Psychiatrie

Reeks Praktische huisartsgeneeskunde

Redactie

Prof. dr. P.J.E. Bindels

Prof. dr. A. Prins

Prof. dr. J.W. van Ree

Mw. dr. A. De Sutter

Prof. dr. th.B. Voorn

Verschenen

Cardiologie

Gastro-enterologie

Gynaecologie

Kindergeneeskunde

Klinische genetica

Longziekten

Neurologie

Oogheelkunde

Psychiatrie

Reizen en ziekte

Reumatologie

Urologie

In voorbereiding

KNO-heelkunde

Sportgeneeskunde

Vasculaire geneeskunde

Meer informatie over de delen in deze reeks treft u aan op ww.bsl.nl/phg

Psychiatrie

Onder redactie van:

Prof. dr. J.W. van Ree

Prof. dr. M.W. deVries

Bohn Stafleu van Loghum

Houten

© Bohn Stafleu van Loghum, 2007

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën of opnamen, hetzij op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 j^o het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Samensteller(s) en uitgever zijn zich volledig bewust van hun taak een betrouwbare uitgave te verzorgen. Niettemin kunnen zij geen aansprakelijkheid aanvaarden voor drukfouten en andere onjuistheden die eventueel in deze uitgave voorkomen.

ISBN 978 90 313 4992 0 (gebrocheerd)

ISBN 978 90 313 5217 3 (gebonden)

ISSN 1567-7672

NUR.870/876

Ontwerp omslag: TOSM, Den Haag

Ontwerp binnenwerk: TEFF (www.teff.nl)

Automatische opmaak: Pre Press, Zeist

Eerste druk, eerste oplage 1997

Eerste druk, tweede oplage 1998

Eerste druk, derde oplage 2005

Tweede druk, eerste oplage 2008

Inhoud

	Lijst van auteurs en redacteurs	1
	Voorwoord	7
	Inleiding	9
1	De organisatie van de psychiatrische zorg in Nederland en de geestelijke gezondheidszorg in België	15
	<i>Dr. M.P.N. van Kerkhof, mr. drs. G.V.M. van Gemert, prof. dr. C. Jannes en dr. D. Larmuseau</i>	
I	Historische inleiding	15
II	De organisatie van de psychiatrische zorg in Nederland	16
1	De vier domeinen van de GGZ	17
2	Van algemene naar specialistische zorg	20
3	Het behandelproces	21
4	Professionals	23
5	Financiering en wetgeving	25
6	Cliënten- en familieorganisaties	27
III	De geestelijke gezondheidszorg in België	28
1	Inleiding	28
2	Zorglijnen	29
3	Professionals	32
4	Samenwerking en netwerkvorming	35
5	Patiëntenrechten	36
2	De epidemiologie van psychiatrische stoornissen	37
	<i>Dr. P.F.M. Verhaak</i>	
1	Inleiding	37

2	Psychiatrische en huisartsgeneeskundige classificaties	37
3	Het vóórkomen van psychische stoornissen in de Nederlandse bevolking	39
4	Psychische problemen in de huisartspraktijk	40
5	Zorgprofiel van patiënten met depressie en een angststoornis in de huisartspraktijk (ontleend aan Cardol e.a.)	45
6	Conclusie	45
	Leesadvies	47
3	Aanpassing van het interview aan de persoonlijkheid van de patiënt	49
	<i>Prof. dr. M. Lipkin, prof. dr. M.W. deVries</i>	
1	Inleiding	49
2	Aanpassing aan de levensfase en de mentale status	51
3	Werken met de persoonlijkheid van de patiënt	52
4	Verbetering van de vaardigheid en het inzicht in de gesprekstechniek	58
5	Conclusie	59
	Leesadvies	60
4	Nieuwe ontwikkelingen in de farmacotherapie van psychiatrische aandoeningen	61
	<i>Prof. dr. R.S. Kahn</i>	
1	Inleiding	61
2	Behandeling van psychosen	62
3	Behandeling van depressies	63
4	Behandeling van angststoornissen	65
5	Toekomstverwachtingen	66
6	Samenvatting	67
	Leesadvies	67
5	Angsten en fobieën	69
	<i>Mw. drs. C.W.M. Debie, drs. R.C.T. Hauzer en prof. dr. E.J.L. Griez</i>	
1	Angsten	69
2	Fobieën	77
3	Dwang	80
	Leesadvies	83
6	Depressie	85
	<i>Prof. dr. J. Heyrman</i>	
	Deel 1 Depressie, een typisch biopsychosociaal concept	85

