

voorkomt, terwijl vele anderen, die iets dergelijks niet in hun werk waarnemen, niets te melden hebben. Vandaar mijn belangstelling voor mededelingen van anderen, die misschien de waarneming van collega Van der Meer zouden kunnen steunen. Een speciaal voor dit doel opgezet onderzoek, zoals dat van collega Van Opstall er wellicht een is, heeft dan zeker zeggingskracht. Beider uitkomsten samen vormen stellig een argument ten gunste van de veronderstelling, dat het optreden van een extra-uteriene zwangerschap vele jaren na een onvoldoende geslaagde tuba-operatie geen te verwaarlozen zeldzaamheid is. In dat geval is de prevalentie van met tubasterilisatie behandelde geslachtsrijpe vrouwen belangrijker dan de incidentie, waarvan ik uitging. En dan zou de invloed van deze sterilisaties op het ontstaan van extra-uteriene graviditeiten groter zijn dan ik heb verondersteld. Collega Van der Meer heeft terecht hiervoor aandacht gevraagd.

Wijhe (Ov.), november 1984

D. HOOGENDOORN

### *Nervus-functionele klachten in de huisartsenpraktijk*

Met belangstelling hebben wij kennis genomen van de artikelen van Huygen et al. (1984, bl. 1321 en 1372). Betrouwbare gegevens over het vóórkomen en het beloop van nerveus-functionele (NF-)klachten zijn schaars en het gedegen epidemiologische onderzoek dat door de schrijvers verricht is, lijkt ons een waardevolle bijdrage in de opsporing en het herkennen van deze problemen.

Teleurstellend waren echter de beschouwingen over het therapeutische beleid. Schrijvers stellen dat het niet realistisch is te verwachten patiënten met NF-klachten te kunnen „genezen” door ze te laten veranderen. De arts zou de op verandering gerichte attitude moeten laten varen en deze patiënten moeten helpen te leren leven met hun klachten-geneigdheid, middels een passieve houding gekenmerkt door luisteren en begrip tonen. Op deze wijze wordt naar onze mening de problematiek als een ongeneeslijke ziekte beschouwd, waarvoor geen goede behandelingswijze kan worden ontwikkeld. Wij vinden dat het wel mogelijk kan zijn door een actieve benadering verandering teweeg te brengen in „chronisch klaaggedrag”.<sup>1</sup> Een vroegtijdige en actieve aanpak lijkt ons ook van belang, omdat het bekend is dat chronisch geworden probleemgedrag moeilijker te veranderen is. Een houding gekenmerkt door „begrip en luisteren” alleen, heeft ons inziens te veel risico's het probleemgedrag juist te versterken.

#### LITERATUUR

<sup>1</sup> Akkeren F van, Veeninga AT. De behandeling van patiënten met chronisch klaaggedrag in een huisartspraktijk. Huisarts Wet 1984; 27: 342-4.

Amsterdam, oktober 1984

F. VAN AKKEREN  
A.T. VEENINGA

Wij stellen de reactie van de collegae Van Akkeren en Veeninga zeer op prijs. Wij vragen ons echter wel af of zij onze bedoelingen wel helemaal goed hebben begrepen. In de eerste plaats hebben wij er duidelijk op gewezen dat het af en toe hebben van nerveus-functionele klachten zo vaak voorkomt dat dit beschouwd kan worden als te behoren bij het gewone leven. Wij stelden dat de meeste van deze klachten na korte tijd vanzelf overgaan en dus zeker niet als

een ongeneeslijke ziekte beschouwd moeten worden. De zinsnede dat het niet realistisch is te streven naar „genezing” had met name betrekking op mensen met een *chronisch* nerveus-functioneel klaaggedrag. Wij stelden dat niet zo maar, maar op grond van de aangehaalde literatuur en van brede en langdurige ervaring, opgedaan in een aantal samenwerkingsprojecten van huisartsen en psycho-sociale hulpverleners. Verder hebben wij allerm minst gepleit voor een passieve houding, maar juist voor een actieve verandering van de instelling van de arts, ten einde de geaardheid van deze patiënten volledig te aanvaarden, juist om deze patiënten op een goede wijze te kunnen helpen. In dezen wezen wij op het doorbreken van vicieuze cirkels.

Voor hun stelling dat het wel mogelijk is verandering te brengen in chronisch klaaggedrag beroepen de inzenders zich op hun artikel in *Huisarts en Wetenschap*. Wij hebben dit met aandacht overgelezen. Daarbij viel het ons op dat de auteurs zelf reeds stelden dat de evaluatie van hun therapie methodologisch eigenlijk onjuist was, omdat de behandelaar tegelijkertijd als onderzoeker fungeerde. De door hen afgedrukte tabel betreft slechts 10 van de 56 behandelde patiënten, zodat hier sprake kan zijn geweest van een sterke selectie. De auteurs spreken in hun artikel (terecht) slechts over een „indruk” en over subjectieve ervaringen waaraan geen conclusies mogen worden verbonden met betrekking tot de doelmatigheid van de behandeling. Bovendien – en daar wijzen zij zelf ook op in hun beschouwing – zou de korte follow-upperiode aanzienlijk verlengd moeten worden om van een werkelijke verandering te mogen spreken. Onze eerste subjectieve ervaringen en die van onze patiënten in de door ons ondernomen experimenten stemden geheel overeen met die van de inzenders.

