

Somatoforme stoornissen

B. VAN HOUDENHOVE

ACHTERGROND De DSM-IV-categorie 'somatoforme stoornissen' staat de laatste jaren ter discussie.

DOEL Een overzicht geven van de recente literatuur op dit gebied, in een epidemiologisch, conceptueel-diagnostisch, etiologisch/pathogenetisch en therapeutisch perspectief.

METHODE Voor de samenstelling van dit artikel is gebruikgemaakt van een Medline-search (1990-1999).

RESULTATEN Patiënten met somatoforme stoornissen vormen een belangrijke subgroep binnen de groep van patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten. Inspanningen werden gedaan om de klinische bruikbaarheid van de subcategorie 'somatisatiestoornis' voor de eerstelijns geneeskunde te vergroten, maar concrete resultaten heeft dit nog niet opgeleverd. Anderzijds kan de exponentiële groei van het cognitief-gedragsgericht en neurobiologisch onderzoek op het gebied van 'moderne' functionele somatische syndromen (zoals het chronische-vermoedheidssyndroom), nieuwe perspectieven openen op een multidimensionele, biopsychosociaal georiënteerde, diagnostische en therapeutische benadering.

CONCLUSIE Hoewel de kennis over somatoforme stoornissen en hun behandeling toeneemt, blijft de concrete klinische vertaling hiervan nog steeds problematisch.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2001) 2, 83-93]

TREFWOORDEN functionele lichamelijke stoornissen, onverklaarde lichamelijke klachten, psychosomatiek, somatisatie, somatoforme stoornissen

In de medisch-somatische en psychiatrische praktijk worden vaak patiënten gezien met lichamelijke klachten zonder (duidelijke) somatische verklaring. Hoewel deze patiënten in diverse diagnostische kaders kunnen worden gesitueerd, bestaat in de DSM-IV-classificatie (APA 1994) voor een belangrijke subgroep onder hen een aparte diagnostische categorie: de somatoforme stoornissen. Deze categorie wordt echter de laatste jaren als erg controversieel beschouwd. In dit artikel zal een kritisch overzicht worden gegeven van de recente literatuur op dit gebied.

DEFINITIE EN TERMINOLOGIE

Clinici en onderzoekers gebruiken nog steeds verschillende termen om somatisch onverklaarde klachten aan te duiden. In de gewone medische praktijk blijven klassieke concepten als psychosomatiek en psychosomatische klachten nog vrij populair, hoewel er de obsoleete connotatie van psychogenie aan vastkleeft (Van Houdenhove 1998). Sommigen spreken over functionele klachten (Van Spaendonck e.a. 1996), subjectieve gezondheidsklachten (Ursin 1997) of onbegrepen/onverklaarde lichamelijke klachten (Spinhoven e.a. 1999). Anderen geven de voorkeur aan somatiseren (of somatisatie), een procesgerichte bena-

ming die verwijst naar het beleven en uitdrukken van psychisch onwelzijn in de vorm van lichamelijke klachten waarvoor medische hulp wordt gezocht (Lipowski 1988; Rooymans e.a. 1996). Het gebruik van het begrip 'somatiseren' kan overigens aanleiding geven tot verwarring met de beschrijvende diagnostische DSM-IV-categorie somatisatiestoornis (APA 1994) (zie verder). Sinds kort ten slotte duikt de term *functionele somatische syndromen* op om 'moderne' en vaak controversiële klachtenpatronen, zoals het chronische-vermoeidheidssyndroom (CVS) en fibromyalgie te karakteriseren (Wessely e.a. 1999).

EPIDEMIOLOGISCHE ASPECTEN

Somatisch onverklaarde klachten zijn uiterst frequent en musculoskeletale pijn spant hierbij wellicht de kroon (Ursin 1997). Naar schatting 4 à 5% van de algemene bevolking heeft zelfs meerdere onverklaarde lichamelijke klachten (Rief & Hiller 1998). Zeer dikwijls gaat het om voorbijgaande, 'zelf-beperkende' klachten en wordt medische hulp overbodig geacht. Een minderheid zoekt medische hulp en wordt meestal snel gerustgesteld, maar bij een klein deel worden de klachten chronisch (Barsky & Borus 1999).

Epidemiologisch en cross-cultureel onderzoek wijst op een wereldwijd voorkomen en een-dere prevalentie van onverklaarde lichamelijke klachten in verschillende culturen, hoewel sommige klachten cultuurspecifiek zijn (Gureje e.a. 1997; Kirmayer & Young 1998). Deze klachten treffen alle sociale klassen, zonder onderscheid wat betreft opleiding en intelligentie (Kirmayer & Robbins 1991) en leeftijd (Godderis e.a. 1992; Garraalda 1996; Terre & Ghiselli 1997). Vrouwen zijn duidelijk oververtegenwoordigd in diverse medische settings, wat ten dele kan worden verklaard door hun grotere neiging tot medisch hulpzoekgedrag (Gill & Sharpe 1999).