Deel 2 Na de diagnose is vooral de prognose-inschatting belangrijk	91
Deel 3 De niet-medicamenteuze depressiebegeleiding door de huisarts: een vijfstappenplan	95
Leesadvies	109
7 Signalering, diagnostiek en behandeling van depressie en angst	111
<i>Prof. dr. J. Ormel, mw. dr. B.G. Tiemens, prof. dr. K. van der Meer</i>	
1 Inleiding	112
2 Diagnostische classificaties	113
3 Filtermodel	114
4 Prevalentie van depressie en angst, geassocieerde beperkingen en beloop	117
5 Signalering en diagnostiek	119
6 Behandeling en NHG-richtlijnen	120
7 Effectiviteit NHG-behandelingen op korte en lange termijn	122
8 Strategieën ter versterking van de 'standaard' huisartsenzorg	124
9 Getrapte zorgmodellen	126
10 Prognose en 'matched care'	127
11 Preventie van chroniciteit en recidief	128
12 Slot	129
Leesadvies	130
8 Eetstoornissen	131
<i>Mw. dr. G.H. Fijten, mw. dr. G. Noordenbos</i>	
1 Definitie	131
2 Epidemiologie	134
3 Klachten	135
4 Diagnostiek	137
5 Behandeling/therapie (verschillend voor AN, BN en BED)	140
6 Verwijzingen (in de problematiek gespecialiseerd)	143
7 Complicaties	143
8 Beloop en chroniciteit	144
9 Voorlichting en preventie	145
Leesadvies	146
9 Trauma en dissociatie	149
<i>Prof. dr. O. van der Hart, mw. drs. I.M. Groenendijk</i>	
1 Inleiding	149

2	Dissociatie en trauma	154
3	Epidemiologie	157
4	Klachten	158
5	Diagnostiek	159
6	Acute stressstoornis	160
7	Posttraumatische stressstoornis	160
8	Verwijzing	162
9	Complicaties	165
10	Beloop	165
11	Preventie en voorlichting	166
	Leesadvies	166
	Bijlage: Adressen	167
10	Psychosen en schizofrenie	171
	<i>Prof. dr. D.H. Linszen</i>	
1	Risicogroepen	172
2	Genetisch onderzoek en omgevingsfactoren	177
3	Ernst van het beloop	179
4	Suïcidaliteit	180
5	Behandeling	181
6	Rol van de huisarts bij diagnostiek en therapie	184
7	Comorbiditeit en lichamelijke ziekten	185
	Leesadvies	186
11	Persoonlijkheidsstoornissen	187
	<i>Drs. A.J.H.T. de Bie, mw. drs. M.S. Bruggeman</i>	
1	Inleiding	187
2	Klinische syndromen en persoonlijkheidsstoornissen	188
3	Persoonlijkheidsstoornis in een historisch perspectief	190
4	Epidemiologie	191
5	Theorieën over persoonlijkheidsstoornissen	192
6	De rol van de huisarts	195
7	Conclusie	214
	Leesadvies	215
12	Verslavingen (drugs)	217
	<i>Drs. H.A. de Haan, prof. dr. C.A.J. de Jong, drs. J.B.H.M. Dupont, prof. dr. Ch. Kaplan</i>	
1	Inleiding	217
2	Definities	220
3	Neurobiologische, genetische en milieuaspecten	221
4	Epidemiologie	225

5	Psychoactieve middelen: werking en eerste hulp	226
6	Comorbiditeit	233
7	Behandeling	236
8	De rol van de huisarts	238
	Leesadvies (zie ook hoofdstuk 13)	241
13	Misbruik en afhankelijkheid van alcohol	243
	<i>Prof. dr. C.A.J. de Jong, mw. dr. G.C.M. Kersten</i>	
1	Inleiding	245
2	Definities	246
3	Epidemiologie	251
4	Klachten	256
5	Diagnostiek	256
6	Behandeling	261
7	Beloop	267
	Leesadvies	269
14	Seksuele moeilijkheden	271
	<i>Drs. H.B. Pomerantz, drs. P.M. Leusink</i>	
1	Inleiding	271
2	Theoretische modellen	273
3	De meest gepresenteerde seksuele problemen	275
4	Psychiatrische problemen en seksueel functioneren	288
5	Bijzondere aspecten van seksuele problemen	292
6	Omgaan met seksuele problemen	296
	Leesadvies	299
15	Kinder- en jeugdpsychiatrische stoornissen	301
	<i>Mw. drs. K.M.L.G.E.P. Felix</i>	
1	Inleiding	301
2	Invloeden op de ontwikkeling	303
3	Diagnostisch onderzoek en hulpverleningsproces	304
4	Kinder- en jeugdpsychiatrische ziektebeelden en hun comorbiditeit, als hulpmiddel bij verwijzen	308
5	Therapeutische mogelijkheden	310
6	Rol van de huisarts	312
	Leesadvies	314
16	Dementie en geheugenstoornissen	317
	<i>Prof. dr. F.R.J. Verhey, prof. dr. H.F.J.M. Crebolder</i>	
1	Inleiding	317
2	Definities	319
3	Dementie als syndroom	320