Nijmegen, november 1984

F.J.A. HUYGEN  
H.J.M. VAN DEN HOOGEN  
A.TH. VAN DE LOGT  
A.J.A. SMITS

In dit tijdschrift rapporteerden Huygen et al. over een epidemiologisch onderzoek naar nerveus-functionele (NF-) klachten in de huisartsenpraktijk.<sup>1</sup> Zij willen onder meer vaststellen of NF-klachten vooral samenhangen met belasting (externe stressoren) dan wel met belastbaarheid (persoonsgebonden stressgevoeligheid).

Wat moet de lezer zich echter bij belastbaarheid voorstellen? Daarover is de tekst niet zo expliciet: belastbaarheid wordt ingebed gedacht in de persoonlijkheidsstructuur. Dat komt ook tot uiting in de keuze van het meetinstrument, de Amsterdamse Biografische Vragenlijst (ABV). De auteurs bezigen de N(neuroticisme)- en NS(neurosomatische klachten)-schalen als criterium voor belastbaarheid. De vraag is allereerst of juist deze twee persoonlijkheidsschalen wel zoveel opleveren. Wat meet dit criterium eigenlijk? Volgens de ook door de auteurs geciteerde Ormel: „Onwelbevinden dat voor het grootste deel persoonsgebonden is.” Welnu, dat patiënten met NF-klachten op deze schalen hoog scoren is een tautologie en daarom niet relevant. Zulke schalen worden immers geconstrueerd door uit een itempool juist die items te selecteren, die patiënten met NF-klachten op zichzelf van toepassing achten. De vraag is bovendien of het niet juist te wijten is aan de keuze om de diagnostiek te richten op de persoonlijkheidsstructuur waardoor het voorgestelde therapeutisch beleid alles bijeen schamel oogt. Er is echter een andere optie denkbaar, van een minder hoog abstractieniveau dan „de persoonlijkheidsstructuur” en dichterbij het leven van alledag. Daarbij stellen wij ons niet

langer de vraag in hoeverre iemand krachtens zijn persoonlijkheid opgewassen is tegen de eisen des levens, maar hoe iemand concreet omgaat met deze eisen. Wat voor strategieën ontwikkelt hij of zij om problemen het hoofd te bieden? Ontwijken of dwarsliggen, klagen of zich groothouden, bagatelliseren of opblazen? Het gaat ons om de zg. coping-style van de patiënt. De diagnostische vraag verschuift van „hoe zit de patiënt psychisch in elkaar” naar „wat doet patiënt in een omschreven situatie”. Ongeacht de theoretische vraag of het coping-gedrag als afgeleide van de persoonlijkheidsstructuur begrepen moet worden, liggen de kansen voor behandeling in deze optiek wezenlijk gunstiger. Gedrag leent zich immers veel eerder voor verandering dan persoonlijkheidsstructuur.

Het ware dan ook te verkiezen geweest als Huygen et al. in plaats van de ABV een vragenlijst hadden gebruikt zoals de Utrechtse copinglijst die zeven factorieel onderscheiden copingschalen biedt. Buitendien is het beloop van NF-klachten door de auteurs maar ten dele opgehelderd. Huygen et al. meten dit beloop aan de hand van medische consultaties. Wij vinden het echter nogal voorbarig om uit het wegblijven van de patiënt tot het verdwijnen van diens klachten te besluiten. Zo schreef Van 't Laar een groep voormalige patiënten met functionele buikklachten zes jaar na consultatie van de internistische polikliniek aan.<sup>3</sup> Uit de geretourneerde vragenlijst bleek 62% van deze patiënten nog dezelfde klachten te hebben als waarmee zij zich eertijds hadden aangemeld. Kortom: het is niet onaanneemelijk dat het beloop van NF-klachten er minder gunstig uitziet dan de auteurs uit hun statistieken menen te kunnen aflezen.

#### LITERATUUR

- <sup>1</sup> Huygen FJA, Hoogen HJM van den, Logt ATH van de, Smits AJA. Nerveus-functionele klachten in de huisartsenpraktijk. Ned Tijdschr Geneeskd 1984; 128: 1321-7 en 1372-7.
- <sup>2</sup> Schreurs P, Tellegen B, Willige G van de. Gezondheid, stress en coping: ontwikkeling van de Utrechtse copinglijst. Gedrag 1984; 12: 101-17.
- <sup>3</sup> Laar A van 't. Functionele buikklachten - 6 jaar later. In: Cluyssenaer O, Thyse O ten, red. Functionele buikklachten. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1980.

Nijmegen, november 1984

K.P.M. VAN SPAENDONCK  
H.J. CHR. BERGER

De reactie van Van Spaendonck en Berger betreft drie punten, die wij achtereenvolgens willen beantwoorden.

