurotische mensen een organisch gefundeerd lijden kunnen hebben of ontwikkelen. Patiënten met emotionele stoornissen lijden bovendien vaker aan 'harde' somatische aandoeningen dan emotioneel gezonde mensen (Eastwood, 1975). Hoewel men hun klachten soms heel goed kan opvatten als 'vertaling' van hun problemen, *kán* die vertaling irrelevant zijn voor het medisch begrijpen en handelen.

Behoedzaamheid is ook vereist bij het derde genoemde criterium: een verband in de tijd tussen het begin van de klachten en het ontstaan van problemen. Hoe suggestief een dergelijk verband ook is, men mag niet vergeten dat de redenen waarom iemand *begón* te klagen niet dezelfde hoeven te zijn, als de redenen waarom iemand blijft klagen. Er kunnen zich, soms tengevolge van de klachten zelf, verschuivingen voordoen in het netwerk van oorzakelijke factoren. Ziek worden is niet hetzelfde als ziek blijven. Bovendien debuteren tal van 'harde' organische ziekten ook nogal eens in of na een tijd van psychische stress (zie voor literatuur o.a. Thurlow, 1967).

Ten slotte de mening van de patiënt zelf. Een bevestigend antwoord op de vraag aan de patiënt of zijn klachten samenhangen met emotionele problemen of psychische spanningen is natuurlijk erg belangrijk, maar ontslaat de onderzoeker niet van de plicht ook naar andere argumenten te zoeken. Van praktisch groter belang is dat een ontkennend antwoord ons in het dilemma laat:

ontkenning kán een (neurotisch) afweermechanisme zijn. Men kan vaak de mening horen verkondigen dat patiënten met hardnekkige lichamelijke klachten er in het algemeen toe neigen een psychische origine van hun klachten te ontkennen. Hierover zijn mij overigens uit de literatuur geen cijfers bekend.

De vraag naar het type van gebezigde argumenten bij het aannemen of verwerpen van een duidelijk verband tussen somatisch onverklaarde klachten en psychische spanningen of problemen was uitgangspunt voor het hier beschreven onderzoek. In de loop der jaren heb ik in mijn functie als psychiatrisch consulent in een academisch ziekenhuis tal van patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten psychiatrisch beoordeeld. Mijn werkwijze was meestal als volgt: na uitleg van de reden van mijn komst, vroeg ik de patiënt wat hij/zij zelf als oorzaak van zijn/haar klachten beschouwde. Vervolgens stelde ik de vraag of de klachten zouden kunnen samenhangen met spanningen of problemen. Als het antwoord daarop bevestigend was, probeerde ik uiteraard in het verloop van het gesprek preciezere informatie te verkrijgen over de aard van die spanningen en/of problemen. Als de patiënt in eerste instantie samenhang ontkende, trachtte ik in een algemeen screenend interview (of interviews) argumenten te verzamelen om de hypothese 'de klachten hangen duidelijk samen met psychische spanningen' te verifiëren of te falsifiëren (of, minder hard gezegd: waarschijnlijk of onwaarschijnlijk te maken). Vaak tastte (en tast) ik zelf in het duister op grond waarvan ik al dan niet tot een verband tussen de lichamelijke klachten en psychische factoren besloot. Nieuwsgierigheid bracht mij er toe een poging te doen hierover retrospectief iets te weten te komen, namelijk door over een aantal patiënten na te gaan of mijn oordeel over het al dan niet bestaan van een verband tussen de klachten en psychische spanningen samenhang vertoonde met bepaalde characteristicen van de patiënt als: sekse, leeftijd, aard en duur van de klachten, hun eigen visie, enzovoorts.

### **Methode**

Uit mijn archief lichtte ik de brieven van alle patiënten die in het tijdvak van 01-07-'70 tot en met 30-06-1975 tijdens hun opname in diverse somatische klinieken psychiatrisch werden onderzocht met de vraagstelling of hun op het moment van het consult onverklaarde lichamelijke klachten door psychische factoren werden veroorzaakt. In het onderzoek werden uitsluitend opgenomen patiënten betrokken. (Het psychiatrisch consult vond meestal plaats aan het eind van de opnemingsperiode.) Als selectie criterium diende vervolgens het gegeven dat er volgens de consult-vrager geen enkele somatische verklaring was gevonden voor de klachten (ik baseerde mij hiervoor op de ontslagbrief). Tenslotte dienden de klachten van louter subjectieve aard te zijn (pijn, duizeligheid, enz.). Patiënten met (eventueel emotioneel veroorzaakte) 'objectieve' afwijkingen werden uitgesloten (bijv.

patiënten met onverklaarde amenorroe, patiënten met eczeem, enz.). De selectie leverde in totaal 223 patiënten op, dat was 12,2% van het totaal aantal in die periode in consult geziene patiënten.

## Resultaten

### 1 Enkele karakteristika van patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten

(a) Sekse en leeftijd (tabel 1). Het aantal vrouwen overtreft het aantal mannen. Vergeleken met de totale patiëntenbevolking van

Tabel 1: Leeftijd- en sekseverdeling

| leeftijd        | M       | V       | totaal | %     | cumulatieve % |
|-----------------|---------|---------|--------|-------|---------------|
| 15-24 jr.       | 10      | 33      | 43     | 19,3  | 19,3          |
| 25-34 jr.       | 19      | 36      | 55     | 24,7  | 44,0          |
| 35-44 jr.       | 37      | 24      | 61     | 27,3  | 71,3          |
| 45-54 jr.       | 16      | 27      | 43     | 19,3  | 90,6          |
| 55-64 jr.       | 6       | 8       | 14     | 6,3   | 96,9          |
| 65 jr. en ouder | 2       | 5       | 7      | 3,1   | 100,0         |
| totaal          | 90      | 133     | 223    | 100,0 |               |
|                 | (40,4%) | (59,6%) |        |       |               |

15 jaar en ouder van het Academisch Ziekenhuis Groningen is het aantal mannen resp. vrouwen significant kleiner, resp. groter dan op toevalsgronden was te verwachten ( $p < .05$ ). Eenzelfde ongelijke sekseverdeling is aanwezig in de totale populatie van in psychiatrisch consult geziene patiënten. Over de laatste vijf jaar was de ratio mannen : vrouwen in deze groep ongeveer 2 : 3. De Angloamerikaanse literatuur over psychiatrische consulten in algemene ziekenhuizen geeft globaal eenzelfde beeld (zie voor literatuur tot 1972: Rooymans, 1972; verder o.a. Shevitz e.a., 1976). In de literatuur over functionele klachten (of chronisch klaaggedrag) wordt ook nogal eens aangegeven dat het overwegend om vrouwelijke patiënten gaat (zie voor literatuur Rooymans, 1975).