4	Oorzaken van het dementiesyndroom	322
5	Diagnostiek	325
6	Epidemiologie	329
7	Behandeling	330
8	Verwijzing	332
	Leesadvies	333
	Bijlage 1 Gestandaardiseerde MMSE	335
17	Stressgerelateerde klachten: spanningsklachten, overspanning en burn-out	339
	<i>Dr. B. Terluin</i>	
1	Inleiding	339
2	Epidemiologie	340
3	Spanningsklachten	341
4	Overspanning	345
5	Voorlichting en preventie	353
	Leesadvies	354
18	Somatoforme stoornissen en somatisch onvol- doende verklaarde lichamelijke klachten	355
	<i>Mw. dr. I.A. Arnold</i>	
1	Definitie	355
2	Epidemiologie	356
3	Klachten	358
4	Diagnostiek	358
5	Behandeling/therapie	360
6	Verwijzing	361
7	Complicaties	362
8	Beloop en chroniciteit	363
9	Voorlichting en preventie	363
	Leesadvies	363
19	Het gezin als eenheid van behandeling	365
	<i>Mw. drs. A. Heffels</i>	
1	Inleiding	365
2	Denken in systemen	366
3	Kijken naar systemen	367
4	De invloed van stress en ziekte op het systeem	371
5	Systemen in de huisartspraktijk	372
	Leesadvies	373
20	Transculturele psychiatrie	375
	<i>Prof. dr. J.T.V.M. de Jong</i>	
1	Inleiding	375

2	Wat weten wij over immigranten in de eerste lijn?	376
3	Een paar concepten en hun belang voor de eerstelijnswerker	379
4	Tot slot	390
	Leesadvies	391
21	Consultatieve psychiatrie en de huisartspraktijk	393
	<i>Dr. F.J. Huyse</i>	
1	Inleiding	393
2	Ziekenhuispsychiatrie versus GGZ eerstelijnspsychiatrie	394
3	Het momentum van 2007: van magere naar de vette jaren?	395
4	Vormen van consultatief psychiatrische zorg	396
5	Consultatief psychiatrische zorgvormen voor huisartsen	400
6	Van stoornisgeoriënteerde naar complexiteitsgeoriënteerde interventies	403
7	Consequenties voor het zorgproces	410
8	Toekomst	411
	Leesadvies	412
22	Rampen	413
	<i>Dr. C.J. IJzermans</i>	
1	Wat is een ramp?	413
2	Rampen en gezondheidsproblemen	414
3	Psychische problemen na rampen	416
4	Lichamelijke problemen na rampen	417
5	Risicogroepen	419
6	Positie huisarts bij rampen	420
	Leesadvies	422
23	Euthanasie en hulp bij zelfdoding	423
	<i>Drs. L.G.J. Huijnen, prof. dr. W.J. Schudel, prof. dr. G.A.M. Widdershoven</i>	
1	Inleiding	423
2	Beoordeling van de handelwijze van de huisarts aan de hand van de wettelijke zorgvuldigheidseisen	428
3	Nabeschouwing	431
4	Algemene overwegingen	433
	Leesadvies	435

24	Postconcussional disorder (PCD) na mild traumatisch hersenletsel (MTBI): overzicht en handreiking voor de praktijk	437
	<i>Drs. J. Wiersma, dr. R.W.H.M. Ponds</i>	
1	Inleiding	437
2	Definitie	438
3	Epidemiologie	439
4	Klachten en beloop	440
5	Terugblik op de casus	447
6	Tot slot	447
	Leesadvies	447
	Register	449

Lijst van auteurs en redacteurs

Redacteurs

Prof. dr. J.W. van Ree

huisarts en emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde, Universiteit Maastricht

Prof. dr. M.W. deVries

hoogleraar sociale psychiatrie, vakgroep psychiatrie en neuropsychologie, Center for Public Mental Health, University of Maastricht

Auteurs

Mw. dr. I.A. Arnold

huisarts te Leiderdorp en stafmedewerker afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum

Drs. A.J.H.T. de Bie

psychiater/psychotherapeut/opleider psychiatrie Prins Claus Centrum, Orbis medisch en zorgcentrum te Sittard. Supervisor en leertherapeut voor de Vereniging voor Cognitieve en Gedragstherapie.

