

# Gender en somatisatie

A.M.M. KOLK

**SAMENVATTING** Vigerende opvattingen over gender en somatisatie moeten kritisch bekeken worden. Immers, prevalentieonderzoek is allerminst vrij van genderbias. Ook wordt het idee dat vooral vrouwen hun emotionele problemen uitdrukken in somatische klachten vooralsnog onvoldoende door empirisch onderzoek gestaafd. Uitgebreid onderzoek naar de verklaring van individuele verschillen in beleving en rapportage van medisch onverklaarde lichamelijke klachten is nog zeer beperkt. De symptoomperceptiebenadering biedt een multidimensionaal model dat somatische, emotionele, cognitieve en sociale factoren samenbrengt en hierin wellicht verandering kan brengen.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 44(2002)6, 389-396]

**TREFWOORDEN** gender, somatisatie, symptoomperceptie

Tegenwoordig worden vrouwen niet zo makkelijk meer afgeschilderd als hysterisch. In de psychiatrische nosologie is 'hysterie' vervangen door 'somatisatiestoornis'. En vrouwen worden nu getypeerd als somatiseerders. De prototypische somatiserende patiënt is 'a lower socio-economic status woman with a history of multiple functional symptoms, presenting with physical complaints suspected of having a basis in depression or anxiety, who exaggerates the significance of her distress' (Kirmayer & Robbins 1991, p. 654).

De vraag is of deze karakterisering stoelt op betrouwbare en valide onderzoeksgegevens. In hoeverre is de prevalentie van somatoforme stoornissen en medisch onverklaarde lichamelijke klachten daadwerkelijk hoger bij vrouwen? Somatiseren vrouwen meer dan mannen, in de zin van het uitdrukken van emoties in somatische klachten? Hoe zijn verschillen tussen mannen en vrouwen te verklaren?

## PREVALENTIE

Een eenduidige uitspraak over de prevalentie van somatisatie en de genderverschillen daarin is niet makkelijk te doen. De uitkomsten van onderzoek op dit terrein lopen sterk uiteen. De

prevalentiecijfers zijn niet alleen afhankelijk van de gehanteerde definitie van somatisatie, maar ook van de onderzochte populatie. Zo kan het gaan om diagnoses van somatoforme stoornissen (volgens de DSM (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) of de ICD (International classification of diseases)), subsyndromale vormen van somatisatie of medisch onverklaarde klachten in het algemeen. De onderzochte populatie kan een klinische populatie, een eerstelijns populatie (huisartspraktijk) of de bevolking zijn.

De gegevens met betrekking tot de somatisatiestoornis illustreren dit. Aangezien dikwijls niet kan worden voldaan aan de DSM-criteria voor de somatisatiestoornis, is de gevonden prevalentie relatief laag. In eerstelijns onderzoek varieert de prevalentie van 0,1% tot 2,8% (Escobar e.a. 1998; Gureje e.a. 1997). In de bevolking is deze diagnose nog zeldzamer, namelijk 0,01% (Robins & Regier 1991). Omdat de meeste medisch onverklaarde lichamelijke klachten niet gedekt kunnen worden door een diagnose 'somatisatiestoornis', wordt ook wel uitgegaan van een subsyndromale vorm van de stoornis (Escobar 1989; Katon e.a. 1991; Kirmayer & Robbins 1991). De prevalentie hiervan varieert in de totale bevolking van 4 tot 20% (Escobar e.a. 1989), en is onge-

veer 20% in de eerste lijn (Escobar e.a. 1998; Escobar e.a. 1998; Gureje e.a. 1997). De prevalentie van medisch onverklaarde klachten die niet onder de aandacht gebracht worden van een arts, is vanzelfsprekend nog hoger (Escobar e.a. 1989; Kroenke & Price 1993).