Slechts een kleine subgroep is geneigd tot overmatig artsbezoek ('doktershoppers'). Deze patiënten hebben vaak een groot aantal klachten

en ongeveer de helft vertoont een bijkomende of onderliggende somatische aandoening, comorbide psychiatrische stoornissen, zoals angst, depressie, middelenaafhankelijkheid en diverse sociale problemen, waaronder eenzaamheid en werkloosheid. De kosten- en tijdverslindende behandeling van deze subgroep werd beschreven als een 'bedreiging' voor onze westerse gezondheidszorg (Barsky & Borus 1996). Daarbij moeten nog de financieel-economische gevolgen worden gevoegd, verbonden aan veelvuldig ziekteverzuim en eventuele invaliditeit. Vroegtijdige herkenning zou het inadequaat ziekte- en consultgedrag van deze patiënten kunnen voorkomen of verminderen (Gill & Sharpe 1999).

CLASSIFICATIE EN DIAGNOSTIEK

DSM-IV-definitie Somatoforme stoornissen worden gedefinieerd als 'stoornissen die de vorm aannemen van een lichamelijke aandoening, hoewel ze niet worden verklaard door een organisch ziekteproces of pathofysiologisch mechanisme, maar berusten op een psychische stoornis' (APA 1994). In de regel hebben deze stoornissen een chronisch verloop en gaan ze gepaard met uitgesproken ziektegedrag en functionele invalidering.

Somatoforme stoornissen moeten onderscheiden worden van lichamelijke klachten en symptomen in het kader van andere psychiatrische syndromen, met name van angst en depressie; lichamelijke ziekten die beïnvloed worden door een psychische factor of een psychofysiologisch mechanisme; nagebootste lichamelijke stoornissen (zoals automutilatie) en simulatie. De somatoforme stoornissen worden verder onderverdeeld in zes subcategorieën: de somatisatiestoornis (multiple chronische, onverklaarde lichamelijke klachten); de conversiestoornis ('pseudo-neurologische' klachten); de hypochondrie (abnormale preoccupatie met en vrees voor ziekte); de stoornis in de lichaamsbeleving (overdreven bezorgdheid over een vermeende afwijking in het uiterlijk); de pijnstoornis en de ongedifferentieerde somatoforme stoornis (een restcategorie).

Kritische beschouwingen Allereerst getuigt het criterium 'geen organische verklaring' van een fundamenteel dualistische visie die strijdig is met het biopsychosociale ziektemodel (Sharpe & Bass 1992). Een van de problematische gevolgen hiervan is dat functionele somatische syndromen met een onzekere etiologie, zoals het chronische-vermoeidheidssyndroom, strikt genomen niet in de somatoforme categorie thuishoren (Ford 1997; Robbins & Kirmayer 1997; Reid & Wessely 1999). Patiënten met een somatoforme diagnose passen vaak ook in andere somatoforme subcategorieën, wat twijfels oproept over de klinisch-diagnostische specificiteit ervan (Deary 1999). De relatie tussen somatoforme en andere psychiatrische stoornissen, zoals depressie, angst en persoonlijkheidsstoornissen, is vaak onduidelijk en leidt niet zelden tot het inflatoir gebruik van comorbide diagnoses (Bridges & Goldberg 1985; Bass & Murphy 1995; Rief e.a. 1996). Aangezien de somatoforme classificatie vooral tot stand is gekomen door tweede- en derdelijns onderzoek, is de classificatie slechts beperkt toepasbaar in de huisartsenpraktijk (Taylor & Mann 1998; Fink e.a. 1999). Wellicht komen om die reden somatiserende patiënten nogal eens tussen de mazen van het somatische en psychiatrische hulpverleningsnet terecht (Van Houdenhove 1998). De relevantie van de huidige classificatie voor niet-westerse culturen is bovendien gering omdat deze weinig rekening houdt met de sociaal-culturele verschillen in het lichamenlijk uitdrukken van psychisch onwelzijn (Picinelli & Simon 1997; Ono & Janca 1999).

Somatisatie in de eerste lijn Volgens Kirmayer & Robbins (1991) worden in de huisartsenpraktijk hoofdzakelijk drie vormen van somatisatie gezien: *functionele somatisatie* (of multiële onverklaarde lichamenlijke klachten), *somatische presentatie van depressie of angst*, en *hypochondrische somatisatie*. Aangezien veel chronische somatiseerders in de eerste lijn niet voldoen aan de 'hoogdrempelige' DSM-IV-criteria van de somatisatiestoornis, werd door Escobar e.a. (1987) de 'laagdrem-

pelige' Somatic Symptom Index (SSI-4/6) ontworpen, die minimaal vier symptomen voor mannen en zes voor vrouwen omvat. Onderzoek bracht een honderdmaal hogere prevalentie van deze subsyndromale somatisatiestoornis aan het licht, en deze patiënten bleken veel comorbide psychiatrische stoornissen, excessief medisch hulpzoekgedrag en een groot risico op invalidering te vertonen (Escobar e.a. 1998). Gelijksortige kwantitatief-beschrijvende diagnostische classificaties werden voorgesteld door Kroenke e.a. (1997, 1998) en Noyes e.a. (1999a).