Mw. drs. M.S. Bruggeman

huisarts te Vaals

Prof. dr. H.F.J.M. Crebolder

emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde, Universiteit Maastricht

Mw. drs. C.W.M. Debie

psycholoog, Academisch Angstcentrum, Mondriaan Zorggroep, locatie Vijverdal, Maastricht

Drs. J.B.H.M. Dupont

manager verslavingspreventie, Mondriaan Zorggroep Zuid Limburg

Mw. drs. K.M.L.G.E.P. Felix

kinder- en jeugdpsychiater, afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie, Erasmus MC, Sophia Kinderziekenhuis, Rotterdam

Mw. dr. G.H. Fijten

arts, coach/therapeut, Amacura Geleen, supervisor (NHG), Sittard/Geleen/Born

Mr. drs. G.V.M. van Gemert

plaatsvervangend directeur GGZ Nederland, Amersfoort

Prof. dr. E.J.L. Griez

hoogleraar experimentele psychiatrie, vakgroep psychiatrie en neuropsychologie, Academisch Angst Centrum Maastricht, Universiteit Maastricht

Mw. drs. I.M. Groenendijk

psycholoog/psychotherapeut, Brinkveld, Centrum voor Persoonlijkheidsproblematiek (Altrecht), Zeist

Drs. H.A. de Haan

Eerste Geneeskundige Tactus verslavingszorg, psychiater Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP), Deventer/Utrecht

Prof. dr. O. van der Hart

honorair hoogleraar psychopathologie van chronische traumatisering, Departement van Klinische en Gezondheidspsychologie, Universiteit Utrecht, en psycholoog/psychotherapeut Sinai Centrum, Amsterdam

Drs. R.C.T. Hauzer

psychiater

Mw. drs. A. Heffels

psychotherapeut/klinisch psycholoog, Praktijk voor Directieve Psychotherapie, Rijckholt

Prof. dr. J. Heyrman

huisarts en hoogleraar huisartsgeneeskunde, diensthoofd van de afdeling huisartsgeneeskunde, Katholieke Universiteit Leuven, België

Drs. L.G.J. Huijnen

huisarts, gezondheidscentrum dr. van Kleef, Maastricht en medewerker vakgroep huisartsgeneeskunde, Universiteit Maastricht

Dr. F.J. Huyse

psychiater, FAMP (Fellow of the Academy of Psychosomatic Medicine), Consulent geïntegreerde zorg, Afdeling Algemene Interne Geneeskunde, Universitair Medisch Centrum Groningen

Dr. C.J. IJzermans

programmaleider Acute zorg en rampen, NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, Utrecht

Prof. dr. C. Jannes

emeritus hoogleraar psychiatrie Universitair Ziekenhuis Gent, België

Prof. dr. C.A.J. de Jong

arts en psychotherapeut, eerste geneeskundige Novadic-Kentron, hoogle-raar Verslaving en Verslavingszorg, Radboud Universiteit Nijmegen en Wetenschappelijk Directeur Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction (NISPA)

Prof. dr. J.T.V.M. de Jong

medisch directeur GGD Amsterdam, hoogleraar transculturele psychiatrie, Vrije Universiteit, en hoogleraar psychiatrie Boston University, Verenigde Staten van Amerika

Prof. dr. R.S. Kahn

hoogleraar psychiatrie, afdeling psychiatrie, Universitair Medisch Centrum Utrecht

Prof. dr. Ch. Kaplan

professor and Dean of Research, Graduate College of Social Work, University of Houston, Verenigde Staten, en vakgroep psychiatrie en neuropsychologie, Universiteit Maastricht

Dr. M.P.N. van Kerkhof

journalist, Amsterdam

Mw. dr. G.C.M. Kersten

psycholoog-psychotherapeut Forensisch Psychiatrisch Centrum De Rooyse Wissel en daarnaast zelfstandig gevestigd onderzoeker op het gebied van verslaving, werkt o.m. als onderzoeksleider van het SIGNAAL-project, uitgevoerd door NISPA (Radboud Universiteit Nijmegen) in opdracht van Novadic-Kentron en Iriszorg in NISPA-verband

Dr. D. Larmuseau

administratief-economisch directeur PC Sleidinge, Sleidinge-Evergem, België

Drs. P.M. Leusink

huisarts/seksuoloog, NVVS. Poli Seksuologie Universitair Medisch Centrum Utrecht en Groene Hart Ziekenhuis Gouda

Prof. dr. D.H. Linszen

hoogleraar psychiatrie, divisie psychiatrie, Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam

Prof. dr. M. Lipkin

professor primary care, department of primary care, New York University, New York, Verenigde Staten

Prof. dr. K. van der Meer

hoogleraar huisartsgeneeskunde, disciplinegroep huisartsgeneeskunde, Universitair Medisch Centrum Groningen, Rijksuniversiteit Groningen

Mw. dr. G. Noordenbos

universitair docent en senior onderzoeker Klinische en Gezondheidspsychologie, Universiteit Leiden