Het geven van een verklaring voor dit sekseverschil wordt ernstig bemoeilijkt zo niet onmogelijk gemaakt doordat een aantal variabelen meespeelt waarvan de invloed onbekend is, zoals het verwijzingspatroon van huisartsen naar de somatische specialisten, de opnamecriteria die deze specialisten hanteren, en tenslotte de gronden waarop de somatische specialisten beslissen een psychiatrisch consult aan te vragen. Het zou de moeite waard zijn na te gaan of het grotere aantal vrouwen iets te maken heeft met het feit dat de patiënten door overwegend manlijke artsen worden onderzocht.

De patiënten waren relatief jong. Uit de laatste kolom van tabel 1 valt af te lezen dat 71,3% jonger was dan 45 jaar. Ook hier is

sprake van een significant verschil met de populatie van het Academisch Ziekenhuis: volgens gegevens van de Stichting Medische Registratie over de in 1974 opgenomen patiënten van 15 jaar en ouder was 51,3% jonger dan 45 jaar, 48,7% ouder. Het aantal jeugdige (onder de 45 jaar) en oudere (boven de 45 jaar) patiënten in onze groep is significant groter, resp. kleiner dan te verwachten viel ( $p = < .001$ ). Ook in de totale consultpopulatie vind ik in overeenstemming met de literatuur (zie Rooymans, 1972) een relatieve oververtegenwoordiging van jeugdige patiënten: rond 65% is jonger dan 45 jaar.

Cremerius (1968), die een follow-up onderzoek deed bij patiënten met functionele klachten afkomstig van een interne polikliniek, vond dat dit soort klachten vooral voorkwam in de jeugd en het begin van de middelbare leeftijd. De leeftijdsverdeling van zijn uitgangsmateriaal van 2330 patiënten is vrijwel identiek aan de leeftijdsopbouw van de hier beschreven groep patiënten. Maclay (1965) deed een onderzoek bij 100 patiënten op een interne polikliniek; 45 bleken organische afwijkingen te hebben, 55 niet. De laatste groep was gemiddeld jonger (38,5 jaar) dan de eerste groep (48,4 jaar). Ook bij deze leeftijdsbevindingen doet zich de vraag voor naar de gronden waarop de selectie berust van de huisarts, resp. somatisch specialist. Voorts dient natuurlijk vermeld te worden dat de cijfers voor organisch gefundeerde morbiditeit vanzelfsprekend hoger liggen in de oudere leeftijdsklassen dan bij jeugdigen. Ouderen hebben statistisch meer kans afwijkingen te vertonen dan jongeren.

(b) Burgerlijke staat (tabel 2). Vergelijkbare cijfers over de totale bevolking van het Academisch Ziekenhuis Groningen zijn mij niet bekend. De indeling wijkt overigens niet af van die van de Nederlandse bevolking van 16 jaar en ouder (Compendium Gezondheidsstatistiek, 1974).

*Tabel 2: Burgerlijke staat*

| burgerlijke staat                    | aantal | %     |
|--------------------------------------|--------|-------|
| gehuwd                               | 167    | 74,9  |
| ongehuwd, gescheiden, weduw(e)(naar) | 56     | 25,1  |
| totaal                               | 223    | 100,0 |

(c) Sociale klasse (tabel 3). De indeling is volgens de beroepsclassificatie van Van Tulder (1962). Corresponderende gegevens over de ziekenhuispopulatie zijn mij niet bekend. De verdeling is overigens op het oog weinig spectaculair, en is vrijwel identiek aan de indeling naar sociale klasse van patiënten die de polikliniek Psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis Groningen bezoeken (Kortmann, 1976).

Tabel 3: Sociale klasse

| 'klasse'                 | aantal | %     |
|--------------------------|--------|-------|
| 'hoog' klasse 1 en 2)    | 29     | 13,0  |
| 'midden' (klasse 3 en 4) | 99     | 44,4  |
| 'laag' (klasse 5 en 6)   | 95     | 42,6  |
| totaal                   | 223    | 100,0 |

(d) Verwijzende afdeling (tabel 4). De Interne Kliniek en de Neurologische Kliniek staan bovenaan. Het aantal patiënten van de Vrouwenkliniek is op het eerste gezicht vrij laag. Afgezet tegen de totale aantallen patiënten die in diverse klinieken per jaar worden opgenomen kent de Neurologische Kliniek de meeste verwijzingen (plusminus 1 à 1,5%). Daar het hier *niet* gaat om alle in consult geziene patiënten, maar om een betrekkelijk klein deel daarvan (de onderzoeksgroep betreft slechts 12,2% van de totale groep van de in consult geziene patiënten) hebben vergelijkingen met het jaarlijks aantal opnemingen in een kliniek vanzelfsprekend niet erg veel zin.