In de DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) worden genderverschillen in somatoforme stoornissen betrekkelijk summier beschreven. De prevalentie van de somatisatiestoornis in de bevolking wordt voor vrouwen geschat op 0,2-2% en voor mannen op minder dan 0,2%. De hoogste frequentie van de ongedifferentieerde somatoforme stoornis wordt gevonden bij jonge vrouwen uit de lagere socio-economische klassen. De ratio (vrouwen versus mannen) van de conversiestoornis varieert van 2:1 tot 10:1, terwijl de pijnstoornis ook frequenter lijkt voor te komen bij vrouwen. Hypochondrie en stoornis in de lichaamsbeleving komen echter bij vrouwen even vaak voor als bij mannen (American Psychiatric Association 1994). Van patiënten met functioneel somatische syndromen als fibromyalgie, IBS (*irritable bowel syndrome*, spastisch colon) en chronische vermoeidheid is naar schatting 70 tot 90% vrouw (Toner 1995). Met betrekking tot de sub-syndromale somatisatiestoornis en medisch onverklaarde klachten in het algemeen geeft het onderzoek vooralsnog geen uitsluitel over een hogere prevalentie bij vrouwen (Gijsbers van Wijk e.a. 1992; Gureje e.a. 1997; Katon e.a. 1991; Kroenke & Price 1993; Piccinelli & Simon 1997).

## GENDERBIAS

Omdat genderverschillen herhaaldelijk worden geconstateerd, lijken ze robuust. Het is echter de vraag in hoeverre er sprake is van een daadwerkelijk verschil in ervaren klachten of van een artefact. Immers, een of andere vorm van genderbias kan in geen enkel onderzoek worden uitgesloten (Hartung & Widiger 1998). Als prevalentiegegevens bijvoorbeeld gebaseerd zijn op klinische steekproeven in plaats van op bevolkingsonderzoek (zoals bij de genoemde functio-

neel somatische syndromen), dan kunnen deze cijfers sterk vertekend zijn door genderverschillen in ziektegedrag en hulpzoekgedrag. Bovendien is de prevalentie van onverklaarde klachten afhankelijk van de methode van symptoomdetectie. Methoden verschillen met betrekking tot aard en aantal symptomen, ondervraagde periode en responscategorieën behorende bij (gestandaardiseerde) interviews, vragenlijsten of medische registraties (Kroenke 2001). Zo kan de ondervraagde periode bepalen of er genderverschillen worden gevonden. In retrospectieve klachtenrapportage scoren vrouwen hoger dan mannen, terwijl deze verschillen bij een prospectieve methode wegvallen (Pennebaker 1982). Ook de criteria voor de diagnose van somatoforme stoornissen kunnen onderhevig zijn aan genderbias. Zo waren in de criteria voor de DSM-diagnose 'somatisatiestoornis' seksespecifieke symptomen zoals onregelmatige menstruatie, overmatig bloedverlies en braken tijdens de zwangerschap oververtegenwoordigd, ten gevolge waarvan mannen een kleinere kans hadden als zodanig gediagnosticeerd te worden. Het is de vraag of de poging deze bias uit de DSM-IV te bannen geslaagd is. Immers, door het slechts toevoegen van erectie- en ejaculatieproblemen zonder gedegen onderzoek onder mannen lijkt de kans op een diagnose bij mannen nog steeds relatief laag. Ten slotte speelt de clinicus een belangrijke rol in het diagnostische proces, vooral in de beginfase. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld steeds weer dat dezelfde lichamelijke symptomen bij vrouwen vaker dan bij mannen worden toegeschreven aan emoties, zelfs wanneer openlijk geen emoties worden getoond. Hierdoor is een somatisatiediagnose bij vrouwen waarschijnlijker (Elderkin-Thompson & Waitzkin 1999).

Aangezien het onderscheid tussen het ervaren van symptomen en de rapportage ervan moeilijk is, is het mogelijk dat genderverschillen niet zozeer verschillen representeren in het ervaren, maar meer in het rapporteren van symptomen. Vrouwen zijn immers meer bereid hun

klachten te erkennen, in het bijzonder tegenover vrouwelijke interviewers (Verbrugge 1989; Wool & Barsky 1994). Bovendien omkleden zij de presentatie van hun lichamelijke klachten, meer dan mannen, met emotionele problemen en sociale omstandigheden (Elderkin-Thompson & Waitkin 1999). Verschillende processen en factoren lijken ten grondslag te liggen aan ervaring en rapportage. Welke klachten gepresenteerd worden, wordt evenzeer bepaald door de sociale context als door het ervaren probleem (Kirmayer & Taillefer 1997).

