

# ‘Functionele klachten’

worden ook wel genoemd:

## ‘Psychosomatische klachten’

of zelfs

## ‘Onbegrepen lichamelijke klachten’



*Humpty Dumpty is een  
oud Engels kinderrijmpje :*

*Humpty Dumpty sat on a wall,  
Humpty Dumpty had a great fall.  
All the king's horses  
and all the king's men  
Couldn't put Humpty  
together again.*

Humpty Dumpty wordt vaak  
afgebeeld als ei, als  
'mannelijk zonder nek',  
dus zonder scheiding tussen  
kop en romp.

In dit flipbook staat Humpty  
Dumpty symbool voor  
de mens als één geheel:  
**hoofd en lijf zijn  
onafscheidelijk.**

**“Onbegrepen lichamelijke klachten”** heten zo, omdat veel dokters zich niet goed raad weten met zulke klachten. De patiënt waar het om gaat heeft een duidelijk lichamelijke klacht, maar de dokter kan noch in het verhaal van de patiënt, noch bij zijn onderzoek iets vinden dat afwijkend is. Dan volgt vaak nog het nodige (of onnodige) laboratorium- onderzoek, en beeldvormend onderzoek (röntgen e.d.). Als dat ook niets afwijkends laat zien, dan wordt vaak gedacht, dat deze lichamelijke klacht ‘psychisch van aard’ is, en wordt er veelal ook in die zin gehandeld – wat een miskenning van het probleem is.

## **‘Niet echt?’**

Voor veel dokters is zo’n klacht dan ineens ‘niet echt’ meer, ‘want niet lichamenlijk genoeg’ – en een vooral technisch onderlegde dokter ‘kan er dan ook niet zo veel mee’. Het gevolg is, dat de patiënt verwezen wordt naar een psycholoog of maatschappelijk werker – bij de dokter hoeft de patiënt niet meer terug te komen. En dat is frustrerend, want zo’n verwijzing geeft de patiënt (of zijn ouders) het gevoel niet serieus genomen te worden, terwijl hij die klacht wel degelijk in zijn lijf voelt, en er dus van overtuigd is dat het niet ‘tussen de oren zit’. Zo’n verwijzing naar de psycholoog zorgt er dan ook vaak voor dat de patiënt afhaakt, met als gevolg dat de klacht niet verdwijnt, en soms veel en langdurig last blijft geven.

Op volwassen leeftijd zijn de bekendste klachten die onder de noemer “Onbegrepen lichamelijke klachten” vallen: lage rugpijn, maagklachten, buikpijn (IBS) en hoofdpijn (anders dan migraine). Zulke klachten worden ook wel genoemd: “functionele klachten”, “somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK)”, of “psychosomatische klachten”. Vier namen voor hetzelfde begrip. De term “psychosomatische klachten” geeft het meest duidelijk weer waar het hierbij om gaat, maar het is vooral ook deze term die nogal eens weerstand oproept, met name door de eerst lettergreep ‘psycho’. Dat aan ‘psycho’ dan nog een tweede lettergreep ‘somatisch’ (dat lichamenlijk betekent) vastzit, verzacht de pijn over deze term niet.

Ook op de kinderleeftijd kennen we een reeks van zulke klachten. Het meest bekend zijn op deze leeftijd buikpijn (**CRB**), hoofdpijn en slaapproblemen. En ook kinderartsen kennen maar al te goed het protest van ouders als in de uitleg het woord ‘psyche’ valt, met als reactie: “Hoor eens dokter, het zit niet tussen zijn oren hoor!”. Een meer psychisch probleem blijkt veel moeilijker gevonden te worden om mee om te gaan. Om die reden wordt het woordje ‘psyche’ vaak vermeden, en wordt in de communicatie met de ouders vaak de vage term ‘functionele klacht’ gebruikt.

Zo’n uitspraak van ouders geeft overigens wel aan, dat er over psycho-somatische klachten een diep misverstand bestaat. Want als het goed is, dan zit er juist heel veel tussen je oren. Dat behoeft toelichting, en die komt nu – ik hoop dat je daar even tijd voor hebt.

## **Toelichting ‘psychosomatiek’**

Je hoeft er namelijk helemaal niet aan te twijfelen dat de klachten van je kind, die de dokter ‘psychosomatisch’ noemde lichamenlijk zijn. **“Maar waarom dan die ‘psyche’ er bij gehaald?”** Nou, simpelweg omdat de psyche er niet bij gehaald hoeft te worden, de psyche **is** er al volledig bij betrokken, en vormt zelfs één geheel met het lichaam – dat zal ik zo uitleggen. Wat overigens nauwelijks uit te leggen is (en daarom zijn er talloze filosofische en religieuze boeken over volgeschreven), is dat er over de begrippen ‘lichaam’ en ‘geest’ vaak gesproken wordt als zouden ze los van elkaar kunnen bestaan. Maar in wezen betreft het hier slechts de verschillende afspiegelingen van een en hetzelfde organisme – ‘de mens’.

De mens is een wezen, dat in permanente wisselwerking verkeert met zijn omgeving. Uit zijn omgeving krijgt hij zijn voedsel, lucht, liefde en bescherming. Zonder die omgeving is leven niet mogelijk.

Maar uit die omgeving komt ook dreiging: door mensen, dieren, klimaat, voedseltekort. Een goede afstemming met je omgeving is dus van levensbelang. Voor die voortdurende afstemming ben je toegerust met een goed detectiesysteem (je ziet, hoort, ruikt, proeft en voelt). Dat systeem geeft continu prikkels uit je omgeving aan jou door, zodat je goed kunt

reageren op elke situatie. Als baby leer je al wat allerlei prikkels betekenen en leer je er ook mee om te gaan. En iets ouder leert een kind in Nederland goed op te passen voor het verkeer, en een kind in Afrika om vooral niet op een slang te stappen.

Veel van wat je geleerd hebt gaat daarna bijna automatisch. Zo doe je haast automatisch ('op je ruggenmerg') een stap achteruit als er iets dreigend op je af komt. Er is ook veel, dat 'helemaal op je ruggenmerg' gaat: Als je je hand ergens aan brandt, trek je automatisch terug; als je struikelt, vangen de juiste reflexmatige handelingen je op zodat je niet valt. Precies zo'n zelfde systeem functioneert er ook binnenin je lijf. Ook dat gaat goeddeels automatisch ('op je ruggenmerg'). Zo wordt je ademfrequentie afgestemd op je zuurstof-behoefte, je honger afgestemd op je energiebehoefte, en gaat je hart sneller kloppen en ga je meer zweten als je je inspant. En zo zijn er nog talloze andere functies waar je niet bij hoeft na te denken, omdat ze 'automatisch' verlopen. Het deel van het zenuwstelsel dat dit regelt noemen we dan ook het 'zelfstandige zenuwstelsel' (het 'autonome zenuwstelsel'). Daarnaast is er binnen je lijf nóg een regelmechanisme, en dat communiceert vooral via stofjes die het zelf aanmaakt en die het 't lichaam in stuurt om zaken te regelen – dat zijn je hormonen. Ook met dat systeem hoeven we ons niet actief mee bezig te houden, ook dat gebeurt goeddeels al automatisch.

Maar een mens is, ondanks al die automatismen geen automaat, geen robot. Een mens is een denkend wezen, dat zelf bepaalt wat hij wil doen en laten. Dat denkende systeem (de geest) en dat zelfstandige zenuwstelsel zouden elkaar, theoretisch gesproken, lelijk kunnen tegenwerken. Maar dat gebeurt nauwelijks, doordat er doorlopend afstemming én controle plaatsvindt tussen dat denken en die automaat – over en weer. Dat complex van 'geest & automaat' samen is ons 'brein'. Van die afstemming geef ik een paar voorbeelden:

- Je voelt wat aandrang om te poepen. Maar je loopt in een drukke winkelstraat. Dus houdt je het op tot zich een goede gelegenheid aandient. Daar betaal je €0,50 op het schoteltje en gaat op de WC zitten. Je regelt zelf dus de poepfunctie. Maar nu een heel andere situatie:
- In diezelfde winkelstraat zie je ineens, vlakbij, een roofoverval bij een juwelier. De dief zwaait dreigend met een revolver. Wég is je aandrang! Je darm houdt nu ineens volledig rekening met jouw omstandigheden.
- Voor het 'moeten plassen' geldt overigens hetzelfde – en ook omgekeerd: Zo verandert een matige aandrang om te plassen vaak in een flinke aandrang zodra je bij de WC komt.
- Overigens raak je door zoiets heel heftigs als een overval flink gespannen – dat is het gevolg van het seintje dat je brein naar je bijniere stuurt, en waarop deze direct adrenaline aanmaken (hormoon). Dit heeft een direct effect op je zelfstandige zenuwstelsel: Nog vóórdat je ging wegrennen ging je al veel sneller ademen, klopte je hart sneller, ging je bloeddruk omhoog, trok je wit weg, werden je pupillen wijd, spanden je spieren aan en zette je lijf zich al schrap om weg te rennen. Maar gelukkig wist je jezelf hierbij 'onder controle' te houden – of niet, dat hangt af van je 'koelbloedigheid'.