Prof. dr. J. Ormel

hoogleraar sociale psychiatrie en psychiatrische epidemiologie, Interdisciplinair Centrum Psychiatrische Epidemiologie (ICPE), disciplinegroep psychiatrie, Universitair Medisch Centrum Groningen, Rijksuniversiteit Groningen

Drs. H.B. Pomerantz

zelfstandig gevestigde klinisch psycholoog-psychotherapeut/seksuoloog en mediator, Nmi; werkzaam in Utrecht en Brussel, België

Dr. R.W.H.M. Ponds

neuropsycholoog-gezondheidszorgpsycholoog en manager zorg van de zorglijn Neuropsychiatrie (Mondriaan Zorggroep, Maastricht)

Prof. dr. W.J. Schudel

emeritus hoogleraar klinische en sociale psychiatrie, Erasmus Universiteit Rotterdam

Dr. B. Terluin

huisarts, Zorggroep Almere, en senioronderzoeker afdeling Huisartsgeneeskunde, EMGO-instituut, VU Medisch Centrum, Amsterdam

Mw. dr. B.G. Tiemens

andragoog en epidemioloog, senior wetenschappelijk medewerker en waarnemend directeur van Gelderse Roos Instituut voor Professionalisering (GRIP), Renkum

Dr. P.F.M. Verhaak

programmaleider eerste lijn en GGZ, NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, Utrecht

Prof. dr. F.R.J. Verhey

zenuwarts, hoogleraar ouderenpsychiatrie/neuropsychiatrie, afdeling psychiatrie, Academisch Ziekenhuis Maastricht, Alzheimer centrum Limburg/
School of mental health and neurosciences, Universiteit Maastricht

Prof. dr. G.A.M. Widdershoven

hoogleraar ethiek van de gezondheidszorg, Universiteit Maastricht

Drs. J. Wiersma

psychiater en medisch manager van Vesalius, centrum niet-aangeboren hersenletsel, GGZ-Altrecht, Den Dolder, tevens werkzaam bij de Winkler Hersenletselkliniek, De Gelderse Roos, Wolfheze

Voorwoord

Het is alweer meer dan tien jaar geleden dat we in het voorwoord van het eerste boek *Psychiatrie* (in de toen nieuwe reeks Praktische Huisartsgeneeskunde) stelden dat het geen toeval was dat dit onderwerp als eerste in de reeks was gekozen. Psychische problemen spelen immers een prominente rol in de huisartspraktijk en aan een in de praktijk hanteerbaar boek hierover was veel behoefte, zo stelden wij. De forse werkdruk door de veelheid van psychische problemen en de emotionele betekenis van psychische problemen en ziekten trekken immers een forse wissel op de belastbaarheid van de huisarts. De huisarts zal, als eerste aanspreekpunt, de meeste vragen zelf kunnen oplossen. Maar er zijn ook vragen naar advies of behandeling of verwijzing bij ernstig psychisch zieke mensen. Veel problemen zijn niet oplosbaar en bij veel vragen is complexe zorgverlening nodig. Dit is tegenwoordig nog steeds zo! Ook zijn er belangrijke veranderingen in de eerste lijns psychosociale zorg, zoals de ondersteuning door een verpleegkundige in veel huisartsenpraktijken.

Dat we een goede keuze maakten voor de opzet van de reeks bleek al snel, want niet alleen was dit boek succesvol, ook de daaropvolgende praktische onderwerpen kregen veel aandacht, in eerste instantie van huisartsen maar later ook van huisartsen in opleiding. De boeken uit deze reeks staan ook op de literatuurlijsten van medische faculteiten in Nederland en België.

Een redactie staat iedere keer weer voor de vraag of een inhoudelijke herziening van een boek nodig is, als de uitgever meldt dat de (her)druk weer uitverkocht is. Wij constateerden na overleg met de auteurs dat er veel veranderingen in de psychiatrische zorg en in behandelwijzen hebben plaatsgevonden en we besloten tot een herziening van de inhoud van dit boek.

Voor een goede psychosociale zorg voor de patiënt moet er een optimale relatie bestaan tussen de zorgverleners op dit gebied. In dit boek hebben daarom hulpverleners en deskundigen met verschillende achtergronden de jongste kennis en de nieuwe inzichten over de complexe psychische problematiek in onderling overleg samengebracht op een manier die bruikbaar is voor de dagelijkse praktijk van de huisarts. Door de gekozen insteek blijft dit boek de beste leidraad voor de dagelijkse huisartspraktijk. Het is gebleken dat dit boek ook een praktische hulp is voor de huisarts in opleiding, die in de opleidingspraktijk vaak voor het eerst kennismaakt met de diver-

siteit en complexiteit van psychische problematiek van alledag, en waardevol is voor de medisch student in welke richting deze zich ook zal specialiseren.