Tabel 4: Verwijzende afdeling

| afdeling                  | aantal | %     |
|---------------------------|--------|-------|
| interne kliniek           | 89     | 39,9  |
| vrouwen kliniek           | 20     | 9,0   |
| neurologische kliniek     | 51     | 22,9  |
| chirurgische kliniek      | 12     | 5,4   |
| neurochirurgische kliniek | 39     | 17,5  |
| keel-neus-oorheelkunde    | 4      | 1,8   |
| oogheelkunde              | 5      | 2,2   |
| dermatologische kliniek   | 3      | 1,3   |
| totaal                    | 223    | 100,0 |

(e) Aard van de klachten (tabel 5). De patiënten werden ingedeeld naar hun hoofdklacht, resp. de klacht waarvoor psychiatrisch consult was gevraagd. Men had nogal eens meer klachten dan passend in één rubriek. Het bleek, op geleide van de ontslagbrief, meestal wel mogelijk één klachtenpatroon als het belangrijkste aan te merken. Patiënten met (hoofd)klachten in drie of meer 'orgaansystemen' werden ingedeeld onder 'scala van klachten'.

De vraag of de indeling representatief is voor patiënten met zg. functionele klachten moet openblijven. Op het eerste gezicht is dat, gezien o.a. het relatief lage aantal 'borstklachten', weinig waarschijnlijk.

## Diagnostiek van onverklaarde lichamelijke klachten

Tabel 5: Aard van de klachten

|                                                      | aantal | %     |
|------------------------------------------------------|--------|-------|
| 1 buik-en maagklachten                               | 68     | 30,5  |
| 2 rugklachten                                        | 30     | 13,4  |
| 3 borstklachten (pijn op de borst, benauwdheid e.d.) | 12     | 5,4   |
| 4 hoofdpijn, duizeligheid, wegvallingen enz.         | 44     | 19,7  |
| 5 scala van klachten *)                              | 16     | 7,2   |
| 6 diversen                                           | 53     | 23,8  |
| totaal                                               | 223    | 100,0 |

\*) klachten in drie of meer 'orgaansystemen'.

(f) Duur van de klachten (tabel 6). De indeling is gebaseerd op de (niet altijd even precieze) aangifte van de klachtenduur in de ont-slagbrieven. De bevinding dat de helft der patiënten al ten minste twee jaar klachten had (en 21% ten minste vijf jaar) is, gezien de populatie waaruit de patiënten afkomstig zijn (patiënten bij wie vaak reeds uitvoerige somatische diagnostiek heeft plaatsgevon-den) niet zo verwonderlijk (zie ook Kreitman e.a., 1965). Men kan in elk geval duidelijk spreken van chronische klagers resp. klaagsters.

Tabel 6: Duur van de klachten

|                                    | aantal | %     |
|------------------------------------|--------|-------|
| 1 1 maand of korter                | 17     | 7,6   |
| 2 langer dan 1 maand t/m 6 maanden | 31     | 13,9  |
| 3 langer dan 6 maanden t/m 2 jaar  | 57     | 25,6  |
| 4 langer dan 2 jaar t/m 5 jaar     | 64     | 28,7  |
| 5 langer dan 5 jaar                | 48     | 21,5  |
| 6 onbekend                         | 6      | 2,7   |
| totaal                             | 223    | 100,0 |

(g) Psychiatrisch toestandsbeeld en psychiatrische diagnose (tabel 7 en 8). Alle patiënten werden indertijd diagnostisch gerubriceerd volgens het CHAM-systeem van Silbermann (Silbermann, 1970) en volgens de I.C.D. (hoofdgroepen). Het CHAM-systeem is niet zo geschikt voor dit type patiënten, zoals blijkt uit het hoge per-centage 'geen duidelijk psychiatrisch syndroom/onbekend'. (In het CHAM-systeem aangegeven met de term 'observatie'.) Hoe-wel in strijd met de hiërarchische structuur van het classificatie-systeem, heb ik voor de overzichtelijkheid een aantal toestands-beelden bij elkaar gevoegd tot de categorieën 'depressieve beel-den', 'angst- en spanningstoestanden' en 'overige psychiatrische syndromen'. In de tabel staat steeds tussen haakjes aangegeven welke toestandsbeelden uit het CHAM-systeem bij elkaar zijn gevoegd. Het percentage depressieve beelden is in overeenstem-

ming met de in de literatuur gerapporteerde percentages bij functionele klachten (Rooymans, 1975).

Tabel 7: Psychiatrisch toestandbeeld (CHAM)

|                                                                                                                | aantal | %     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------|
| 1 depressieve beelden (melancholisch toestandbeeld, depressieve toestand, geagiteerd-depressieve toestand)     | 49     | 22,0  |
| 2 angst- en spanningstoestanden (opwindingstoestand, angsttoestand, hyper-esthetisch-emotioneel toestandbeeld) | 29     | 13,0  |
| 3 overige psychiatrische syndromen                                                                             | 17     | 7,6   |
| 4 geen duidelijk psychiatrisch syndroom/onbekend                                                               | 128    | 57,4  |
| totaal                                                                                                         | 223    | 100,0 |

Tabel 8: Psychiatrische diagnose (hoofdgroepen I.C.D.)

|                                                                                                 | aantal | %    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------|
| 1 psychosen (290-299)                                                                           | 9      | 4,0  |
| 2 neurosen, persoonlijkheidsstoornissen, verslavingen, 'psychosomatische' stoornissen (300-306) | 131    | 58,7 |
| 3 situatieve/reactieve stoornissen (307)                                                        | 4      | 1,8  |
| 4 organische, niet psychotische aandoeningen (309)                                              | 2      | 0,9  |
| 5 geestelijke retardatie (310-315)                                                              | 8      | 3,6  |
| 6 gezond                                                                                        | 17     | 7,6  |
| 7 (nog) niet in te delen                                                                        | 52     | 23,3 |
| totaal                                                                                          | 223    | 99,9 |

De indeling in hoofdgroepen van de I.C.D. geeft weinig aanleiding tot commentaar. De groep 'nog niet in te delen' zou, als de diagnostiek zou zijn afgerond, vanzelfsprekend vooral uitsplitsen naar de groep 'neurosen' enz. en 'situatieve/reactieve stoornissen'.