Alles blijkt dus één groot systeem te zijn dat intern alles op elkaar afstemt – niet alleen in voornoemd voorbeeld, maar in werkelijk duizenden functies. Lichaam en geest zijn op geen enkele manier gescheiden, en reageren volledig als één geheel. Maar eigenlijk wist je dat al, want alleen al vanuit je spreektaal ken je talloze voorbeelden van psychische effecten op ons lichaam ('Mijn hart klopte in m'n keel') én omgekeerd (klik [hier](#) voor zo'n 100 gezegdes).

Als er in onze taal al zoveel gezegdes zijn die recht doen aan die wederzijdse beïnvloeding van lichaam en geest, waarom dan nog zoveel twijfel, of je er zelfs tegen verzetten?

Maar inderdaad, toch blijven we dan echter nog zitten met die gespleten term 'psycho-somatiek' - verwarrend omdat er nog steeds de tweedeling tussen 'psyche' (geest) en 'soma' (lichaam) in tot uitdrukking wordt gebracht. Tsjja, een meer 'holistische' en daarmee betere term is er jammer genoeg niet. En mocht je toch de voorkeur geven aan termen als "functionele klachten", "solk", of "onbegrepen lichamelijke klachten", dan mag dat natuurlijk, maar 'onbegrepen' zijn zulke klachten niet:

## Het brein & stress

Het brein, gelegen in je hersenen, vormt dus een superdruk zenuwknoppunt waar al die functies samenkomen, van buiten komend, en naar buiten toe gaand – en ook nog tussen alle organen onderling, de spieren enzovoorts. Dit alles via het zelfstandig zenuwstelsel én hormonaal. Alles houdt rekening met alles, en stemt op elkaar af. Naast momenten van flinke drukte zijn er gelukkig ook rustige episoden, overdag, en helemaal tijdens de slaap – als het tenminste goed is. Momenten van topdrukke, zoals die overval op de juwelier, zijn gelukkig zeldzaam. Zo iets levert even een topspanning op, iets waar het brein zelfs wat ontregeld van kan raken, net als kortsluiting in een transformatorhuisje. Maar al duurt dit slechts even, toch kan iemand daar nog dagen, weken of zelfs zijn verdere leven last van hebben – zeker als hij zelf achter de juwelierstoonbank stond (bijvoorbeeld klopt zijn hart hem ook nu nog, zelfs maar bij het horen van de winkelbel, in de keel, terwijl hij vroeger gedacht zou hebben “Ha, een klant”). Als je zo’n overval op TV of in de bios ziet, dan is de impact ervan veel kleiner, want hoewel je alles dan ook intens meemaakt, je blijft ‘buiten schot’ en hoeft dus niet te vluchten – en zou je dat toch willen, dan doe je gewoon je handen voor je ogen.

Psychische spanning, positief/negatief (want dat is waar we het over hebben) kan dus ook zo gewaardeerd worden dat je er zelfs geld voor over hebt in de bioscoop. Ook een verjaarspartij, sportwedstrijd, pretpark, dancefeest en muziekkuitvoering brengen spanning met zich mee – meestal leuke spanning, hoewel dit ‘ontspanning’ wordt genoemd. Dit zijn wel allemaal voorbeelden van kortdurende spanning, die steeds gevolgd wordt door ontspanning. Spanning is dus bepaald niet alleen negatief, zonder spanning zou het leven nogal saai zijn.

Maar als psychische spanning lang aanhoudt en niet vlot door ontspanning gevolgd wordt, dan krijgt ‘het systeem’ daar moeite mee, kan het er echt last van krijgen, en niet alleen psychisch. Zelfs als het om prettige spanning gaat. En hét voorbeeld van langdurige positieve spanning, dat zijn de ‘vlinders in je buik’ die je voelt bij verliefdheid. Wat ermee gepaard kan gaan liegt er niet om – slaapproblemen, buikpijn, eetproblemen, concentratieproblemen. Ook daar kennen we weer zo’n oud Nederlands gezegde bij: “Wie vrijt, die slijt”, al geldt dat voor de een meer dan voor een ander.

Als negatieve spanning lang aanhoudt is dat extra vervelend, al zal ook hiervan de een meer last ondervinden dan de ander. Langer aanhoudende spanning (zoals bij die winkelier na de overval) zie je bijvoorbeeld ook al bij ruzie (vooral met familie of vrienden), pesten en ziekte. Dat spanning in je brein je lijf niet onberoerd laat, zagen we al even aan het voorbeeld van die overval. Inmiddels weet je hoe intens al die systemen met elkaar verweven zijn en rekening houden met elkaar. Laten we daarom nog eens het effect van psychische spanning op je lijf onder de loep te nemen, maar nu aan de hand van het voorbeeld van die film, op het moment dat die echt spannend werd. Dat is een ook voor jou bekende situatie, en al weet je dat alles ‘gespeeld’ is, toch: – trillen je handen – houd je je adem in – krijg je een droge mond – moet je plassen – zweten je handen – heb je een rood hoofd – ril je – klem je je vast aan de leuning – of aan je buurman – doe je je handen voor je ogen als het te spannend wordt – enzovoorts. En aan het eind voel je tranen en slaak je enkele diepe zuchten. Dat is nogal wat, en dat alleen maar voor een film!

In wezen is dit een echt ‘stressmoment’, en zelfs een die je jezelf hebt aangedaan. ‘Stress’ is de situatie waarin je brein zich afvraagt of je de situatie nog beheerst, of je nu van je af moet bijten (vechten) of juist intomen (of zelfs vluchten). Misschien herken je hier weinig in bij jezelf – de ene mens merkt van psychische spanning veel meer in zijn lijf dan de andere mens. De een kan hier beter tegen, en is meer ‘stress-bestendig’ dan de ander. Dat hangt samen met de persoonlijke ‘gevoeligheid’ van iemand, iets dat nog extra toelichting behoeft.

## Spanning

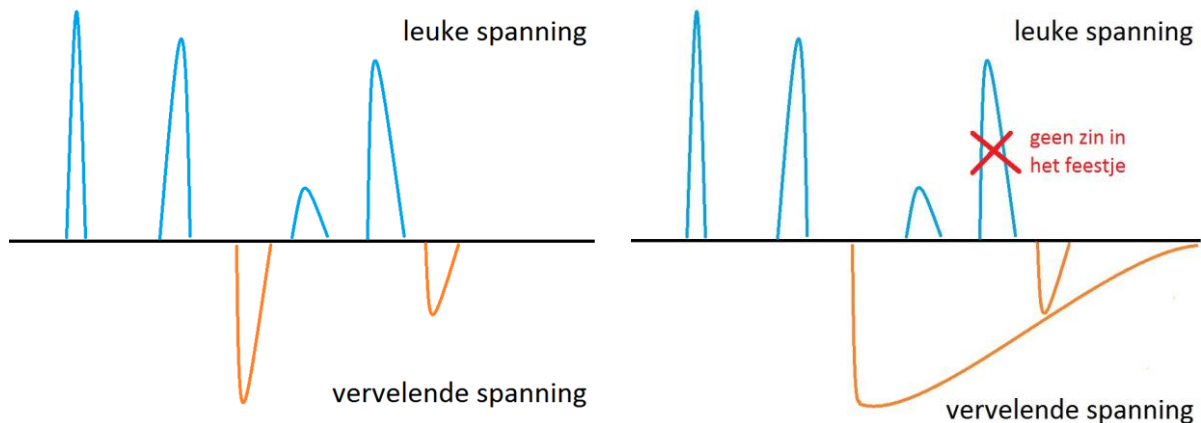
Mensen met psychosomatische / functionele klachten zijn vaak wat gevoeliger van aard dan mensen die hier geen last van hebben. En omdat we het in deze uitleg juist over zulke klachten hebben, moeten we het én over spanningsmomenten hebben, maar ook over de gevoeligheid voor spanning.