#### SOMATISEREN: AFWEER EN EXPRESSIE

Vrouwen blijken dus in het algemeen meer dan mannen bereid negatieve emoties te onderkennen en erkennen. Daar staat tegenover dat vrouwen tevens worden verondersteld vaker te somatiseren in de klassieke zin: het afweren van hun emotionele problemen en deze uitdrukken in somatische klachten. Deze veronderstelling lijkt ondersteuning te vinden in de herhaaldelijk vastgestelde samenhang tussen misbruik, somatoforme en dissociatieve symptomatologie (Badura e.a. 1997; Kolk e.a. 1996; Nijenhuis 1999). Het is echter bijzonder moeilijk aan te tonen of hieraan daadwerkelijk een proces van dissociatie ten grondslag ligt. Vooralsnog is hiervoor meer klinische dan empirische evidentie. Bovendien blijken trauma en somatoforme symptomen minstens zo sterk samen te hangen met bijvoorbeeld angst en depressie (Engel e.a. 1996; Katon e.a. 2001; Simon e.a. 1999). Het is daarom de vraag in hoeverre somatisatie als afweer van emotionele problemen – anders dan in klinische praktijk – een wijdverbreid verschijnsel is onder vrouwen.

De resultaten van grootschalige eerstelijns-onderzoeken lijken aan te tonen dat somatisatie als afweer geen wijdverbreid verschijnsel is, niet in het algemeen en niet bij vrouwen (Kirmayer & Robbins 1996; Simon e.a. 1999). In het onderzoek van Simon e.a. bleek 50% van de patiënten met een depressieve stoornis tevens onverklaarde lichamelijke klachten te rapporteren, maar

slechts 11% ontkende psychische klachten wanneer daarnaar direct werd gevraagd. Kirmayer & Robbins onderzochten mannen en vrouwen met een diagnose depressieve stoornis of angststoornis. Voorafgaand aan deze diagnosestelling deelden zij de patiënten in naar klachtpresentatie en -attributie bij de intake. Een relatief kleine groep (15%) presenteerde psychische klachten en schreven deze toe aan psychosociale problemen. De overige patiënten presenteerden somatische klachten. Zij verschilden echter in klachtattributie. Psychosociale oorzaken voor hun klachten werden spontaan (34%) of desgevraagd (26%) te berde gebracht. Een vierde groep (25%) bleef echter psychosociale verklaringen voor hun lichamelijke klachten hardnekkig afwijzen. Deze 'echte' somatiseerders bleken vaker man (60%).

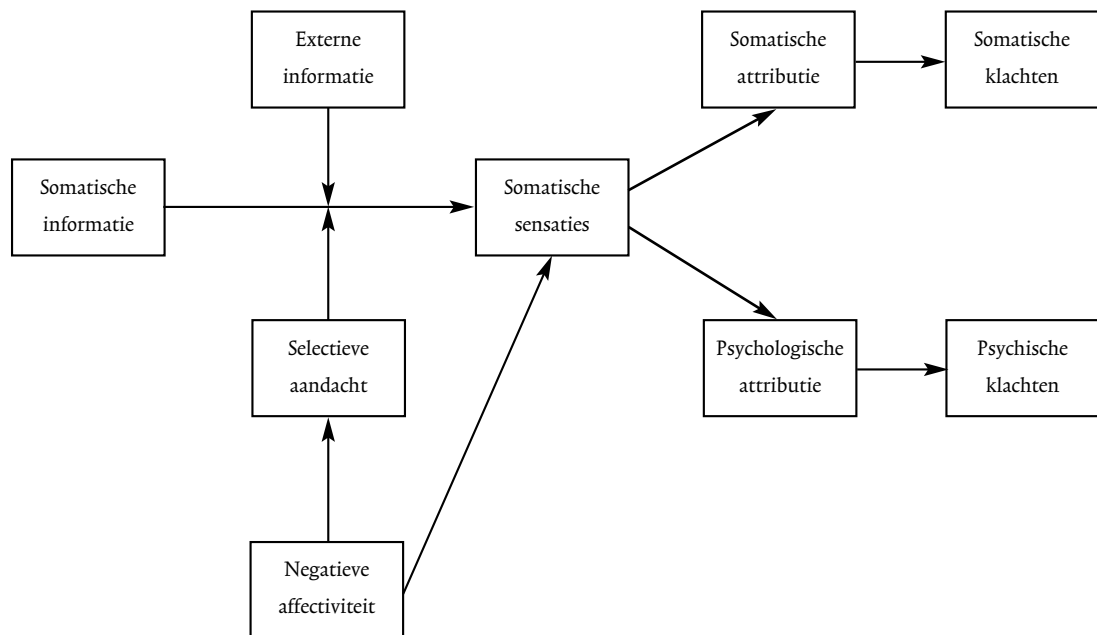
Aangezien somatische klachten zonder emotionele klachten zeldzaam zijn en somatische klachten onlosmakelijk verbonden zijn met emotionele problemen, zowel onder mannen als onder vrouwen (Piccinelli & Simon 1997), wordt het begrip somatisatie in deze betekenis ook wel opgevat als een product van lichaam-geestdualisme en daarom een sociale constructie.