(h) Verband tussen klachten en psychische spanningen (tabel 9 en 10). Zoals ik al opmerkte vraag ik de patiënten altijd of zij zelf samenhang zien of mogelijk achten tussen hun klachten en psychische spanningen. Bijna de helft der patiënten ontkende een dergelijke samenhang, ruim één derde deel antwoordde bevesti-

Tabel 9: Door de patiënt aangegeven samenhang tussen klachten en 'spanningen'

|                               | aantal | %     |
|-------------------------------|--------|-------|
| samenhang (mogelijk) aanwezig | 77     | 34,5  |
| samenhang niet aanwezig       | 107    | 48,0  |
| onbekend                      | 39     | 17,5  |
| totaal                        | 223    | 100,0 |

gend. Uit de literatuur zijn mij geen gegevens bekend die als vergelijkingsmateriaal kunnen dienen. Nogal eens kan men de stelling horen verkondigen dat patiënten met functionele klachten afwerend staan ten opzichte van een mogelijke psychische origine van hun klachten. Vaak is men in deze houding gestijfd door de voortdurende somatische aandacht. In dat licht gezien is één derde deel dat 'ja' antwoordt (zij het in verschillende gradaties) vrij hoog te noemen. Vermoedelijk hangt dit mede samen met het feit dat de patiënten werden gezien in de somatische klinieken. Het zou kunnen zijn dat de patiënten minder het gevoel hebben 'afgeschoven' te worden naar de psychiater. Bovendien is de vraag naar 'samenhang' minder verstrekkend (en bedreigend) dan de vraag of de klachten door psychische factoren worden *veroorzaakt*.

Het oordeel van de onderzoeker over het verband tussen klachten en psychische factoren is weergegeven in tabel 10. Ik heb me

*Tabel 10:* Door de onderzoeker gevonden verband tussen de klachten en psychische factoren

|                  | aantal | %     |
|------------------|--------|-------|
| verband aanwezig | 126    | 56,5  |
| verband dubieus  | 55     | 24,7  |
| verband afwezig  | 28     | 12,5  |
| onbekend         | 14     | 6,3   |
| totaal           | 223    | 100,0 |

bij de indeling steeds gebaseerd op de indertijd in mijn brief gedane uitspraken, hoewel ik achteraf wel eens aan mijn conclusies twijfelde. In de loop der jaren ben ik onzekerder geworden: van de 55 gevallen waarbij ik het verband dubieus achtte, zijn er 40 afkomstig uit de laatste 2½ jaar, 15 uit de eerste 2½ jaar, terwijl de totale aantallen in deze periode vrijwel gelijk waren. Al doende leert men blijkbaar te twijfelen.

De bevindingen tot dusver resumerend kan het volgende worden gesteld. De in een ziekenhuis opgenomen patiënten met somatische onverklaarde lichamelijke klachten die worden gezien door een psychiatrisch consulent zijn merendeels van jeugdige leeftijd. Het aantal vrouwen is iets groter dan het aantal mannen. Hun klachten zijn divers van aard. In de gebruikte indeling vormen de buik- en maagklachten de grootste groep (30%). De helft der patiënten had al ten minste 2 jaar klachten, 21% ten minste vijf jaar. De meerderheid bleek geen goed omschrijfbaar psychiatrisch syndroom te vertonen (in het CHAM-systeem van Silbermann); 22% vertoonde een depressief beeld. Ruim één derde deel der patiënten gaf in het begin van het interview aan samenhang te zien of mogelijk te achten tussen hun klachten en psychische spanningen; bijna de helft der patiënten ontkende een dergelijke samenhang. De onderzoeker vond een verband tussen de

klachten en emotionele factoren bij 56% der patiënten; in 25% der gevallen twijfelde hij.

Voor zover de literatuur gegevens verstrekt over demografische en psychiatrische karakteristika van patiënten met onverklaarde klachten, zijn onze bevindingen met die gegevens in overeenstemming.

## 2 Karakteristika van patiënten met psychogeen bepaalde lichamelijke klachten

De groep van 126 patiënten bij wie de onderzoeker een verband aanwezig achtte tussen hun klachten en psychische factoren (kortheidshalve verder aangeduid als 'psychosomatische patiënten') werd vergeleken met de totale groep van 223 patiënten. Er werden geen verschillen aangetroffen in sekse- en leeftijdsverdeling, burgerlijke staat, sociale klasse, verwijzende afdeling, aard en duur van de klachten. De indeling naar het psychiatrisch toestandbeeld is weergegeven in tabel 11. De groep omvatte meer angst- en spanningstoestanden dan op grond van de verdeling in

Tabel 11: Psychiatrisch toestandbeeld bij 'psychosomatische' patiënten

| toestandbeeld                            | psychosom. pat. | totale popul. | verschil |
|------------------------------------------|-----------------|---------------|----------|
| depressieve beelden                      | 28(22,2%)       | 49(22,0%)     | n.s.     |
| angst- en spanningstoestanden            | 24(19,2%)       | 29(13,0%)     | n.s.     |
| overige psychiatrische syndromen         | 13(10,3%)       | 17( 7,6%)     | n.s.     |
| geen psychiatrisch syndroom/<br>onbekend | 61(48,3%)       | 128(57,4%)    | n.s.     |
| totaal                                   | 126(100,0%)     | 223(100,0%)   |          |

de totale groep te verwachten was, en relatief minder patiënten die gerubriceerd werden onder 'geen psychiatrisch syndroom'. De verschillen zijn echter *niet* significant (bij significantieniveau van 5%). Het aantal neurosen is, zoals voor de hand ligt, relatief beduidend groter dan in de totale groep; het aantal 'nog niet in te delen' patiënten aanzienlijk kleiner (zie tabel 12). De groep be-