Van kortdurende spanning, leuke of vervelende spanning, spanning dus die vlot gevolgd



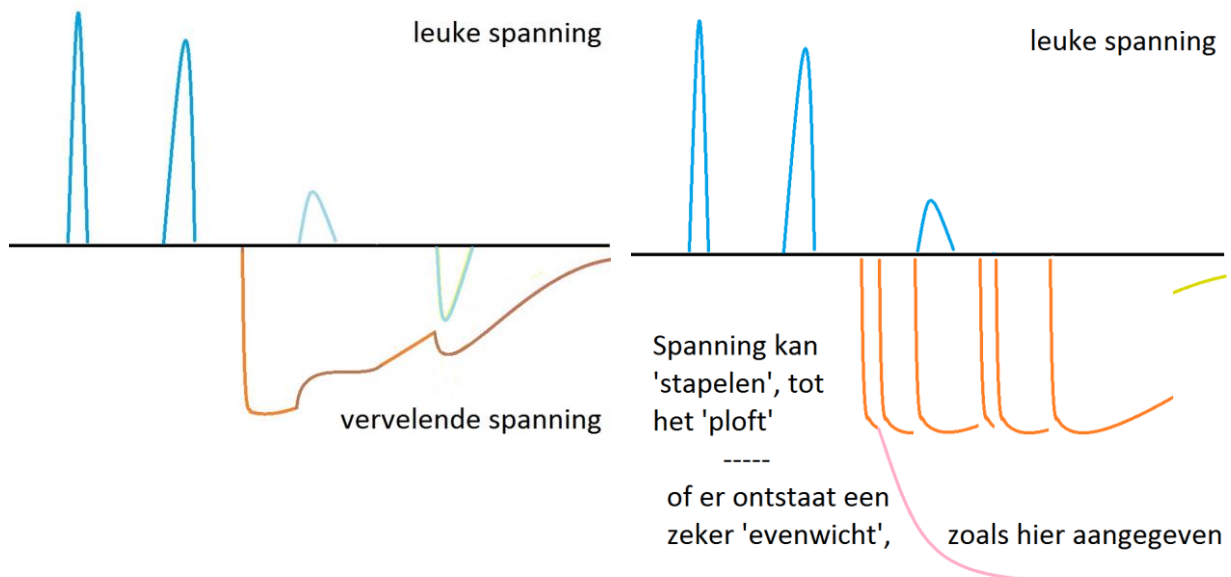
wordt door ontspanning, daarvan heeft bijna niemand echt last. Kortdurende positieve spanning wordt zelfs door veel mensen nagejaagd, omdat het leuk is (of in andere termen: ze 'krijgen er een kick van'). Een zelfde soort spanningsmomenten kan ook wennen, dan neemt de spanning er in af – dit kan zowel bij positieve als negatieve spanningsmomenten het geval zijn.

Als spanningsmomenten vaker voorkomen, komen ze dus ook dichterbij elkaar te liggen, en wordt de ruimte ertussen dus kleiner, waarmee de mogelijkheid tot ontspanning afneemt. Problemen gaan vooral ontstaan, zodra nieuwe spanning opduikt terwijl je brein nog niet echt tot ontspanning was gekomen. Zoiets treedt gemakkelijk op in situaties als ruzie met vriendjes, onenigheid in het gezin, gepest worden, een leerkracht die 'de pik op je heeft' en dergelijke. Zulke spanning went niet gauw, en in die situaties duurt het veel langer voor er echt ontspanning intreedt.



1 - Na beperkte spanningsmomenten komt 'het brein' steeds weer tot rust.

2a - Bij een ruzie blijft de spanning veel langer hangen. Daardoor is het brein nog niet tot rust gekomen als er alweer een volgend spanningsmoment is. Er ontstaat 'overlap'.



2b - Spanningsmomenten laten elkaar niet onberoerd. En zo kan spanning gaan 'stapelen' als het brein niet echt tot rust kan komen.

3 - Herhalend verdriet: Een kind kan lelijk 'klem' komen te zitten door pesten – maar ook door een thuissituatie, zelfs als die door andere gezinsleden helemaal niet als negatief wordt ervaren.

Zoals je in de grafiek ziet, kan dan 'overlap' optreden, wat als gevolg heeft, dat spanning gaat 'stapelen'.

In de praktijk ga je dan merken, dat iemand al om een kleinigheid boos kan worden – hij is dan wat 'geprikeld'. Een vriendelijk woord wordt nog wel gewaardeerd, maar een feestje slaat hij liever over. En kritiek valt sowieso verkeerd.

## **'Stapelen van spanning'**

Ruzie of pesten zijn ingrijpend voor iedereen, maar vooral voor kinderen met een wat meer gevoelig karakter (hierover straks meer) – en juist ook zij worden gemakkelijker het mikpunt. Hierdoor kan bij hen deze spanning gaan 'stapelen'; dit door bijvoorbeeld een opeenvolging van pestmomenten. Het brein komt dan niet meer tot rust. Als je daar dan ook nog eens slecht van gaat slapen, heeft dat als gevolg dat het brein helemaal niet meer tot rust kan komen. Stapelen van spanning kan leiden tot escalatie, waarbij het 't brein niet meer lukt om de zaak in evenwicht te brengen, waarna de zaak kan 'ontploffend'. Op zo'n knetterende reactie zit natuurlijk niemand te wachten, maar toch is het resultaat vaak niet ongunstig, want het maakt duidelijk dat er echt iets moet veranderen. Net als na een donderbui heeft de situatie dan kans om goed op te klaren.

Maar als de zaak niet escaleert, dan ontstaat er een soort 'evenwicht'. Maar niet een gezond evenwicht, want mét het brein blijft je hele lijf, het hele systeem onder spanning staan – een soort chronische stress. Lees nog eens even terug hoe intens en heftig een lichaam kan reageren op een kort stressmoment, zoals die spannende film. Chronische stress mag dan minder heftig op je lijf inwerken dan dat bioscoop-moment, maar het zal duidelijk zijn dat spanning die weken- tot maandenlang aanhoudt, je lichaam bepaald niet onberoerd laat, en zelfs tot lichamelijke klachten kan leiden. "Functionele klachten" zijn dus alles behalve 'onbegrepen' – en wel degelijk ook lichamenlijk.

Je brein, dat steeds zorgde voor een evenwichtige communicatie tussen al die functies, kan door die onophoudelijke druk niet elke verstoring meer goed opvangen en raakt op een plaats ontregeld. Érgens in het systeem 'kookt de spanning over de rand' – in medische termen heet dat 'decompenseren'. En daarmee wordt het psychische probleem ook lijfelijk voelbaar (en soms zelfs zichtbaar) – namelijk op de plek van de 'zwakste schakel' in je lijf. Wat die 'zwakste schakel' is, dus in welke vorm die zich uit, hangt niet af van de soort frustratie/verdriet die de stress veroorzaakt heeft, maar van de persoon.

En zo kennen we ook op de kindertijd een hele rij [psychosomatische klachten](#). Op deze plek zal ik ze niet opnoemen, maar met de hyperlink kan je ze bereiken. Als je die klachten leest, zal je je bij meerdere ervan je misschien afvragen "[of je dit nu wel een aandoening mag heten, want het komt bij zo veel kinderen voor .....](#)"

## **Het is de máte waarin een verschijnsel optreedt .....**

Dan is het goed om je hierbij te bedenken, dat het veelal niet het verschijnsel zelf is, dat je de wenkbrauwen moet doen fronsen, maar de MATE waarin dit optreedt. Met een kind, dat heel af en toe buikpijn heeft, bijvoorbeeld voor een spreekbeurt op school, zal je niet naar de dokter gaan, maar met een kind dat dagelijks of enkele malen per week over [buikpijn](#) klaagt wél. Hoofdpijn na een heel drukke dag zal niemand verontrusten, maar bij wekelijks hoofdpijn zal je je toch achter de oren dienen te krabben. Dat een kind niet in slaap kan komen, kan zijn omdat hij morgen een verjaarsfeestje heeft, maar steeds onrustige nachten zijn duidelijk niet goed. Een kind dat af en toe op zijn nagels bijt is geen probleem, maar een kind dat zijn nagels tot kleine maantjes en tot bloedens toe afkluift heeft wél een onderliggend probleem, enzovoorts.