*'The concept of somatisation reproduces two fundamental dualisms that are deeply embedded in Western Medicine, health psychology, and indeed, in the everyday concept of the person. The first is that mind and body are distinct realms, so that there is something noteworthy or even exceptional about people who express in somatic terms problems that a professional would situate in the psychological realm. The second is that what is physical is somehow more real, substantial, and ultimately, more legitimate as illness than what is psychological'* (Kirmayer & Taillefer 1997, p. 333).

#### SYMPTOOMPERCEPTIE

In vergelijking met stoornissen als angst en depressie komen theorieontwikkeling en onderzoek met betrekking tot somatoforme stoornissen en, meer algemeen, medisch onverklaarde lichamelijke klachten er bekaaid af. De symptoomperceptie benadering biedt een veelomvat-

FIGUUR 1 Vereenvoudigd symptoomperceptiemodel



tend model (zie figuur 1) dat hierin verandering kan brengen, ook ten aanzien van de verklaring van genderverschillen (Gijsbers van Wijk & Kolk 1997; Pennebaker 1982).

**Het model** In de symptoomperceptiebenaarding wordt het ervaren van lichamelijke klachten gezien als de uitkomst van een proces van waarnemen en interpreteren van lichamelijke sensaties. De waarneming en interpretatie van lichamelijke sensaties zijn bestanddelen van een informatieverwerkingsproces waarin somatische, sociale, cognitieve, en emotionele factoren een rol spelen.

De perceptie van lichamelijke klachten wordt in de regel voorafgegaan door perifere, fysiologische veranderingen. Fysiologische veranderingen kunnen voortkomen uit fluctuaties in normale lichamelijke processen, uit organische pathologie (acuut en chronisch) en uit emoties. Omdat er nu eenmaal altijd sprake is van een beperkte aandachtscapaciteit kan slechts een deel van de beschikbare informatie vanuit

het lichaam bewust verwerkt worden. Aandachtsregulatie bepaalt in welke mate somatische informatie geselecteerd wordt voor verdere verwerking. Relatief veel of relatief weinig externe informatie (omgevingsinformatie: overbelasting en onderbelasting), negatieve affectiviteit (een persoonlijkheidskenmerk vergelijkbaar met neuroticisme) en de neiging tot selectieve aandacht voor signalen uit het lichaam worden verondersteld de verwerking van somatische informatie en daardoor de detectie van lichamelijke sensaties te vergroten.