'Nosologomanie'? Een diagnostiek die uitsluitend steunt op het tellen en beschrijven van symptomen, mondt gemakkelijk uit in een steriel nosologisch debat dat nog weinig therapeutische meerwaarde biedt. Zou een diagnostische classificatie van lichamenlijk onverklaarde klachten niet veeleer gebaseerd moeten zijn op het begrijpen van de redenen waarom mensen psychisch onwelzijn via somatische wegen uitdrukken, welke verschillende dimensies in dit proces aanwezig zijn, en welke mediërende psychobiologische mechanismen daarbij een rol spelen (Fink 1996; Van Praag 1999)?

Deary (1999) onderscheidt voor de somatoforme stoornissen drie niveaus van verklaring: een gemeenschappelijke voorbeschikkende factor (bijvoorbeeld 'negatieve affectiviteit') (Watson & Pennebaker 1989); factoren die leiden tot het ontwikkelen van een bepaald type somatoforme stoornis (bijvoorbeeld 'angst om zich uit te spreken' bij conversieve dysfonie) en factoren die het rapporteren van specifieke klachten beïnvloeden (zoals vroegere ervaringen of contextuele factoren).

Rief & Hiller (1998, 1999) stellen voor om, bij een herziening van de DSM-IV-classificatie van de somatoforme stoornissen, perceptueel-cognitieve, emotionele en gedragsdimensies op te nemen, waaronder somatosensorische versterking, catastroferen, demoralisatie, overdreven hulpzoekgedrag en graad van functionele beperkingen. Escobar & Gara (1999) breken zelfs een

lans voor een dimensioneel, in plaats van categoriaal gebruik van het concept 'somatiseren'. Andere auteurs ten slotte benadrukken de sleutelrol van het stressconcept, een fundamenteel psychobiologisch uitgangspunt dat het descriptief-nosologisch 'hokjesdenken' zou kunnen overstijgen en bovendien een geëigende plaats zou kunnen geven aan de functionele somatische syndromen (zie verder) (Friedman e.a. 1995; Van Houdenhove 1998; Martin 1999).

En de diagnostische praktijk? Onverklaarde lichamelijke klachten krijgen in de doorsnee medische praktijk nog steeds onvoldoende aandacht omdat artsen vaak weinig kennis hebben van deze problematiek en gehinderd worden door hardnekkige dualistische vooroordelen en gebrekkige communicatieve vaardigheden (Van Houdenhove 1998; Peveler 1998; Kouyanou e.a. 1998). Training in specifieke interviewtechnieken (Creed & Guthrie 1993), aangepaste voorlichtingsbrochures (Buis e.a. 1995) en systematische psychiatrische consultatie (Smith e.a. 1995) zouden artsen kunnen helpen efficiënter met deze patiënten om te gaan.

ETIOLOGIE EN PATHOGENESE

Somatisatiestoornis Naast een veronderstelde familiair-genetische basis van deze stoornis (Guze 1975) hebben meerdere onderzoeken het belang aangetoond van vroege hechtingsproblemen en emotioneel, fysiek en seksueel misbruik, vaak leidend tot disfunctioneel hulpzoekgedrag (Pribor e.a. 1993; Portegijs e.a. 1996; McCauley e.a. 1997; Stuart & Noyes 1999). Ook de rol van familiale leerprocessen (Whitehead e.a. 1997; Hotopf e.a. 1999), verkeerde ziekteovertuigingen en inadequate reageren van artsen (Taylor & Mann 1998) mag bij deze patiënten niet worden onderschat.

Conversiestoornis Beweringen dat conversiestoornissen vaak op niet-herkende neurologische stoornissen berusten (Slater & Glithero 1965), werden door recente follow-uponderzoeken

weerlegd (Crimlisk e.a. 1998; Binzer & Kullgren 1998). De psychoanalytische visie op conversie als een apart psychodynamisch afweermecanisme (Freud & Breuer 1895) wordt de laatste jaren steeds meer ter discussie gesteld. Er blijkt een sterke samenhang te bestaan tussen het conversie- en dissociatiemecanisme (Neyenhuis e.a. 1996; Spitzer e.a. 1999) en ook komen zij vaak samen voor, vooral bij patiënten met een voorgeschiedenis van misbruik (Reilly e.a. 1999). Naast psychodynamische, leertheoretische, sociaal-culturele en systemische benaderingen opent vooral het neurobiologisch onderzoek naar de conversiestoornis intrigerende perspectieven (Mai 1996; Halligan e.a. 2000).