Naast deze klachten, die 'psychosomatisch van oorsprong' zijn, zijn er ook nog enkele aandoeningen die onder invloed van spanning een toename van klachten kunnen vertonen, en in een rustiger fase weer minder klachten. Van deze laatste noem ik astma, eczeem, enkele chronische darmziekten, migraine, en psoriasis als voorbeelden.

## Gevoeligheid

“Waarom heeft het ene kind (de ene mens) veel meer last van psychosomatische klachten dan het andere?”.

Dat heeft alles te maken met een psychische eigenschap, die het best aan te duiden is als ‘gevoeligheid’. Gevoeligheid is niet een eigenschap die je wel of niet hebt, want dat ligt veel genuanceerder. De mate van gevoeligheid bij mensen omvat een heel scala, van hypersensitief tot ‘kille kikker’ – met natuurlijk nog uiterste kwalificaties, waar de meeste mensen dan ‘te’ voor zullen denken. Maar of je iets ‘te’ vindt, hangt ook heel sterk af van je eigen beleving, én van de omstandigheden.

“Wat is nu beter, de gevoelige mens of juist de minder gevoelige?”

Eigenlijk is, op de extremen (‘te’) na, alles goed. In een evenwichtige maatschappij zijn al deze mensen nodig, maar je vindt ze veelal op verschillende plekken. In de politiek kun je iemand (ogenschijnlijk) gewoon zien doorredeneren, terwijl hij zojuist door zijn tegenstander ‘voor rotte vis’ is uitgemaakt. Tsjja, om in de Tweede Kamer goed uit de verf te kunnen komen moet je wel een wat ‘dikkere huid’ hebben. Ook in de zakenwereld mag je niet al te gevoelig zijn, anders red je het financieel niet en blijven de schappen leeg.

De weinig gevoelige mens trekt zich niet zo veel van zijn omgeving aan, en heeft daar geen last van – maar zijn omgeving kan daar des te meer last van hebben.

Mensen met een meer ‘gevoelige’ natuur vind je juist veel in de zorg, en ook zij zijn hard nodig. De meer gevoelige mens trekt zich alles meer aan, zozeer zelfs dat hij daar zelf flink last van kan hebben – anderen hebben daar veel minder of geen last van.

Maar zoals gezegd, gevoeligheid van mensen bestrijkt een heel scala vol nuances. En juist die grote diversiteit aan karakters maakt dat onze samenleving goed kan functioneren.

Hoe herken je een gevoelig kind? Daarvoor hoef je maar naar hun spel te kijken. Dan zie je de ‘rouwdouw’ die een ander kind omver loopt en niet geraakt wordt door diens tranen. Maar daar staat tegenover het kind, dat een dood vogeltje vindt en erdoor van streek raakt – wat zich goed kan herstellen door bijvoorbeeld samen een grafje te graven, met wat kiezels en een bloemetje er op. Dus terwijl sommige kinderen nog dagen emotioneel bezig kunnen zijn met zo’n dood beestje, gaan anderen er als het ware mee voetballen.

Kenmerkend voor deze gevoeligheid is ook een gevóél ‘gedwongen te worden’.

Het gevoel dat er een appèl op je wordt gedaan – terwijl dat niet eens het geval hoeft te zijn. Of wel, maar dan niet uitgesproken. En hoewel het dan niet eens om bedoelde dwang hoeft te gaan, kunnen het wel (al dan niet uitgesproken) verwachtingen zijn, die als dwingend ervaren worden. Dat kan stressend werken, en zeker als dit lang aanhoudt, kunnen daar (ook lichamelijke) klachten uit voortkomen.

Een ander soort situatie, waarin ‘gedwongen voelen’ voorop staat, terwijl er toch niemand wil dwingen, is bijvoorbeeld die van de jongen die steeds floddertjes poep in zijn onderbroek heeft (zie [Poep-problemen](#) op deze site). Moeder is ten einde raad, kan zich niet voorstellen dat dit per ongeluk gebeurt, voelt zich gedwongen om vieze broeken te wassen, en ruikt steeds poep. De jongen kan er niets aan doen, maar krijgt steeds op zijn kop. Hij voelt zich in een hoek gedrukt (gedwongen) en gaat daarom onderbroeken verstoppen of zelfs weggooiden. Niemand dwingt, maar beiden voelen zich ‘gedwongen’.

## Een directe of indirecte benadering van je kind

Ook door een ‘directe benadering’ kan iemand het ongemakkelijke gevoel krijgen of hij ‘op de huid gezeten’ wordt. Het op directe wijze aanspreken van iemand kan zelfs als dwingend ervaren worden, ook als dat helemaal niet de bedoeling was.

Hoe communicatie ervaren wordt, hangt natuurlijk af van de toon waarop iets gezegd wordt, maar zeker ook van het karakter van de aangesprokene. Als een kind uitspraken van een ouder als dwingend ervaart, en die ouder zich daar helemaal niet van bewust is, kan dit (zelfs langdurig) een spanningsveld oproepen waar de ouder geen weet van hoeft te hebben – een spanning met zelfs lichamelijke klachten als gevolg.

“Dus een indirecte benadering is beter?” Nee, zo algemeen mag je het zeker niet stellen. Een indirecte benadering komt over het algemeen wel vriendelijker over dan zo’n ‘recht toe recht aan benadering’, maar de kans op onduidelijkheid is ook groter. Overigens spreekt ook de tijdgeest hierin een woordje mee. Zo is de na-oorlogse generatie over het algemeen nog tamelijk autoritair (direct aangesproken) opgevoed, terwijl de ‘flower-power’ generatie niet veel van autoriteit wilde weten. En in de vrije opvoeding die daar het gevolg van was, paste geen directe benadering. Je gaf je je kind geen opdracht, maar discussieerde er over en liet hem meebeslissen. En dat leidt gemakkelijk tot onduidelijkheid. Een aardig voorbeeld van zo’n indirecte benadering speelde zich met enige regelmaat in mijn spreekkamer af:

Moeder komt met haar zoontje van drie op mijn spreekuur omdat ze ergens ongerust over is. Na haar verhaal is het nodig om het jongetje bloot na te kijken, en vraag ik haar dus om haar kind uit te kleden.

“Zullen we even je kleertjes uittrekken, zodat de dokter je even kan nakijken?” – “Nee” zegt het kind – “Ja, maar de dokter mag je toch wel even nakijken?” – “Nee” zegt het jongetje. Maar omdat moeder vindt, dat haar kind nu toch moet worden nagekeken, begint ze haar zoontje toch maar uit te kleden ..... en zet het kind het vervolgens op een krijsen en wil helemaal niets meer – begrijpelijk. “Maak maar gauw een nieuwe afspraak”, zeg ik dan. “Ja maar, hij moet nu toch nagekeken worden? Ik heb hier speciaal vrij voor genomen”. “Dat zal best, maar hebt u hem dan níét de keus gelaten?”. Moeder kijkt beteuterd en ‘gaat af door de zijdeur’. Ze had het zo goed bedoeld, maar daarin was ze te onduidelijk geweest.

#### “Maar hoe dan wél?”

Een heel erg directe benadering zou zijn “Kleed je uit”. Veel prettiger zou al klinken “Kom, we gaan je nu uitkleden voor de dokter” wat je nog kunt uitbreiden met wat uitleg “want mamma wil dat hij jou even onderzoekt” – eventueel nog met “omdat je .....”. Zo klinkt het al veel minder direct.

Een foefje, dat in dergelijke situaties nogal eens wil helpen is, om het kind wel een keuze te bieden, maar niet de keuze tussen wel of niet uitkleden - want díé keuze is echt aan moeder. Als voorbeeld: “We gaan nu even uitkleden. Wat zullen we eerst uittrekken, je hemd of je broek?”. De opdracht wordt hiermee wat ‘verpakt’, en dus minder direct, maar het doel blijft duidelijk.