Prof. dr. J.W. van Ree, prof. dr. M.W. deVries

Inleiding

Psychiatrie is geen leerboek in de klassieke zin van het woord. De bijdragen van de diverse auteurs dragen een steentje bij aan de zorg van huisartsen voor hun patiënten. Omdat zowel huisartsen als psychiaters zorg verlenen aan patiënten met geestelijke problemen is ernaar gestreefd de hoofdstukken zoveel mogelijk door psychiaters en huisartsen samen te laten schrijven. Omdat de aangeboden teksten prettig leesbaar moesten zijn, zonder storende onderbrekingen, is getracht om namen van auteurs en andere literatuurverwijzingen zoveel mogelijk weg te laten. Een leesadvies aan het einde van de hoofdstukken geeft de lezer de mogelijkheid zich verder te oriënteren als hij of zij dat wenst.

Huisartsen moeten zorg verlenen op zowel psychisch als lichamelijk gebied. Als er psychische problemen zijn, dan komt de huisarts daar als eerste mee in aanraking. De huisarts is immers meestal de eerste hulpverlener tot wie patiënten zich bij psychische problemen richten. Gesteld wordt dat de huisarts twintig tot vijftig procent van zijn tijd nodig heeft voor patiënten met klachten die niet verklaarbaar zijn vanuit een lichamelijke ziekte. Dit is in de meeste landen het geval. Patiënten met psychische problemen bezoeken hun huisarts twee keer vaker dan patiënten die deze niet hebben. Deze forse belasting zou ertoe kunnen leiden dat de huisarts zich in de zorgverlening beperkt tot 'een klopje op de schouder', of het voorschrijven van sedativa. In dit kader kan worden opgemerkt dat benzodiazepinen en slaapmiddelen tot de meest voorgeschreven middelen ter wereld behoren. Ook is geruststelling bij spanningsklachten als niet-farmacologische behandelingsmogelijkheid niet altijd de beste benadering. Vaak is er te weinig tijd tijdens volle spreekuren om met patiënten uitgebreid therapeutisch te kunnen praten. Dikwijls is er, ook al is er wel voldoende tijd beschikbaar, te weinig deskundigheid aanwezig op het gebied van psycho- en farmacotherapeutische mogelijkheden. Het omgaan met psychiatrische problemen en het verlenen van gerichte behandeling vragen specifieke deskundigheden. Heel veel problemen kunnen door de huisarts worden opgelost of begeleid. Voor andere ernstige problemen is specialistische deskundigheid vereist.

Huisartsen en psychiaters zijn zich er steeds meer van bewust geworden dat zij patiënten behandelen die meer baat van de behandeling zouden

hebben als er een betere onderlinge afstemming van de zorg zou zijn en een betere uitwisseling van kennis en deskundigheden tussen de beroepsgroepen zou plaatsvinden. In de afgelopen veertig jaar heeft de World Health Organization (WHO) deze oproep tot samenwerking herhaaldelijk gedaan als onderdeel van hun programma 'Mental Health into Primary Care'. Het belang is af te zien van zowel de jaarlijks congressen die plaatsvinden als de constante stroom van publicaties over dit onderwerp.

Deze feiten tonen aan dat het voor de discipline psychiatrie noodzakelijk is om op een goede wijze en met gedegen kennis van de huisartsgeneeskunde de deskundigheid van de huisartsen op het gebied van de psychiatrie te bevorderen. Huisartsen en psychiaters moeten er ook voor zorgen dat duidelijk wordt welke patiënten door welke van deze twee beroepsgroepen kunnen worden behandeld.

De ratio van deze nauwe relatie tussen de beroepsgroepen is ook gelegen in het feit dat iedere ziekte of klacht, of het nu een ernstige somatische ziekte is of een klacht waarvoor geen duidelijk medische verklaring te vinden is, altijd belangrijke psychische en sociale gevolgen heeft. Sommige somatische ziekten kunnen een psychische oorzaak hebben. Soms is een somatische ziekte zo ernstig dat de enige hulp die de huisarts kan geven, bestaat uit persoonlijke ondersteuning van de patiënt en/of diens omgeving. Soms hebben psychiatrische ziektebeelden een duidelijk somatische oorzaak. Soms is de oorzaak van geestelijke stoornissen gelegen in de sociale context van de patiënt. Huisartsenzorg is gebaseerd op kennis over een patiënt met alle bestaande interacties tussen somatische en geestelijke oorzaken en klachten, tussen somatiek en psychiatrie. Hierbij is dus niet alleen kennis en kunde op medisch somatisch gebied noodzakelijk maar ook kennis en kunde op het gebied van psychosociale hulpverlening. Wanneer de huisarts hierbij ook nog geconfronteerd wordt met patiënten die hun idioom van ziekte uit verschillende etnische achtergronden vertolken, staat de huisarts voor een bijna onmogelijke taak.