Tabel 12: I.C.D.-diagnose bij 'psychosomatische' patiënten

| hoofdgroep I.C.D.                               | psychosom. pat. | totale popul. | verschil                 |
|-------------------------------------------------|-----------------|---------------|--------------------------|
| psychosen                                       | 6( 4,8%)        | 9( 4,0%)      | n.s.                     |
| neurosen, enz.                                  | 98( 77,8%)      | 131( 58,7%)   | $p < .01(\chi^2 = 7.77)$ |
| situatieve/reactieve<br>stoornissen             | 3( 2,4%)        | 4( 1,8%)      | n.s.                     |
| organische, niet-psycho-<br>tische aandoeningen | 1( 0,7%)        | 2( 0,9%)      | n.s.                     |
| geestelijke retardatie                          | 3( 2,4%)        | 8( 3,6%)      | n.s.                     |
| gezond                                          | 0( — )          | 17( 7,6%)     | $p < .01(\chi^2 = 8.63)$ |
| nog niet in te delen                            | 15( 11,9%)      | 52( 23,3%)    | $p < .01(\chi^2 = 7.04)$ |
| totaal                                          | 126(100,0%)     | 223(100,0%)   |                          |

vatte tenslotte, vergeleken met de totale groep, relatief meer patiënten die zelf verband aangaven tussen hun klachten en psychische spanningen, en minder patiënten bij wie dat niet het geval was (zie tabel 13).

*Tabel 13: Door de patiënt aangegeven samenhang tussen klachten en 'spanningen' bij 'psychosomatische' patiënten*

|                                | psychosom. pat. | totale popul. | verschil                   |
|--------------------------------|-----------------|---------------|----------------------------|
| samenhang (mogelijk)           |                 |               |                            |
| aanwezig                       | 65( 51,6%)      | 77( 34,5%)    | $p < .01 (\chi^2 = 10,62)$ |
| samenhang <i>niet</i> aanwezig | 41( 32,5%)      | 107( 48,0%)   | $p < .01 (\chi^2 = 6,26)$  |
| onbekend                       | 20( 15,9%)      | 39( 17,5%)    | n.s.                       |
| totaal                         | 126(100,0%)     | 223(100,0%)   |                            |

De bevindingen zijn bepaald niet opzienbarend te noemen. Dat het aannemen door de onderzoeker van een verband tussen de klachten en psychische factoren samenhang vertoont met een overeenkomstige visie van de patiënt, en met het neurotisch zijn (resp. als zodanig aangemerkt worden) van de patiënten is nogal voor de hand liggend.

Het materiaal is verder geëxploreerd vanuit het perspectief van een drietal andere subgroepen van de totale populatie, namelijk:

- 1 de groep van patiënten die zelf samenhang aanwezig achtten ( $n = 77$ );
- 2 de groep van patiënten die zelf samenhang ontkenden ( $n = 107$ );
- 3 de groep van patiënten die zelf samenhang ontkenden, maar bij wie de onderzoeker wél verband aannemelijk achtte ('ontkennende psychosomatische patiënten'). Deze laatste groep omvat 41 patiënten.

Ad 1. De groep van patiënten die zelf samenhang aanwezig achtten, verschilde qua sekse- en leeftijdsverdeling, burgerlijke staat, sociale klasse, verwijzende afdeling, duur van de klachten en I.C.D.-diagnose niet van de totale populatie. De groep omvatte minder rugklachten dan op toevalsgronden te verwachten was (in totaal vier patiënten; het verschil is significant op 5%-niveau). Interessanter is dat deze groep relatief aanzienlijk meer angst- en spanningstoestanden omvatte dan de totale groep (zie tabel 14). Vanzelfsprekend bleken er duidelijke correlaties te bestaan tussen de mening van de patiënt en het oordeel van de onderzoeker over het al dan niet bestaan van een verband tussen de klachten en psychische factoren (zie tabel 15).

Ad 2. De groep van patiënten die zelf samenhang ontkenden gaf in vergelijking met de totale groep eveneens verschillen te zien met betrekking tot het aantal angst- en spanningstoestanden, en met betrekking tot het door de onderzoeker al dan niet aangenomen verband tussen klachten en psychische factoren (zie tabel 16 en 17).

Tabel 14: Psychiatrische toestandsbeelden bij patiënten die zelf samenhang tussen hun klachten en 'spanningen' zagen

|                                           | patiënten die zelf<br>samenhang zagen | totale popul. | verschil                   |
|-------------------------------------------|---------------------------------------|---------------|----------------------------|
| depressieve beelden                       | 13( 16,9%)                            | 49( 22,0%)    | n.s.                       |
| angst- en spannings-<br>toestanden        | 21( 27,3%)                            | 29( 13,0%)    | $p < .001(\chi^2 = 12,07)$ |
| overige psychiatrische<br>syndromen       | 3( 3,9%)                              | 17( 7,6%)     | n.s.                       |
| geen psychiatrisch<br>syndroom / onbekend | 40( 51,9%)                            | 128( 57,4%)   | n.s.                       |
| totaal                                    | 77(100,0%)                            | 223(100,0%)   |                            |

Tabel 15: Door de onderzoeker gevonden verbanden tussen klachten en psychische factoren bij patiënten die zelf samenhang hiertussen zagen

|                  | patiënten die zelf<br>samenhang zagen | totale popul. | verschil                  |
|------------------|---------------------------------------|---------------|---------------------------|
| verband aanwezig | 65( 84,4%)                            | 126( 56,5%)   | $p < .01(\chi^2 = 10,61)$ |
| verband dubieus  | 12( 15,6%)                            | 55( 24,7%)    | n.s.                      |
| verband afwezig  | —                                     | 28( 12,5%)    | $p < .01(\chi^2 = 10,01)$ |
| onbekend         | —                                     | 14( 6,5%)     | *)                        |
| totaal           | 77(100,0%)                            | 223(100,0%)   |                           |

\*)  $\chi^2$ -toets niet toepasbaar wegens  $fe < 5$ .