Het is dus de kunst om je zó te bewegen tussen een directe benadering (‘recht voor zijn raap’) en ‘onduidelijkheid’, dat de communicatie prettig van toon blijft, maar wel effectief is. Daarbij hangt het dus ook nog eens erg af van de aangesprokene / je kind, hoe je woorden overkomen, hoe gevoelig hij voor jouw toon is.

Maar een meer indirecte benadering ligt niet in ieders aard. Sommige ouders noemden mij zelfs weerstand te voelen tegen ons advies hun kind wat meer indirect te benaderen, of in hun woorden: ‘zo omzichtig met je kind om te moeten gaan’. Dat voelde voor hen zelf dan ‘als een soort spelletje’, ‘minder open’, zelfs ‘minder eerlijk’.

Tsja ..... misschien helpt het dan toch om even over de eigen grenzen heen te kijken, wellicht relativeert dat wat. Want daar vallen al gauw grote culturele verschillen op qua directheid tussen volken of bevolkingsgroepen. Het Hollandse ‘Ja is ja, en nee is nee’ is voor heel veel buitenlanders (bv Aziaten) veel te direct. Onze Hollandse directheid wordt daar ronduit ‘bot’ gevonden. Aziaten zullen niet gauw “Nee” zeggen, en dat levert bij ons weer veel onduidelijkheid op. Overigens is dit verschil in het al dan niet negatief ervaren van directheid ook al merkbaar tussen Nederlanders van boven en van beneden onze grote rivieren.

Omdat het ‘gevoel gedwongen te worden’ een belangrijke rol speelt in het ontstaan van psychosomatische klachten, vormt het aanleren van een niet te directe en toch duidelijke manier om aan elkaar kenbaar maken wat je zou willen, een van de wezenlijke aanknopingspunten in de begeleiding van deze klachten. In deze aanpak dient dus niet alleen het kind, maar evenzeer zijn omgeving (en dus ouders) volop betrokken te worden.



## Herkenning van psychosomatiek

Het is vooral bij de bekende 'onbegrepen klachten' (blz 2 en 12), dat er aan psychosomatiek wordt gedacht, en dat is goed. Daarom, én omdat er misschien ook wel iets heel anders zou kunnen spelen, is het nodig dat elk kind met lichamelijke klachten ook lichamenlijk goed nagekeken wordt. De 'hamvraag' daarbij is wel **'hoe ver gaan we daarin'**?

Hierin verschillen dokters onderling nog – mede naar gelang hun bekendheid met deze problematiek. Eigenlijk zijn twee verschillende medische opvattingen gangbaar:

- a- de dokter die, vóóordat hij wil denken aan een psychosomatische oorzaak van de aandoening, er helemaal zeker van wil zijn, dat elke puur lichamelijke oorzaak is uitgesloten. Daarna verwijst hij je kind naar een psycholoog of orthopedagoog.
- b- de dokter, die al gauw de psychosomatiek in de aandoening herkent, je kind onder zijn hoede houdt en tegelijkertijd samenwerkt met psycholoog/orthopedagoog.

Voor beide opvattingen is wat te zeggen. Veel ouders zijn (in eerste instantie) vooral blij met het standpunt van **dokter a-**, omdat dit strookt met hun eigen duidelijke (en soms zelfs dwingende) wens om vooral (alléén) een lichamelijke oorzaak te vinden én die te genezen – want zij 'weten dat het niet tussen de oren zit'. En dan wordt er dus in die lijn gehandeld, en veel (zo niet 'alles') 'uit de kast gehaald' om elke mogelijkheid van een lichamelijke oorzaak van de klacht medisch aan te tonen – of beter gezegd 'uit te sluiten'. Dat betekent ook een aantal (en soms heel wat, en veelal onnodige) somatische onderzoeken. "Baat het niet, het schaadt ook niet" gaat hierbij niet op, want elk somatisch onderzoek levert wel weer wat extra stress op bij je kind (en bij jou als ouder), terwijl psychosomatiek juist zo gebaat is bij reductie van stress. Daarbij voedt het inzetten van alléén somatisch gericht onderzoek verwachtingen van een lichamelijke oorzaak, terwijl het daar geen argumenten voor gaat leveren. En als na al dat aanvullende somatische onderzoek de conclusie luidt: "Lichamenlijk is er niets bijzonders aan de hand", dan betekent dat een teleurstelling voor de ouders. De verwijzing hierbij naar de orthopedagoog/psycholoog, hoe terecht en behulpzaam ook, voelt dan al gauw als een klap in het gezicht – 'die dokter denkt dus dat het toch tussen de oren zit'. Met als gevolg, dat menig ouder die psycholoog er maar bij laat zitten en zich terugtrekt (een gevoelig kind heeft tenslotte vaak een gevoelige ouder). Maar omdat zij er zelf nog steeds van overtuigd zijn, dat (bv) die buikpijn echt in de buik zit, willen enkele vasthoudende ouders hogerop, doorverwezen worden naar het academisch ziekenhuis – en ook daar wordt dan vaak weer het (on)nodige somatische onderzoek verricht.

Bij onbekendheid met de grote waarde van psychosomatiek zijn zulke ouderlijke wensen goed te begrijpen, en daarom is goede voorlichting hier zo belangrijk. Want als het goed is, zit er juist heel veel 'tussen de oren' (vanaf blz 2).

Hoezeer en hoe vaak de benadering van psychosomatische klachten op deze manier mis kan lopen is te lezen in een interessant proefschrift [35] betreffende 150 kinderen met 'onbegrepen lichamenlijke klachten'. In dit onderzoek word je hard geconfronteerd met de zinloosheid, zelfs contraproductiviteit van die enorme hoeveelheid onnodig somatisch onderzoek.

Als je daarbij weet, dat deze klachten heel veel voorkomen en dus ook frequent op de kinderpoli van elk ziekenhuis terecht komen, krijg je een idee van de enorme omvang van deze problematiek, en van het gebrek aan adequate begeleiding. Hoewel ik het nooit geturfd heb, schat ik dat dit aantal zeker de helft beslaat van het aantal kinderen, dat het spreekuur van de algemeen kinderarts bezoekt – en bij de huisarts zal het niet minder zijn.

Het moge duidelijk zijn, dat de conclusie dat er 'licamenlijk niets aan de hand is', natuurlijk niet klopt – het is slechts de halve waarheid, want buikpijn zit natuurlijk wel degelijk in de buik, net zo als hoofdpijn in het hoofd zit, al vind je bij het lichamenlijk onderzoek, en ook met laboratorium- en röntgen-onderzoek niets bijzonders. Om het onderzoek werkelijk een stap verder te helpen, dient dit niet zozeer in somatische zin verdiept te worden, maar vooral verbreed met een meer psychosociaal focus, want een mens is zoveel meer dan alleen zijn lijf. En beter is dan ook om dit psychosociaal onderzoek niet pas uit te voeren nadat een puur lichamenlijke oorzaak uitgesloten is, want al dat aanvullende somatische onderzoek brengt

slechts stress met zich, en leidt af van waar het werkelijk om gaat: spanning in de interactie tussen het kindere brein en het kinderlijf. Herkenning daarvan in een vroeg stadium voorkomt allerlei onnodig onderzoek, en springt in op de plekken waar de pijn zit.

En zo herkent **dokter b-** vaak al in de oriëntatiefase de psychosomatiek als wezenlijke factor in de klacht, en zal dan dus liever kiezen voor ontspanning (wat in vaktermen 'reductie van stressoren' heet). Hij noemt de ouders, dat wat er lichamenlijk aan de hand is niet ernstigs is, en zegt daarbij toe dat hij de klacht wel serieus zal blijven vervolgen tot alles voor iedereen duidelijk is. Daarbij noemt hij het nodig te hebben, dat ook anderen (orthopedagoog/psycholoog) nu gaan meekijken om een meer totaalbeeld van het héle kind te krijgen. Die inbreng – bij voorkeur geïntegreerd \* – biedt vaak al gauw aanvullende duidelijkheid voor de dokter.