Of deze sensaties vervolgens als lichamelijke klachten worden ervaren, is afhankelijk van attributieprocessen (interpretatie). Worden ze exclusief toegeschreven aan factoren als spanning, angst of stress, dan zullen psychische klachten ervaren worden. Worden ze evenwel toegeschreven aan fysieke ziekte, dan zullen lichamelijke klachten het gevolg zijn. De interpretatie van waargenomen lichamelijke sensaties in termen van ziekte kan heel voor de hand liggend zijn, bijvoorbeeld in het geval van een loopneus bij een

heersende griep. Maar vaak is het maken van onderscheid moeilijk. Er is dikwijls sprake van een ingewikkeld bewust en onbewust afwegingsproces. Want lichamelijke sensaties kunnen niet alleen wijzen op verschillende ziekten, maar ook op emoties, of op betrekkelijk gewone klachten die horen bij de leeftijd, de menstruele cyclus of de overgang. De betekenis van lichamelijke sensaties kan soms niet onderkend worden, omdat die betekenis te bedreigend is, zoals in het geval van een ernstige ziekte. Omgekeerd kan ook het ervaren van emoties te bedreigend zijn. In dat geval is het waarschijnlijk dat lichamelijke gewaarwordingen als symptoom van ziekte worden waargenomen.

*Empirische ondersteuning* Onderbelasting (bv. sociale isolatie, werkloosheid, monotoon of weinig veeleisend werk) enerzijds en overbelasting (bv. een veeleisende werk- of thuissituatie, evenals conflicterende rollen) anderzijds blijken een negatief effect te hebben op de gezondheid (Pennebaker 1982). Negatieve affectiviteit verlaagt de waarnemingsdrempel voor lichamelijke sensaties en is ofwel direct, ofwel via selectieve aandacht geassocieerd met klachten, onafhankelijk van demografische factoren en gezondheidsgedrag (Deary e.a. 1997). Individuele verschillen in selectieve aandacht voor lichamelijke sensaties en experimenteel geïnduceerde selectieve aandacht hangen eveneens samen met een verhoogde symptoomrapportage (Williams & Wiebe 2000). Met betrekking tot de klachtattributie blijkt dat de neiging tot somatische attributie het aantal medisch onverklaarde lichamelijke klachten voorspelt in de maanden daarna, terwijl de neiging tot psychologische attributie de presentatie van psychische klachten voorspelt (Robbins & Kirmayer 1991).

Ook ons eigen onderzoek ondersteunt het veronderstelde effect van aan symptoomperceptie gerelateerde factoren. Relatief veel chronische ziekten, relatief weinig informatie vanuit de omgeving en veel negatieve affectiviteit voorspellen meer dagelijkse lichamelijke klachten

zoals vermoeidheid, rugpijn en hoofdpijn. Ook een sterkere neiging tot selectieve aandacht voor lichamelijke sensaties en tot somatische attributie geeft daarop een hogere kans (Kolk e.a. 2002; Kolk e.a. in druk).

#### GENDER EN SYMPTOOMPERCEPTIE

Genderverschillen in medisch onverklaarde lichamelijke klachten kunnen verklaard worden door verschillen met betrekking tot de genoemde aan symptoomperceptie gerelateerde factoren. Bij vrouwen is sprake van meer fluctuerende somatische informatie door hun hormonale schommelingen. Reproductieve processen, zoals de menstruele cyclus, zwangerschap en de menopauze, produceren een veelheid van interne informatie die afwezig is bij mannen. Een andere bron van somatische informatie is chronische ziekte. Uit gezondheidsonderzoek is bekend dat vrouwen vaker lijden aan relatief milde chronische ziekten zoals gewrichtsontsteking en -slijtage of migraine (Centraal Bureau voor de Statistiek 2000).

Wat betreft externe informatie is bij veel vrouwen sprake van onderbelasting. Zij zijn vaak werkloos en huisvrouw. Een dagelijkse situatie die gekenmerkt kan worden door relatieve sociale isolatie en monotone, zich herhalende arbeid. Ook bij buitenshuis werkende vrouwen is relatief vaak sprake van laaggeschoolde, weinig veeleisende banen (Centraal Bureau voor de Statistiek 2000). Anderzijds kampen veel vrouwen met overbelasting door de verantwoordelijkheid voor zowel huishouden als partner en kinderen, vooral als er conflicten zijn. Vrouwen ervaren meer werk-thuisconflicten dan mannen (Pennebaker 1982; Verbrugge 1989).