Tabel 16: Psychiatrisch toestandsbeeld bij patiënten die samenhang tussen hun klachten en 'spanningen' ontkenden

|                                             | patiënten die samen-<br>hang ontkenden | totale popul. | verschil                 |
|---------------------------------------------|----------------------------------------|---------------|--------------------------|
| depressieve beelden                         | 20( 18,7%)                             | 49( 22,0%)    | n.s.                     |
| angst- en spannings-<br>toestanden          | 5( 4,7%)                               | 29( 13,0%)    | $p < .05(\chi^2 = 5,71)$ |
| overige psychiatrische<br>syndromen         | 9( 8,4%)                               | 17( 7,6%)     | n.s.                     |
| geen psychiatrische<br>syndromen / onbekend | 73( 68,2%)                             | 128( 57,4%)   | n.s.                     |
| totaal                                      | 107(100,0%)                            | 223(100,0%)   |                          |

Tabel 17: Door de onderzoeker gevonden verband tussen klachten en psychische factoren bij patiënten die zelf samenhang ontkenden

|                  | patiënten die zelf<br>samenhang ontkenden | totale popul. | verschil                 |
|------------------|-------------------------------------------|---------------|--------------------------|
| verband aanwezig | 41( 38,3%)                                | 126( 56,5%)   | $p < .02(\chi^2 = 6,26)$ |
| verband dubieus  | 34( 31,8%)                                | 55( 24,7%)    | n.s.                     |
| verband afwezig  | 25( 23,4%)                                | 28( 12,5%)    | $p < .01(\chi^2 = 9,96)$ |
| onbekend         | 7( 6,5%)                                  | 14( 6,5%)     | n.s.                     |
| totaal           | 107(100,0%)                               | 223(100,0%)   |                          |

Ad 3. Ten slotte dan de groep van 41 'ontkennende psychosomatische patiënten' (de dokter zegt 'ja', de patiënt zegt 'nee'). Vergeleken met de totale populatie ( $n = 223$ ) omvat deze groep relatief meer neurotische patiënten (38). Het verschil is significant op 2%-niveau ( $\chi^2 = 8.04$ ). Uiteraard omvatte de groep minder nog niet in te delen patiënten en geen 'gezonden'. Overigens werden geen significante verschillen gevonden. Vermeldenswaard is wel dat het percentage rugklachten in deze groep hoger is (zij het niet significant) dan in de totale groep: 22% versus 13,4%. Hetzelfde geldt voor buik- en maagklachten: 41% versus 30,5%. Het aantal patiënten met hoofdpijn enz. is relatief kleiner (zij het eveneens niet significant) dan in de totale groep: 12% versus 19,7%. De klachtenduur is tenslotte in de groep van de ontkennende psychosomatische patiënten wat langer dan in de totale groep (ook hier is het verschil niet significant): 59% heeft langer dan twee jaar klachten tegen 50,2% in de totale groep. Vergelijkt men tenslotte de ontkennende psychosomatische patiënten met de gehele subgroep van psychosomatische patiënten ( $n = 126$ ), dan valt weer een verschil op met betrekking tot de angst- en spanningstoestanden. Slechts twee patiënten in de groep van ontkennende psychosomatische patiënten bleken een dergelijk syndroom te vertonen. Het verschil is significant op 5% niveau (eenzijdig).

### **Bespreking**

Uitgangspunt voor het onderzoek was de in de inleiding opgeworpen vraag of er op grond van een analyse van een groep patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten iets te zeggen viel over de door de onderzoeker gebezigde argumentatie bij het aannemen of verwerpen van een duidelijk verband tussen de lichamelijke klachten en psychische factoren. Tegen de achtergrond van deze vraag geef ik puntsgewijs commentaar op de bevindingen.

1 — Er blijkt een duidelijke relatie te bestaan tussen het antwoord van de patiënten op de in het begin van het interview aan hem/haar gestelde vraag of hij/zij samenhang zag tussen zijn/haar klachten en psychische spanningen of problemen, en het oordeel van de onderzoeker over een dergelijk verband. In het geval dat de patiënt bevestigend op deze vraag antwoordde, is de kans groot dat de onderzoeker ook een verband aannam. Bij 84% der 'ja-zeggere' vond de onderzoeker een verband; bij geen enkele patiënt uit deze groep verwierp de onderzoeker de veronderstelling dat de klachten samenhangen met de psychische spanningen. Zei de patiënt 'nee', dan was de kans groter dat de onderzoeker ook 'nee' zei: bij 23% der 'nee-zeggere' was dat het geval, tegen 12,5% in de totale populatie. De relatie tussen de (in het begin van het interview uitgesproken) mening van de patiënt en het uiteindelijke oordeel van de onderzoeker over het al dan niet bestaan van een verband tussen de klachten en psychische spanningen of problemen, is nog eens weergegeven in een kruistabel (ta-

bel 18). Buiten beschouwing bleven hier de patiënten bij wie de eigen mening en/of het oordeel van de onderzoeker onbekend (d.w.z.: niet uit de gegevens achterhaalbaar) was/waren. Dat waren in totaal 46 patiënten; resteren 177 patiënten. De cijfers spreken voor zichzelf.

*Tabel 18: Relatie tussen de mening van patiënt en het oordeel van de onderzoeker over het al dan niet bestaan van samenhang tussen de klachten en psychische spanningen of problemen*

|                               | mening patiënt |     | totaal |
|-------------------------------|----------------|-----|--------|
|                               | ja             | nee |        |
| oordeel onderzoeker - ja      | 65             | 41  | 106    |
| oordeel onderzoeker - dubieus | 12             | 34  | 46     |
| oordeel onderzoeker - nee     | —              | 25  | 25     |
| totaal                        | 77             | 100 | 177    |

Dat de mening van de patiënt een belangrijke rol speelt in de argumentatie van de onderzoeker, ligt voor de hand. Interessant is wel dat het aantal patiënten dat al in het begin van het interview bevestigend antwoordde op de vraag of hun klachten samen zouden kunnen hangen met spanningen relatief vrij groot is: 34,5% in de totale groep; 52% in de groep van de 'psychosomatische patiënten'. Deze bevinding lijkt in zekere tegenspraak met de veel verkondigde mening dat dit type patiënten nogal afwerend zou staan ten opzichte van het inzicht dat hun klachten mogelijk een psychische origine hebben. Zoals al werd aangegeven lijkt het zinnig te veronderstellen dat het relatief grote aantal 'ja-zeggERS' samenhangt met de formulering van de aan hun gestelde vraag, en met het feit dat zij 'op eigen terrein' werden onderzocht.