Ouders en kind worden intussen meegenomen in een traject [32], waarin zij mogelijkheden krijgen aangereikt om op wat andere manieren naar elkaar te kijken en daarin andere ervaringen op te doen. Dit op een manier die stress-reducerend werkt. Want spanning in een mens vindt zijn oorsprong in zijn communicatie met de buitenwereld – en bij (jonge) kinderen maken zijn ouders daar nu eenmaal het leeuwendeel van uit. De effecten van deze aanpak vertalen zich in een vermindering van de klachten bij hun kind, en daarmee in een groeiende overtuiging, dat psychosomatiek hierin belangrijk was. Pas als dat echt duidelijk is, kan dokter b- zich terugtrekken uit deze begeleiding.

Voor ouders (en huisdokters) is het nu nog een probleem om zo'n geïntegreerde \* aanpak voor hun kind (en zichzelf) te vinden, want die mogelijkheden zijn nog dun gezaaid. Onder de zogenaamde "kinderartsen sociale pediatrie" is evenwel de kans het grootst, dat zij oog hebben voor psychosomatische klachten en een geïntegreerde zorg hiervoor, terwijl ook meerdere huisartsen zelf hier affiniteit mee hebben.

## Voorkomen is beter dan genezen

Het liefst probeer je natuurlijk om klachten te voorkomen, en dat betekent dus hierin, dat je probeert te voorkomen dat spanning hoog oploopt. Dat klinkt aardig, maar van spanning ben je je niet altijd bewust, zelfs niet als die hoog opgelopen is. Soms heb je dat pas in de gaten als de boel 'ontploft' is, dus als het fout is gegaan. Want veelal weet je pas wat grenzen zijn als je er overheen bent gegaan, dan pas is het duidelijk.

De moeilijkheid bij psychosomatische klachten is echter, dat de relatie tussen de lichamenlijke klacht en psychische spanning vaak niet herkend wordt, juist doordat de klacht lichamenlijk is en er in psychische zin helemaal niets 'ploft'. Of in keukentermen te spreken: er kookt niets over, maar het brandt wel aan. Daar kun je als ouders oog voor krijgen, maar dan zal je het wel eerst moeten leren herkennen. Daar is nogal eens gespecialiseerde professionele hulp bij nodig, en die is vooralsnog schaars. Want het aantal professionals dat deze problematiek serieus neemt \*\* en zich ermee vertrouwd heeft gemaakt, is nog relatief klein.

Toch begint er de laatste decennia vanuit professionele hoek wat ruimte te komen voor een wat meer holistische benadering (dus van lichaam en geest samen). Vanuit het management heeft men hier, ondanks de kostenbesparing die het oplevert, nauwelijks oren naar zolang het bizarre concept "marktwerking in de zorg" voortduurt.

Maar het aantal professionals met serieuze aandacht voor en kennis van psychosomatiek groeit, hoewel zij vaak nog als 'alternatievelingen' worden weggezet. Het gaat echt de goede kant uit, en daarmee krijgen ook steeds meer kinderen met 'onbegrepen klachten' de mogelijkheid om hierin op meer professionele wijze geholpen te worden.

## Praktische voorbeelden van psychosomatiek

Op blz 2 van dit flipboek noemde ik er al enkele: ['Buikpijn' \(CRB\)](#), slaapproblemen, hoofdpijn en nagelbijten. Daarbij noemde ik op blz 7, dat het vooral de mate en duur hiervan zijn, die maken of er al dan niet van psychosomatische problematiek gesproken dient te worden. Maar de werkelijke lijst van [psycho-somatische klachten](#) op de kindereleeftijd is veel langer, zodat we ons op deze website hebben moeten beperken tot enkele veel voorkomende.

Naast de zojuist genoemde klachten zijn dit vooral nog '[Poep-problemen](#)' en '[Te dik](#)', waarover op deze site, net als over '[Buikpijn](#)' aparte flipboeken te vinden zijn. Mocht je hier de wenkbrauwen bij fronsen omdat deze klachten niet 'medisch' genoeg zouden zijn, weet dan dat wegens deze diagnoses er nu zelfs operatieve behandelingen plaatsvinden 'omdat er echt wat moest gebeuren'.

In de drie zojuist genoemde flipboeken wordt aandacht besteed aan het goed leren luisteren naar de signalen die je lijf (het lichaam van je kind) je geeft, om daarmee klachten te voorkomen of te verbeteren. En evenzeer is het dus nodig om psychosociale spanning te leren herkennen, omdat (soms langdurige) psychische druk mede verantwoordelijk kan zijn voor lichamelijke klachten.

Maar omgekeerd: als je eenmaal weet dat een klacht van je kind psychosomatisch bepaald wordt, dan biedt dat je een signaalfunctie, namelijk de mogelijkheid om daarin te herkennen dat er psychische spanning in het spel is, en zelfs al wat te hoog is opgelopen. Als ouders is dat dan 'gewoon een nuttig signaal', en hoeft je er niet meer zo ongelukkig of ongerust over te zijn.

Liefst zou je dat waarschuwinkje al wat eerder krijgen, maar ook hierin geldt weer, dat je veelal pas weet dat grenzen overschreden zijn dóór het optreden van zulke klachten. En mocht (bijvoorbeeld) 'Buikpijn' of 'onbegrepen' hoofdpijn toch te vaak en/of te heftig optreden, dan is begeleiding door een combinatie van medische & orthopedagogische (of psychologische) professionals echt aangewezen.

## **\* , \*\* , \*\*\* , Voetnoten voor dokters**

### **\* Binnen ons lijf zijn psycho&soma volledig geïntegreerd – waarom dan niet in de zorg voor ons lijf?**

Dat de psyche een rol speelt in elk ziekteproces en niet alleen bij psychosomatische aandoeningen, is geen nieuws – al speelt deze daarin wel een hoofdrol. Als er bij lichamelijke klachten gereede aanwijzingen zijn voor een psychosomatische genese van de klacht, dan is een geïntegreerde aanpak hiervan verreweg het meest effectief. Een probleem in een zo geïntegreerd systeem als lichaam/geest behoeft echt een geïntegreerde aanpak. Dat is soms te realiseren in de persoon van een psychosociaal onderlegde dokter, maar als de psychosomatische problematiek toch dieper lijkt te steken, dan is een geïntegreerd samenwerkings-traject van dokter en psychisch professional sámen nodig – dit al in de diagnostische fase, én tegelijkertijd, met optimaal onderling contact. Eigenlijk lukt dat alleen goed, als beiden (ea) over en weer geïnteresseerd zijn in de héle problematiek van dit kind en zijn ouders, maar ook in elkaars vakgebied, én zij beiden op dezelfde locatie werken. Alleen dan vindt er geregeld uitwisseling plaats van kennis, en van de ontwikkelingen bij dit kind / in dit gezin, en kan de aanpak waar nodig soepel bijgesteld worden. Zeker zo belangrijk voor de motivatie van de ouders is, dat zij en hun kind ook tijdens de psychische begeleiding weten, dat de dokter steeds meekijkt. Hun gang naar de orthopedagoog/psycholoog, langs de spreekkamer van de dokter, weerspiegelt die intentie. Deze betrokkenheid over en weer is van wezenlijk belang in de begeleiding van psychosomatische klachten, en dat lukt eigenlijk alleen goed in een geïntegreerde setting.

Ook als de puur somatische kant van dit probleem bij jou als dokter naar de achtergrond raakt, blijft het toch van belang om de patiënt enigermate somatisch te blijven begeleiden, tóť de klachten verbeterd zijn.

Hoewel zo'n geïntegreerde aanpak het meest logisch en effectief (ook kosteneffectief) is, is dit op nog slechts weinig plaatsen gerealiseerd of te realiseren. Veel instanties hebben er nog geen idee van of zijn er nog niet aan toe, terwijl de 'marktwerking' in de zorg heel andere doelen nastreeft. Dat geldt niet alleen voor de huidige somatische

zorg, het geldt evenzeer voor psychische jeugdzorg in allerlei vorm. Want onderlinge afstand, soms zelfs wantrouwen tussen de instituties die voor 'psycho' meenden op te komen (destijds RIAGG's en Bureau Jeugdzorg), en instituties die vooral somatisch te werk gaan (de ziekenhuizen), zorgden eerder voor het slaan van piketpaaltjes tussen de disciplines dan voor integratie. Het was vooral het management van deze instituties, dat last had (heeft?) van zulke territoriumdrift, en die werd nog eens aangewakkerd door de 'marktwerking' in de zorg. Daarmee gingen instituties zuinigheidshalve definiëren wat hun 'core-business' is – en wat daar naar hun idee niet toe hoorde, werd over de muur gekieperd. De mogelijkheid van intensieve samenwerking verdween daarmee vooralsnog achter de horizon – laat staan geïntegreerde zorg.