Psychiatrie wil de huisarts ondersteunen om deze taak zo goed mogelijk te vervullen.

Volgens onderzoek zou zeventig procent van alle psychische problemen bij de huisarts worden gepresenteerd. Uiteindelijk wordt hiervan een derde deel verwezen. Dat betekent dat de meeste personen met psychische problemen door de huisartsen worden geholpen. Voor nadere informatie verwijzen we naar de bijdrage over epidemiologische gegevens (hoofdstuk 2).

Omdat huisartsen en psychiaters te maken hebben met patiënten met geheel verschillende klachten – klachten die zich bevinden aan het ene einde en aan het andere einde van het gehele ziektebeeld – is het begrijpen van elkaars problemen vaak moeilijk. Ook het bereiken van consensus tussen huisartsen en psychiaters over bijvoorbeeld de noodzaak van opsporing van de stoornissen wordt er niet gemakkelijk door. Dit verschil in visie op de problematiek wordt vooral bepaald door de positie van de huisarts en de psychiater en het moment dat het probleem, dus de ontwikkelingsfase van

de ziekte, zich aanbiedt. Psychiaters zien vaker verder ontwikkelde, ernstiger ziektebeelden die behandeling behoeven, terwijl huisartsen vaker met minder duidelijke klachten te maken hebben, die dikwijls vanzelf overgaan. Bij de huisarts is de ziekte meestal in een vroeg stadium van ontwikkeling. Depressies zijn hiervan een goed voorbeeld. Deze diagnose wordt volgens sommigen door niet-psychiaters in een vroeg stadium van ontwikkeling in vijftig tot tachtig procent van de gevallen *niet* gesteld. Voor een nadere discussie hierover verwijzen wij u naar de hoofdstukken over depressie (7 en 8), waarin de verschillende visies duidelijk naar voren komen. De redactie heeft gemeend beide hoofdstukken te moeten opnemen, zowel ter demonstratie van het epidemiologisch belang van depressie als van de verschillende ‘opvattingen’ hierover.

Het staat vast dat vroege opsporing en behandeling van een aantal psychische stoornissen, bijvoorbeeld van alcoholisme, angststoornissen, depressies, fobieën en drugverslavingen, nuttig is. Vroege behandeling ervan leidt tot afname van gebruik van de geneeskundige voorzieningen met gemiddeld veertig procent. Vroege opsporing en behandeling van psychische stoornissen kunnen de kans op het ontstaan van somatische ziekten verlagen, verminderen het geestelijk lijden en kunnen het omgaan met de bestaande problemen verbeteren. Vooral de huisarts speelt een belangrijke rol bij vaststelling van verslavingsproblematiek. De alcoholverslaving is nadrukkelijk als apart hoofdstuk beschreven.

Nog een belangrijk model om de epidemiologische verschillen tussen de zorggebieden van huisartsen en specialisten te verklaren is ontwikkeld door Goldberg en Huxley in de jaren zeventig van de vorige eeuw.

De discrepantie tussen de prevalentiecijfers uit epidemiologisch onderzoek en de registratiecijfers uit huisartspraktijken zou kunnen worden verklaard doordat huisartsen de diagnose niet stellen omdat zij, net als de patiënten zelf, lichamelijke klachten niet als psychisch willen duiden (de patiënt hoeft geen ‘stempel’ te krijgen) of omdat de huisarts niet weet dat er een mogelijkheid voor behandeling bestaat: ‘Ik zie wel dat het niet goed is, maar er is toch niets aan te doen, dus waarom zou ik het bewust maken?’

Een andere verklaring voor de verschillen tussen huisartsen en psychiaters over het voorkomen van psychiatrische ziekten en de verschillen in opvattingen over de ernst ervan, zou gelegen kunnen zijn in het verschil in patiënt die ze in de werksituatie ontmoeten. Huisartsen en psychiaters zien ‘andere’ patiënten.

Het verklaringsmodel van Goldberg en Huxley telt vijf niveaus waartussen het bestaan van ‘filters’ wordt verondersteld. Deze vormen een verklaring voor de grote kwantitatieve verschillen in de op de diverse niveaus te meten morbiditeit.

Niveau I: de morbiditeit in de bevolking, zoals deze bij algemeen bevolkingsonderzoek kan worden vastgesteld.

Niveau II: de al of niet door de huisarts herkende morbiditeit in zijn patiëntenpopulatie, zoals deze bij spreekuurbezoekers kan worden vastgesteld.