Negatieve affectiviteit en selectieve aandacht voor lichamelijke veranderingen zijn sterker bij vrouwen, beide beïnvloeden de relatie tussen gender en klachten (Williams & Wiebe 2000). De veronderstelling dat vrouwen in het algemeen meer de neiging hebben tot attributie van lichamelijke sensaties aan ziekte is voornamelijk nauwe-

lijks onderzocht. In het onderzoek van Robbins & Kirmayer werd gevonden dat vrouwen meer dan mannen psychologisch attribueren (Robbins & Kirmayer 1991).

In ons eigen onderzoek vonden we het voor- spelde gendereffect alleen ten aanzien van twee factoren: meer negatieve affectiviteit en minder externe informatie (minder werk en meer huis- houdelijke verantwoordelijkheden) voor vrou- wen. De neiging dagelijkse lichamelijke klachten toe te schrijven aan ziekte bleek echter sterker bij mannen. Een pad-analyse van gender via symp- toomperceptiegerelateerde factoren naar dage- lijke lichamelijke klachten suggereert twee rou- tes voor vrouwen: de ene via meer negatieve affectiviteit en meer selectieve aandacht, en de andere via minder informatie vanuit de omge- ving (Kolk e.a. in druk).

## CONCLUSIE

De verdere ontwikkeling van theorie en onderzoek op het terrein van somatisatie in het algemeen en genderverschillen daarin in het bij- zonder vereist een zorgvuldige definiëring en ope- rationalisatie van somatisatie op het punt van symptoomniveau, onderliggend mechanisme, be- leving versus expressie/presentatie van klachten, en geldigheid voor populaties. De toetsing van een multidimensionaal model zoals het symptoom- perceptiemodel, dat somatische, sociale, cognitieve en emotionele factoren samenbrengt, kan een evenwichtige, niet-generaliserende verklaring van individuele verschillen in somatisatie bieden, niet alleen ten aanzien van gender, maar ook ten aanzien van leeftijd en sociale positie.

## LITERATUUR

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4de druk). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Badura, A.S., Reiter, R.C., Altmaier, E.M., e.a. (1997). Dissociation, somatization, substance abuse, and coping in women with chronic pelvic pain. *Obstetrics and Gynecology*, 90, 405-410.

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2000). *Vademecum Health Statistics* 2000. Voorburg/Heerlen: Vellekoop.

Deary, I.J., Scott, S., & Wilson, J.A. (1997). Neuroticism, alexithymia and medically unexplained symptoms. *Personality and Individual Differences*, 22, 551-564.

Elderkin-Thompson, V., & Waitzkin, H. (1999). Differences in clinical communication by gender. *Journal of General Internal Medicine*, 14, 112-121.

Engel, C.C., Jr., Walker, E.A., & Katon, W.J. (1996). Factors related to dissociation among patients with gastrointestinal complaints. *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 643-653.

Escobar, J.I., Gara, M., Silver, R.C., e.a. (1998). Somatisation disorder in primary care. *British Journal of Psychiatry*, 173, 262-266.

Escobar, J.I., Rubio-Stipec, M., Canino, G., e.a. (1989). Somatic symptom index (SSI). A new and abridged somatization construct. Prevalence and epidemiological correlates in two large community samples. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 140-146.

Escobar, J.I., Waitzkin, H., Silver, R.C., e.a. (1998). Abridged somatization. A study in primary care. *Psychosomatic Medicine*, 60, 466-472.

Gijsbers van Wijk, C.M.T., Kolk, A.M.M., van den Bosch, W.J., e.a. (1992). Male and female morbidity in general practice: the nature of sex differences. *Social Science and Medicine*, 35, 665-678.

Gijsbers van Wijk, C.M.T., & Kolk, A.M.M. (1997). Sex differences in physical symptoms: the contribution of symptom perception theory. *Social Science and Medicine*, 45, 231-246.

Gureje, O., Simon, G.E., Ustun, T.B., e.a. (1997). Somatization in cross-cultural perspective. A World Health Organization study in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 154, 989-995.

Hartung, C.M., & Widiger, T.A. (1998). Gender differences in the diagnosis of mental disorders; conclusions and controversies of the DSM-IV. *Psychological Bulletin*, 123, 260-278.

Katon, W., Lin, E., Von Korff, M., e.a. (1991). Somatization: a spectrum of severity. *American Journal of Psychiatry*, 148, 34-40.