Als werkelijk geïntegreerde zorg niet mogelijk is, dan blijft als 'second best' aanpak het zogenaamde 'twee-sporen-beleid' over. Daarbij worden somatische en psychische zorg tegelijkertijd verleend, in onderlinge samenwerking, maar dan op verschillende plekken. In dat geval is het wel raadzaam om ouders (en kind) al tijdens het somatisch spreekuur kennis te laten maken met de psychisch professional – of omgekeerd. Zo'n gezamenlijk contact helpt erg om bij de ouders de drempel te verlagen naar het meer psychologische deel van onderzoek en begeleiding.

### Kostenaspect van een geïntegreerde aanpak

Door die kennelijke weerstand tegen optimale samenwerking zou je haast gaan denken, dat zo'n geïntegreerde psychosomatische begeleiding kostbaar is. Maar het tegendeel is waar, het bleek veel minder duur, veel effectiever én minder traumatisch te zijn dan al dat op strikte somatiek gerichte (en veelal zinloze) onderzoek – maar ook veel minder opwindend voor het image van het ziekenhuis. Psychosomatiek is niet een aspect waar ziekenhuismanagers zich mee op de borst kunnen kloppen, en het ziekenhuis heeft er daarom weinig geld voor over. Managers zijn vooral geïnteresseerd in productiecijfers – 'productie' aan opnames, ligdagen, polikliniekbezoeken, lab- en beeldvormend onderzoek en ingrepen.

Bizar is, dat 'Gezondheid' op zich nauwelijks meetelt als 'product' binnen het concept van marktwerking in de zorg, omdat **'meer gezondheid'** de nu juist de **'productie vermíndert'** (en daarmee dus ook de kosten vermindert).

Wellicht is hier nog een rol voor zorgverzekeraars weggelegd? – mijn verwachtingen zijn niet hooggespannen, want het zijn ook daar vooral productie-managers, die de regie voeren. Het perspectief voor een werkelijk geïntegreerde psychosomatische zorg voor kinderen stemt dus weinig hoopvol, temeer daar ook binnen de geestelijke gezondheidszorg een valse bezuinigingsdrift flink heeft toegeslagen, wat samen met de herinrichting op gemeentelijk niveau heeft gezorgd voor heel veel onzekerheid. Voor optimisme over een adequate zorg voor psychosomatische klachten is het dan ook nog te vroeg.

Mijn hoop is dan ook vooral gericht op de werkers in de zorg, zowel aan somatische als aan psychische kant. Wat mijn vakgebied betreft zullen eerst vooral ook meer (kinder)dokters zich moeten gaan interesseren voor de héle mens in plaats van vooral de technische aspecten binnen hun werkveld. Want psychosomatiek maakt een belangrijk deel uit van het spreekuur van elke arts, en zeker niet alleen dat van kinderartsen.

### Eigen ervaringen

De mogelijkheid van geïntegreerde psychosomatische zorg voor kinderen is dus nog steeds zeldzaam in Nederland. Toen ik in 1982 als vooral technisch opgeleid kinderarts in Apeldoorn kwam werken, bleek daar al tien jaar een 'pediatrisch-orthopedagogische polikliniek' te bestaan, die verwonderlijk goed functioneerde. Opmerkelijk waren de zeer nauwe samenwerking tussen kinderartsen en het ortho-pedagogisch team, en de laag-drempelige toegang, waar kinderen én ouders samen een wekelijkse interactieve groepsbegeleiding kregen. Dat was iets, dat niet alleen hoogst ongebruikelijk was in die tijd, maar door Riagg-mensen zelfs als 'ongepast' werd beoordeeld. Daar werden mij de ogen geopend voor een deel van mijn vakgebied, waarvan ik het bestaan niet had vermoed. Dit toen unieke concept, dat op grond van de methodiek 'Ervaringshuis' heette, was fysiek



gekoppeld aan de kinderopklinik en de kinderafdeling van het ziekenhuis. Het heeft daar 35 jaar lang heel veel Apeldoornse kinderen en hun ouders prima geholpen in het omgaan met hun problematiek, en op een manier dat zijzelf het gevoel hadden dit 'op eigen vleugels' voor elkaar gekregen te hebben. Daarmee was het dus ook een enorme steun in de taak van de kinderartsen en de huisartsen.

Dat zelfs dit effectieve en sterk kosten besparende project tien jaar geleden door ons eigen ziekenhuis-management werd 'wegbezuinigd' is vooral triest omdat dit niet op economische gronden gebeurde, maar omdat het 'buiten de core-business' van het ziekenhuis zou vallen (!?). De methodiek zélf 'overleefde' overigens wél, maar dan onder de hoede van GGNet (geestelijke gezondheidszorg). Op zich goed, maar van werkelijk geïntegreerde zorg is ook hier dus jammer genoeg geen sprake meer, wat te merken is aan een flink verminderde betrokkenheid van kinderartsen, en daarmee aan verlies van kennis over en weer.

## **\*\* Het aanzien van de psychosomatiek**

Daar is het niet zo goed mee gesteld. Een strikt technisch vak als chirurgie staat veel hoger in aanzien dan een vak met een veel softer image als kindergeneeskunde of psychiatrie. En op psychosomatiek wordt zelfs door veel van de meer technische collega's binnen de kinderen interne geneeskunde nog neergekeken, omdat deze aanpak 'te soft' zou zijn, 'alternatief' en dus ongewenst. Hierdoor is het aantal professionals dat psychosomatische problematiek werkelijk serieus neemt en ermee vertrouwd is, dan ook nog relatief klein, en daarmee dus ook het aantal begeleidingsmogelijkheden – wat meer dan jammer is.

Het niet-herkennen van de waarde van psychosomatiek is niet nieuw. Halverwege de vorige eeuw was er alleen in Leiden een voortrekker in dit vakgebied, de internist prof. dr. Juda Groen. Bij hem vielen ziektebeelden als asthma, zweren in maag en twaalfvingerige darm, chronische ontstekingen van vooral de dikke darm en hoge bloeddruk onder deze noemer. En ook toen al riep de term 'psycho' een enorme weerstand op bij veel andere beoefenaren van de geneeskunde, én bij veel patiënten, zodat dit holistische idee vanuit meerdere hoeken heftig werd bestreden. En dat gebeurde helemaal, toen er duidelijke somatische factoren werden aangetoond als veroorzakers van deze aandoeningen. Daarmee waren tegenstanders blij, dat zij nu de 'werkelijke oorzaken' kenden, zodat ze daarmee het vakgebied 'psychosomatiek' met een gerust hart dachten te kunnen 'begraven' – onterecht naar later bleek \*\*\*.

Met het verguizen van de psychosomatiek als serieus vakgebied is ook het onderzoek van psychosomatische aandoeningen jarenlang stil komen te liggen, en dat is jammer. Natuurlijk hoeft een á priori psychosomatische benadering lang niet altijd direct naar dé oplossing voor de aandoeningen te leiden. Psychosomatiek is ook geen 'alternatief' voor de reguliere geneeskunde, het is een onmisbaar en waardevol onderdeel ervan en vult de pure somatiek aan waar deze de interactie met het brein laat liggen. En het blijkt dus zinvol om steeds met deze wat bredere blik naar aandoeningen te kijken, en om daarmee de mogelijke invloed van psychische spanning op orgaansystemen te betrekken in je medische afwegingen. Dat geldt helemaal bij 'functionele klachten', want elke wat meer gevoelige mens heeft érgens zijn 'zwakste schakel', welke in situaties van 'overspanning' lichamelijke klachten kan geven. Als je dat bij je patiënt / bij je kind (of bij jezelf) eenmaal herkent, dan is dat een uitermate nuttig signaal dat er echt wat moet gebeuren. Het al dan niet met hulp nagaan wat die spanning oproept om dat te kunnen oplossen, biedt een tweesnijdend zwaard: de psychische spanning waaronder iemand leeft neemt af én de klacht wordt minder of verdwijnt zelfs.