Op dit niveau vinden we mensen die *filter I*, namelijk dat van het ziekte-

gedrag op populatieniveau, zijn gepasseerd. Zij hebben zichzelf beoordeeld, of personen in hun omgeving hebben dat gedaan, en zij hebben besloten de huisarts te bezoeken.

Niveau III: de door de huisarts herkende psychiatrische morbiditeit onder de spreekuurbezoekers. De betrokken patiënten zijn *filter II* gepasseerd, dat van het herkennings- en beslissingsgedrag van de huisarts.

Niveau IV: de in de extra-, semi- en intramurale geestelijke gezondheidszorg (GGZ) geregistreerde morbiditeit. Deze patiënten (of cliënten) zijn *filter III*, gepasseerd. Dit filter is complex, omdat het niet alleen wordt beïnvloed door het beslissingsgedrag van de huisarts maar ook door dat van allerlei verwijzers, wetgeving en voorschriften evenals door het beslissingsgedrag van de patiënt zelf, en sociaaleconomische c.q. culturele factoren.

Niveau V: de intramurale patiëntenpopulatie. De betrokkenen zijn *filter IV* gepasseerd, dat van eenzelfde complexiteit is als filter III.

Om de grootte van de betrokken populatie te meten, levert ieder niveau eigen meetproblemen op. Op niveau I bijvoorbeeld gaat het veelal om frequente, weinig specifieke klachten als angst, 'in de put zitten', of onduidelijke lichamelijke klachten, die nauwelijks als af te grenzen ziekten zijn te bestempelen, terwijl het op niveau IV en V voornamelijk gaat om mensen op wie een omschreven psychiatrische diagnose van toepassing is of ooit is geweest.

In tabel 1 geven we de promillages psychische morbiditeit volgens het model van Goldberg en Huxley (G en H) in zijn geheel weer, aangevuld met objectief vastgestelde en berekende (ingeschatte) prevalentiecijfers voor Nederland (naar Giel et.al.). In deze tabel is niet alleen de grootte van de psychiatrische morbiditeit te lezen, maar ook de enorme selectie die optreedt als naar extramurale en intramurale morbiditeit wordt gekeken.

Voor het eerste niveau geven we twee getallen die zijn verkregen via twee verschillende meetmethoden. Het laagste (120) heeft betrekking op de gevallen die volgens het PSE-ID-criterium kunnen worden vastgesteld. Het hoogste cijfer slaat op het resultaat van onderzoek met de GHQ (General Health Questionnaire). De gebruikte meetmethode bepaalt dus zeer sterk de vastgestelde morbiditeit. Het getal van 200 voor niveau II is een tamelijk willekeurige schatting, omdat empirische gegevens daarover ontbreken. Een registratieproject in huisartspraktijken levert de prevalentie van de psychische morbiditeit aldaar op niveau III. De morbiditeit op het vierde en vijfde niveau is berekend voor uitsluitend de volwassen bevolking. De cijfers zijn op dit moment waarschijnlijk de meest betrouwbare schattingen van de prevalentie van psychische morbiditeit in de Nederlandse bevolking en bij de gezondheidszorg. Zie verder hoofdstuk 2 over epidemiologie.

In dit boek over praktische psychiatrie hebben we getracht aan de hand van casuïstiek diverse problemen uit de geestelijke gezondheidszorg zo te belichten dat het besprokene voor de huisarts herkenbaar wordt. Casussen zijn de handvatten voor verdere bespreking. Naast algemene hoofdstukken zijn er hoofdstukken gewijd aan veelvoorkomende klachten. Soms zijn proble-

Tabel 1	Schattingen van de prevalentie van psychiatrische morbiditeit in Nederland per 1000 personen.		
van de volwassen ¹ bevolking			
niveau van morbiditeit		o/oo	G + H
I	bevolking	(120)240	250
II	eerste lijn, totaal	200	230
III	eerste lijn, herkend	165	140
IV	GGZ, totaal	34	17
V	GGZ, intramuraal	10	6

¹ Om precies te zijn, gelden de cijfers op de eerste twee niveaus voor de bevolking van 18 jaar en ouder, het cijfer op het derde niveau voor de bevolking van 15 jaar en ouder en de cijfers op de laatste twee niveaus voor de bevolking van 20 jaar en ouder.

men niet op dezelfde wijze als klachten te bespreken. Voor die gevallen is uitgegaan van de klassieke ziektebeelden.

Gezien de grote drukte in de huisartsenpraktijk die de mondiaal geconstateerde groei van psychische probleem in de moderne maatschappij kan opleveren, hopen wij dat *Psychiatrie* de nodige praktische informatie zal geven aan huisartsen bij de dagelijkse zorg voor hun patiënten.

Prof. dr. Marten W. deVries en prof. dr. Jan van Ree