Katon, W., Sullivan, M., & Walker, E. (2001). Medical symptoms without identified pathology: relationship to psychiatric disorders, childhood and adult trauma, and personality traits. *Annals of Internal Medicine*, 134, 917-925.

Kirmayer, L.J., & Robbins, J.M. (1991). Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *Journal of Nervous Mental Disease*, 179, 647-655.

Kirmayer, L.J., & Robbins, J.M. (1996). Patients who somatize in

- primary care. A longitudinal study of cognitive and social characteristics. *Psychological Medicine*, 26, 937-951.
- Kirmayer, L.J., & Taillefer, S. (1997). Somatoform disorders. In S.M. Turner, M. Hersen e.a. (Red.) *Adult psychopathology and diagnosis* (3de druk, pp. 333-383). New York: John Wiley & Sons.
- Kolk, A.M.M., Hanewald, G.J.F.P., Schagen, S., e.a. (2002). Predicting medically unexplained physical symptoms and health care utilization. A symptom perception approach. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 35-44.
- Kolk, A.M.M., Hanewald, G.J.F.P., Schagen, S., e.a. (in druk). A symptom perception approach to common physical symptoms. *Social Science and Medicine*.
- Kolk, B.A. van der, Pelcovitz, D., Roth, S., e.a. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153, 83-93.
- Kroenke, K. (2001). Studying symptoms: sampling and measurement issues. *Annals of Internal Medicine*, 134, 844-853.
- Kroenke, K., & Price, R.K. (1993). Symptoms in the community. Prevalence, classification, and psychiatric comorbidity. *Archives of Internal Medicine*, 153, 2474-2480.
- Nijenhuis, E.R.S. (1999). *Somatoform dissociation. Phenomena, measurement, and theoretical issues*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Pennebaker, J.W. (1982). *The psychology of physical symptoms*. New York: Springer.
- Piccinelli, M., & Simon, G. (1997). Gender and cross-cultural differences in somatic symptoms associated with emotional distress. An international study in primary care. *Psychological Medicine*, 27, 433-444.
- Robbins, J.M., & Kirmayer, L.J. (1991). Attributions of common somatic symptoms. *Psychological Medicine*, 21, 1029-1045.
- Robins, L.N., & Regier, D.A. (1991). *Psychiatric disorders in America*. New York: Free Press.
- Simon, G.E., Von Korff, M., Piccinelli, M., e.a. (1999). An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *The New England Journal of Medicine*, 341, 1329-1335.
- Toner, B.B. (1995). Gender differences in somatoform disorders. In M.V. Seeman (Red.), *Gender and Psychopathology* (pp. 287-309). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Verbrugge, L.M. (1989). The twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 282-304.
- Williams, P.G., & Wiebe, D.J. (2000). Individual differences in self-assessed health: gender, neuroticism and physical symptom reports. *Personality and Individual Differences*, 28, 823-835.
- Wool, C.A., & Barsky, A.J. (1994). Do women somatize more than men? Gender differences in somatization. *Psychosomatics*, 35, 445-452.

## AUTEUR

A.M.M. KOLK is gezondheidszorgpsycholoog en universitair hoofddocent Klinische Psychologie/Medische Psychologie, werkzaam bij de programmagroep Klinische Psychologie, Universiteit van Amsterdam.  
 Correspondentieadres: dr. A.M.M. Kolk, Faculteit Maatschappij en Gedragwetenschappen, programmagroep Klinische Psychologie, Roetersstraat 15, 1018 WB Amsterdam.  
 E-mail: kp\_kolk@macmail.psy.uva.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 6-3-2002.

## SUMMARY

### Gender and somatization – A.M.M. Kolk –

Current opinions on gender and somatization are in need of a critical consideration. After all, prevalence studies are not without gender bias. The idea that women in particular express their emotional problems in somatic complaints is insufficiently supported by empirical findings. Comprehensive studies on the explanation of individual differences in the perception and reporting of medically unexplained physical symptoms are scarce. The symptom perception approach offers a multidimensional model that integrates somatic, emotional, cognitive and social factors and possibly generates more and more research.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 44 (2002) 6, 389-396]

**KEYWORDS** gender, somatization, symptom perception