Gelukkig bleef een aantal dokters de toegevoegde waarde inzien van een psychosomatische (en dus meer holistische) benadering. Daarbij wint het inzicht gestaag terrein, dat het je beperken tot de puur somatische aspecten van je vakgebied, een te beperkt blikveld oplevert. Daarmee begint een serieuze benadering van psychosomatiek ook weer wat meer ruimte te krijgen. Zelfs heeft dit ook op academisch niveau geleid tot meer aandacht voor psychosomatiek, al wordt deze term in concreto vooralsnog omzeild [a] – en dat is toch een stapje in de goede richting.

### \*\*\* Wat bleef over van de ontkenning van psychosomatiek?

De idee, dat psychische spanning lichamelijke klachten zou kunnen veroorzaken heeft felle tegenstanders gekend, die met alle mogelijke argumenten deze gedachte onderuit probeerden te halen. En dat leek te lukken, met argumenten die sterker leken dan ze waren.

– Als oorzaak van de maagzweer kon in 1982 een bepaalde bacterie worden aangewezen, de ‘*Helicobacter Pylori*’. Behandeling er van bracht genezing, een geweldig succes. Maar nadien werd deze bacterie ook bij veel mensen zónder maagproblemen gevonden (afhankelijk van de leeftijd bij 15 tot 30% van de Nederlanders, een percentage dat in de ontwikkelingslanden met 90% nog veel hoger ligt [38]). Waarom krijgt de ene mens van deze bacterie zo’n zweer en de andere mens niet? Dat heeft alles met afweer te maken.

En van menselijke immuniteit weten we inmiddels, dat deze gerelateerd is aan psychische gesteldheid [a]. Het is niet voor niets, dat een Nederlandse gezegde luidt “Doe even kalm, je krijgt er nog een maagzweer van!”. Een gezegde, dat je overigens zo in kunt ruilen voor “Denk aan je hart!”, of “Denk aan je bloeddruk”. En zo zijn er in ons spraakgebruik meerdere aandoeningen, die een relatie leggen tussen psychische spanning en de ‘zwakke schakels’ die bekend zijn van het menselijk lichaam, uit ondervinding.

– Dat zulke gezegdes geen loze kreten zijn, wordt ook recent weer duidelijk in een artikel in de Lancet, dat de link tussen hartziekten en stress een duidelijke onderbouwing geeft [37].

Dat is interessant onderzoek, dat nog een vervolg gaat krijgen.

– En zo is hoge bloeddruk nu meestal wel met allerlei medicijnen in het gareel te krijgen. Maar waardoor heeft iemand daar last van? Daar spelen vaak meerdere factoren in mee, waaronder stress.

– Ook staan ons ter behandeling van astma inmiddels veel meer geneesmiddelen ter beschikking – maar het blijft vaak toch een lastig te behandelen aandoening, waarin psychische factoren een niet onbelangrijke rol kunnen spelen. Zoals overigens ook bij het daaraan gerelateerde eczeem.

– Zulks geldt ook voor enkele chronische darmziekten.

– Een psychosomatische aandoening bij volwassenen, die niet meer ontkend wordt, en inmiddels ook wat minder gêne oproept, is ‘burn out’ – voorheen ‘overwerktheid’ geheten. Was de gedachte vroeger, dat dit iemand kon overkomen die te veel hooi op de vork had genomen, inmiddels weten we, dat het vooral de psychische spanning op het werk is, die hierin iemand ‘de das om doet’. Hard werken alleen doet dit niet, het zijn intermenselijke spanningen die iemand volledig uit zijn evenwicht kunnen brengen. En de gevolgen zijn bekend: doodmoe (ook lichamenlijk), niets lukt meer, depressiviteit.

– Over psychosomatiek in omgekeerde vorm, dus een psychische uiting van een lichamenlijk probleem, heb ik het nog niet gehad, hoewel ook dat veel voorkomt – zij het niet zozeer op de kinderleeftijd. Een zeldzaam voorbeeld is de hersentumor, die gedragsveranderingen teweeg kan brengen. Frequent voorkomend is dementie – dit door een hersenaandoening of door de ziekte van Alzheimer.

Maar ook psychosomatisch zijn gedragsveranderingen, zoals die gewoonlijk optreden bij hormonale verschuivingen, zoals in de menopauze. En vervolgens komen we dan toch weer terug bij de kinderleeftijd, want tenslotte zijn de gedragsveranderingen van de puberteit ook het gevolg van lichamenlijke (hormonale) veranderingen. Alles hangt samen – psychosomatiek is een werkelijk heel breed en rationeel begrip, waarin weinig ‘zweverigheid’ valt te ontdekken.

## Literatuur en aanvullende gegevens

[35] Konijnenberg, Yvette - *Unexplained Chronic pain in Children. Diagnostic Aspects in general Paediatrics* - Utrecht, University Medical Centre 2005

Dit is een prachtig onderzoek. Wel heel jammer is, dat in dit onderzoek niet een kostenraming is meegenomen over al dat somatische onderzoek dat bij deze 150 kinderen is verricht. Want al die onderzoeken vertegenwoordigen een gigantische kostenpost over vooral zinloos onderzoek, dat ook nog eens belastend was voor de patiënten. Achteraf gesteld had voor een fractie van dat geld een effectieve psychosomatische setting in al die ziekenhuizen vorm kunnen krijgen.

[32] Hofkamp, Marchinus - *Psychosomatiek behoeft een andere behandeling* – voordracht tijdens symposium 'het Ervaringshuis' 1998 te Apeldoorn.

{Een geüpdatete vorm van dit stuk is, samen met meer informatie over de methode 'het Ervaringshuis', te bereiken via [deze link](#) }

[34] Onderzoek dat nog niet gedaan is: Via [deze link](#) kom je op een bladzij met verschillende concrete suggesties voor onderzoek dat m.i. heel interessant zal zijn, en dat dus hoognodig gedaan zou moeten worden. Ben benieuwd wie een van deze uitdagingen gaat oppakken.

[a] Psychosomatiek is in Nederland (na prof. Groen) niet meer als academische leerstoel teruggekeerd. Maar gelukkig begint de aandacht voor deze wisselwerking op allerlei terreinen meer en meer vorm te krijgen – al wordt de term 'psychosomatiek' goeddeels (m.u.v. [d]) nog omzeild. Enkele wel al gebruikelijk termen zijn: 'psycho-neuro-immunologie' [b] – 'psycho-immuno-fysiologie' [c] – 'gezondheidspsychologie'[36].

[b] Heijnen, Prof. dr. J.J. - *Een wisselwerking tussen de psyche en het immuunsysteem* – De Neuroloog, dec. 1998

Het vakgebied dat de wisselwerking tussen lichaam en geest bestudeert, de psychoneuro-immunologie, is nog volop in ontwikkeling. In 1998 werd dr. J.J. Heijnen benoemd tot hoogleraar in dit relatief nieuwe specialisme. Daarmee kreeg de psycho-neuro-immunologie de erkenning die het lang ontbeerde.

[c] Overigens aanvaardde prof.dr.R.E.Ballieux al op 11-10-1991 zijn benoeming als hoogleraar in de Psycho-immuno-fysiologie, terwijl hij terzelfder tijd afscheid nam als hoogleraar klinische immunologie. Dit tekent het belang, dat hij zag in de relevantie van de invloed van de psyche op de lichamelijke afweer.

[36] Doornen van, prof. dr. Lorenz J.P – *Psychologie en Fysiologie: een LAT-relatie - afscheidsrede* als hoogleraar Gezondheidspsychologie – Universiteit Utrecht, 2012

[d] De Nederlandse Vereniging voor Gynaecologie en Obstetrie heeft als eerste wetenschappelijke vereniging een Werkgroep psychosomatiek, en streeft hierbij naar een leerstoel.

[e] De Nederlandse Vereniging van Kindergeneeskunde kent wel het subspecialisme "Kinderarts sociale pediatrie", maar dit heeft nog slechts in beperkte mate geleid tot meer aandacht voor psychosomatiek ('functionele klachten'), hoe frequent deze problemen ook voorkomen bij kinderen.

[37] Tawakol, Ahmed a.o.– *Relation between resting amygdalar activity and cardiovascular events: a longitudinal and cohort study* – Lancet 25-02-2017

[38] MDL stichting op haar website - *Wat is een infectie met Helicobacter pylori?*