1. De ABV zou geen geschikt criterium zijn voor de belastbaarheid van NF-patiënten.

Antwoord: De NS-schaal van de ABV meet inderdaad het aantal neurosomatische klachten. Dat patiënten met NF-klachten hierop hoog scoren is dus niet verwonderlijk. Toch vinden wij deze uitkomst niet irrelevant. Wij zien deze echter meer als een validering van de subjectieve diagnostische beoordeling van de huisarts dan als een tautologie. Belangwekkender achten wij de bevinding dat NF-patiënten hoog scoren op de N-schaal, dus opvallend vaak psychische klachten hebben als piekeren, prikkelbaarheid, onzekerheid, bezorgdheid, rusteloosheid e.d. Dit wijst ons inziens wel degelijk op een geringere psychische spankracht. Uiteraard realiseren wij ons dat hiermee bepaald geen compleet beeld van de persoonlijkheid is verkregen. Van veel grotere betekenis achten wij echter onze bevinding dat NF-patiënten aangeven niet méér aan allerlei stress veroorzakende gebeurtenissen of omstandigheden blootgesteld te zijn dan niet-NF-patiënten. Juist deze combinatie van bevindingen bracht ons ertoe de waarde van de in de (medische) praktijk gangbare belastingsanamnese twijfelachtig te noemen.

2. De behandeling van NF-patiënten is meer gediend met kennis van de zg. coping-style dan van de persoonlijkheidsstructuur van de patiënt, daar gedragsverandering meer perspectief biedt.

Antwoord: Kennis van iemands persoonlijkheidsstructuur of N-score op de ABV geeft inderdaad nauwelijks therapeutische aangrijpingspunten. Wij pleiten dan ook allerminst voor het gebruik van de ABV als diagnosticum in de huisartsenpraktijk. In ons tweede artikel zijn wij ingegaan op de therapeutische aspecten en hebben we benadrukt dat een circulair causaal denkkader meer perspectieven biedt, d.w.z. dat niet alleen de oorzaken maar ook de gevolgen van belang zijn. De wijze waarop de patiënt en zijn of haar omgeving met de klachten omgaan lijkt ook ons meer toegankelijk voor beïnvloeding.

3. Meting van het beloop van NF-klachten aan de hand van medische consultatie kan bedrieglijk zijn.

Antwoord: Hiermede zijn wij het geheel eens. Het niet meer presenteren van klachten betekent niet dat ze zijn „genezen”. Dit neemt niet weg dat het al of niet invoeren van hulp voor klachten in de dagelijkse medische praktijk een zeer belangrijk criterium is, waarop in feite vrijwel het gehele gebouw van onze gezondheidszorg berust. Wij achten het waarschijnlijk dat NF-patiënten op een gegeven moment ontdekken dat de geneeskunde voor hen weinig heeft te bieden en dat zij daarom ophouden met spreekuren van de huisarts te frequenteren. Belangrijker dan de vraag of de NF-klachten zijn „genezen”, achten wij de vraag of de patiënten hiermede hebben leren leven. Dit laatste lijkt ons de belangrijkste doelstelling van de hulpverlening.

Nijmegen, november 1984

F.J.A. HUYGEN  
H.J.M. VAN DEN HOOGEN  
A.TH. VAN DE LOGT  
A.J.A. SMITS

### Acetosal en het hart

Collega Verheugt besluit het eerste gedeelte van zijn artikel (1984, blz. 1951) met de conclusie dat noch acetosal noch een ander antitrombotisch middel infarct-recidief en -sterfte doet dalen in het eerste jaar na het infarct. Deze conclusie is in flagrante tegenspraak met die van de Society for Clinical trials in 1980 en die van Canner in 1983, die beiden de in dit opzicht relevante zes klinische onderzoeken kritisch hebben beoordeeld en die beiden vaststellen dat acetosal in de secundaire preventie van het hartinfarct werkt.<sup>1,2</sup> Volgens Canner daalt de sterfte met ongeveer 10% en het aantal recidieven met ongeveer het dubbele; beide percentages zijn statistisch significant.

De resultaten van een onderzoek naar het effect van acetosal bij patiënten met onstabiele angina pectoris vat Verheugt aldus samen:<sup>3</sup> patiënten die dit middel na hun eerste klachten gedurende 12 weken gebruikten, kregen 50% minder infarcten waardoor ze ook 50% minder kans hadden te overlijden in het eerste jaar. Op het eerste gezicht een enorme winst dus, ook ten aanzien van prognose quoad vitam. De feiten liggen anders. Ten aanzien van de vermindering van de sterfte is er slechts een trend (voor de basiskarakteristieken gecorrigeerde p-waarde = 0,06), geheel in overeenstemming met de geobserveerde lage sterfte aan infarcten van 0,9% in de placebogroep en 0,2% in de acetylsalicylzuur (Aspirine) groep). De opvallend lage sterfte wijst er overigens op dat een creatinefosfokinase-MB-spiegel van  $\geq 2$  IU/l, zoals die vermoedelijk voor een groot gedeelte van de patiënten als enig diagnostisch