2 — De groep patiënten bij wie de onderzoeker een verband vond ('psychosomatische patiënten') omvat relatief meer neurotische patiënten dan de totale populatie. Deze (al evenzeer voor de hand liggende) bevinding geeft geen aanleiding tot verder commentaar.

3 — De bevindingen met betrekking tot de angst- en spannings-toestanden verdienen een uitgebreider bespreking. Angst- en spanningstoestanden kwamen frequenter voor bij patiënten die zelf samenhang aangaven, en minder frequent bij patiënten die samenhang ontkenden. In de groep van de 'ontkennende psychosomatische patiënten' was het aantal angst- en spanningstoestanden zeer gering (2); het verschil met de totale subgroep van 'psychosomatische patiënten' was significant op 5%-niveau (éénzijdig getoetst). Uit deze gegevens zou men kunnen afleiden dat patiënten, als zij aangeven 'samenhang' te zien tussen hun klachten en psychische factoren, nogal eens (zij het niet uitsluitend, zie verder) bedoelen dat zij hun klachten interpreteren als de lichamelijke begeleidingsverschijnselen van angst en spanning. Bij nadere analyse bleek mij dat van de 29 patiënten met angst- en spanningstoestanden 21 een bevestigend antwoord gaven op de vraag

in het begin van het interview of hun klachten zouden kunnen samenhangen met spanningen. (Het verschil met de totale groep is in hoge mate significant:  $p = < .001$ ).

Opvallend is dat deze correlatie afwezig is bij de groep depressieve patiënten ( $n = 49$ ), en dat onder 'ja-zeggERS' resp. 'nee-zeggERS' niet meer, resp. minder depressies voorkomen. De samenhang tussen de lichamelijke klachten en een depressieve gemoedstoestand wordt volgens mijn ervaring door de meeste patiënten geduid als een oorzaak-gevolg verband ('je wordt er ook moedeloos van'), en niet, of in veel mindere mate, als 'equivalent' zoals bij angst- en spanningstoestanden het geval is.

De groep patiënten zonder een in het CHAM-systeem classificeerbaar psychiatrisch syndroom ( $n = 128$ ) vertoont evenmin significante verschillen met de totale groep met betrekking tot de door patiënten al dan niet geziene samenhang en het door de onderzoeker al dan niet aangenomen verband. Ook deze groep bevat een aantal patiënten (38; 31%) die zelf samenhang mogelijk achten. Hieruit kan worden geconcludeerd dat patiënten die zelf aangeven samenhang te zien, ook kunnen bedoelen dat hun klachten de 'vertaling' zijn van hun problemen, zonder dat zij psychisch onaangename sensaties van zodanige aard voelen dat zij de onderzoeker opvallen.

Uit het bovenstaande valt vrij ongedwongen een therapeutisch relevante indeling af te leiden van patiënten met psychogeen bepaalde lichamelijke klachten. Er is een (in dit patiëntenmateriaal vrij kleine) groep patiënten die een herkenbaar angst- en spanningssyndroom vertoont. Deze patiënten hebben vaak weinig moeite met het inzicht dat hun lichamelijke klachten met hun angst en spanning van doen hebben. Zij vatten hun klachten op als natuurlijke lichamelijke begeleidingsverschijnselen van hun angst en/of spanning. Het lijkt voor de onderzoeker relevant deze interpretatie over te nemen, en overeenkomstig te handelen, d.w.z.: in eerste instantie te proberen de angst en/of de spannings-toestand te doorbreken (op welke manier dan ook). In de klassieke psychiatrische diagnostiek is deze groep aan te duiden met termen als: angstneurose, neurasthenie en dergelijke. Kuiper duidt een dergelijke groep aan als 'orgaanneurosen' (Kuiper, 1966).

Verwant met de groep patiënten met een angst- en spanningstoestand is de categorie patiënten met een depressief beeld. Een combinatie van lichamelijke klachten en een depressief beeld doet zich vrij frequent voor (22% van de totale onderzoekspopulatie bleek een depressief beeld te vertonen). Dat een depressieve gestemdheid zich (ook) uit in onaangename lichamelijke sensaties van allerlei aard is wel bekend. Het feit dat deze groep patiënten een relatief vrijwel even groot aantal patiënten omvat die samenhang zien, resp. ontkennen, als de totale onderzoekspopulatie, heeft veel te maken met het feit dat patiënten de samenhang tussen hun klachten en de depressie interpreteren als een oorzaak-gevolg relatie. Men doet er naar mijn ervaring goed aan patiënten deze visie te laten, maar tegelijkertijd te proberen hen tot het

inzicht te brengen dat omgekeerd hun depressieve gemoedstoestand hun klachten kan beïnvloeden of verergeren (vicieuze cirkel). Analoot aan het gestelde bij angst- en spanningstoestanden dient ook hier eerst het syndroom te worden bestreden.

Daarnaast is er een (in dit patiëntenmateriaal vrij grote) groep patiënten *zonder* (d.w.z.: in het CHAM-systeem beschreven) psychiatrisch syndroom. Een aantal van deze patiënten (31%) geeft een samenhang te zien tussen hun klachten en psychische spanningen, waarmee zij globaal bedoelen dat zij hun klachten interpreteren als uitdrukking of 'vertaling' van problemen waarmee zij worstelen. Het is belangrijk in te zien dat een dergelijke samenhang van een andere aard is dan de samenhang die men op het oog heeft als men de klachten interpreteert als begeleidingsverschijnselen van gevoelde (en door de onderzoeker geconstateerde) angst en/of spanning, resp. als samenhangende met een depressieve gemoedstoestand. Het gaat hier om een poging tot *zingeving*. De opdracht van de psychiater is, samen met de patiënt, de *betekenis* (signaalwaarde, resp. doel) van de klachten te achterhalen. Soms is de betekenis voor de patiënt aanvankelijk nog geheel onbewust, soms gedeeltelijk en vaag bewust (patiënten die 'ja' zeggen). 'Bewust' en 'onbewust' zijn geen statistische toestanden met een waterdichte scheiding ertussen, maar de polen van een voortdurend, in beweging zijn continuüm. In de klassieke psychiatrische diagnostiek kan men met deze groep patiënten het begrip 'conversie' associëren.

Het is van groot belang in te zien dat de boven onderscheiden groepen elkaar *niet* uitsluiten. Lichamelijke angstequivalenten kunnen uiteraard een 'uitdrukkings'- of 'vertalings'karakter hebben, resp. krijgen. Het is *altijd* nodig samen met de patiënt te zoeken naar de zin, de betekenis van de klachten.

4 — Last but not least: Opvallender dan de positieve bevindingen zijn de negatieve. Uit de vergelijking van de diverse subgroepen op de gebruikte variabelen valt eigenlijk niet erg veel af te leiden over de door de onderzoeker gebezigde argumentatie bij het aannemen of verwerpen van psychogenie. Met name geldt dit voor de groep patiënten die geen herkenbaar (d.w.z.: in het CHAM-systeem beschreven) psychiatrisch syndroom vertoont. In velerlei opzicht is de groep van patiënten met psychogeen bepaalde lichamelijke klachten even heterogeen als de totale groep patiënten met onverklaarde somatische klachten. (Een typering van die groep op verschillende demografische en psychiatrische karakteristika is eerder in dit artikel gegeven.) Er was eigenlijk ook weinig anders te verwachten. Zoals wij zagen, gaat het uiteindelijk om (een proces van) *zingeving*. Dit is een strikt-persoonlijk gebeuren. Anders gezegd: de hypothese 'de klachten hangen duidelijk samen met psychische spanningen of problemen' is een hypothese die uitsluitend kan worden getoetst in het universum van de *individuele* patiënt. Dat betekent *niet* dat er geen algemene regels te geven zouden zijn voor de wijze waarop een dergelijke verklaring (waarin zinsanalytische en causaal-analytische elementen el-

kaar completeren) wordt opgebouwd, wél dat die regels veel meer dienen als leidraad in een steeds verschillende doolhof dan als algemeen-geldende wetmatigheden met een altijd identiek gewicht (vgl. Van Leeuwen, 1973; Kuiper, 1976). Dat roept natuurlijk onmiddellijk levensgroot het probleem op van de betrouwbaarheid van de door onderzoeker gedane uitspraak over het al dan niet bestaan van een verband tussen de klachten en psychische factoren. Hoe weet men dat de gegeven verklaring de juiste is? Er zou hier veel over te zeggen zijn, en analogieën te trekken met de geschiedenis- en literatuurwetenschappen. Ik beperk me hier tot de vaststelling dat de verklaring in termen van psychogenie *niet* worden getoetst op 'juistheid' maar op *plausibiliteit*: worden in de gegeven verklaringen zoveel mogelijk gegevens zo ongedwongen mogelijk met elkaar in een zinvol, resp. begrijpelijk verband gebracht. Belangrijk is ook of de verklaring kan leiden tot een succesvol therapeutisch ingrijpen, en tenslotte — en niet in de laatste plaats — of de patiënt zich (meteen dan wel na enige tijd) met de gegeven verklaring kan verenigen. De vraag of de patiënt samenhang ziet tussen zijn klachten en psychische factoren staat aan het begin én aan het einde van de psychiatrische diagnostiek van onverklaarde lichamelijke klachten.

### **Literatuur**

- Abraham, R. E. en P. Ridders van der Zaal (1972), Hysterie en andere psychiatrische diagnoses bij patiënten met een tumor cerebri, *Ned. Tijdschrift Geneesk.* 116, 2329.
- Compendium Gezondheidsstatistiek Nederland 1974*. Centraal Bureau voor de Statistiek/Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage.
- Cremerius, J. (1968), *Die prognose funktioneller Syndrome; Ein Beitrag zu ihrer Naturgeschichte*. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.
- Dijk, W. K. van (1976), Over het concept 'vicieuze cirkel' bij het onderzoek van verslavingen, in: *Neurologische en psychiatrische verkenningen* (red. R. le Coultre, J. M. Minderhoud, S. Boonstra), Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Eastwood, M. R. (1975), *The relation between physical and mental illness*, Univ. of Toronto Press, Toronto.
- Kortmann, F. (1976), *Persoonlijke mededeling*.
- Kreitman, N. e.a. (1965), Hypochondriasis and depression in out-patients at a general hospital, *Brit. J. Psychiat.* 111, 607.
- Kuiper, P. C. (1966), *Neurosenleer*, Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Kuiper, P. C. (1976), *De mens en zijn verhaal*, Athenaeum - Polak & Van Gennep, Amsterdam.
- Leeuwen, W. F. van (1973), Het psychoanalytische minimum, in: *Klinische psychologie in Nederland*, deel I (red. A. P. Cassee, P. E. Boeke, J. T. Barendregt), Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Maclay, I. (1965), The 'functional' medical out-patient, *Brit. J. Psychiat.* 111, 34.
- Rooymans, H. G. M. (1972), Consultatieve Psychiatrie, *T. v. Psychiatrie* 14, 19.
- Rooymans, H. G. M. (1975), Chronisch klaaggedrag en depressie, *T. soc. geneesk.* 53, 607.

Ryle, G. (1970<sup>5</sup>), *The concept of mind*, Penguin Books.

Shevitz, St. A. e.a. (1976), Psychiatric consultations in a general hospital — a report on 1000 referrals, *Dis. Nerv. Syst.* 295.

Silbermann, R. M. (1970), CHAM — een systeem voor de classificatie van psychiatrische toestandsbeelden, *Excerpta Medica Foundation*, Amsterdam.

Tulder, J. J. M. van (1962), *De beroepsmobiliteit in Nederland van 1919 tot 1954*, Leiden.