Hypochondrie De psychodynamische theorie van de hypochondrie (Kellner 1986) komt tegenwoordig in de schaduw te staan van cognitief-perceptuele gezichtspunten. Vermoed wordt dat 'onschuldige' lichaamsgewaarwordingen worden versterkt door somatische hypervigilantie, foutieve symptoominterpretaties en -attributies, en diverse negatieve affecten en sociaal-familiaire leerprocessen (Barsky 1992; Marcus 1999). Het dwangaspect van de hypochondrie geeft bovendien voedsel aan de hypothese dat een abnormaal functioneren van het serotonerge systeem het hersenbiologisch substraat van de stoornis zou vormen (Fallon e.a. 1993). Verdere discussiepunten betreffen de vraag hoe de hypochondrie zich verhoudt tot de angststoornissen (Fallon 1999; Noyes e.a. 1999b), of hypochondrie niet eerder als een dimensioneel concept (graad van 'gezondheidsangst') dient te worden beschouwd (Rief & Hiller 1998) en of er naast een As-I-hypochondrische stoornis ook As-II-hypochondrische persoonlijkheidsproblematiek bestaat, die prognostisch van elkaar zouden verschillen (Tyrer e.a. 1999).

Stoornis in de lichaamsbeleving Zoals bij de hypochondrie wordt ook bij deze stoornis vooral aandacht geschonken aan perceptueel-cognitieve mechanismen, evenals aan een vermoedelijk gestoorde serotonerge functie (Philips 1996).

Pijnstoornis Er wordt aangenomen dat in principe alle pijn vanuit een biopsychosociaal perspectief dient te worden benaderd (Passchier e.a. 1998). Vooral bij chronische pijn vindt wisselwerking plaats tussen enerzijds somatische processen en anderzijds cognitieve factoren (bijvoorbeeld catastroferen), affectieve factoren (onder andere depressie, opstandigheid), gedragsfactoren, zoals vermijdingsgedrag, en persoonlijkheidsfactoren (onder meer gerelateerd aan misbruikervaringen) (Gatchel & Turk 1996, 1999). Psychoneuro-endocrinologisch en -immunologisch pijnonderzoek zal vermoedelijk in de toekomst een nieuw licht werpen op de rol van psychosociale stress in het chronisch worden van pijn, zoals bij het raadselachtige sympathische reflexdystrofiesyndroom (Melzack 1999; Larivière & Melzack 2000).

Functionele somatische syndromen Neurobiologisch onderzoek geeft steeds meer steun aan de veronderstelling dat deze syndromen berusten op een stressgebonden pathofysiologisch substraat. Voorbeelden zijn: neuronale sensitatisatieprocessen bij fibromyalgie (Ursin 1997), het prikkelbaredarmsyndroom (Ringel & Drossman 1999) en het multiële chemische-overgevoelighedsyndroom (Bell e.a. 1998); en stoornissen in de reactiviteit van de hypothalamus-hypofyse-bijnier(HPA-)as met veranderingen in de afgifte van cortisol en geassocieerde immunologische verstoringen bij het chronische-vermoeidheidssyndroom (Demitrack & Crofford 1998). Overigens werden recent ook bij patiënten met een klassieke somatisatiestoornis afwijkingen in diezelfde HPA-as gevonden (Rief e.a. 1998). Tegelijkertijd kunnen perceptueel-cognitieve, affectieve en leermechanismen ook bij functionele somatische syndromen een belangrijke voorbeschikkende, uitlokkende en/of onderhoudende rol spelen (voor recente overzichten: zie Manu 1998; Wessely e.a. 1998; Drossman 1998; Barsky & Borus 1999).

BEHANDELING

Algemene principes Het adequaat hanteren van de arts-patiëntrelatie is bij chronische, lichamelijk onverklaarde klachten zeer belangrijk (Stuart & Noyes 1999). Er dient bijzondere aandacht te worden besteed aan ziekteonderhoudende en -versterkende factoren, zoals geassocieerde depressie en slaapstoornissen, achteruitgang van de fysieke conditie en sociale isolatie (Barsky 1998). Het merendeel van deze patiënten kan het beste in de eerste lijn worden behandeld, eventueel in combinatie met psychiatrische consultatie. Bij langdurige, invaliderende klachten en ernstige psychiatrische comorbiditeit is een gespecialiseerde klinische opname te overwegen, waarbij diverse therapeutische invalshoeken en strategieën in een samenhangend behandelplan worden geïntegreerd (Chalder e.a. 1996; Van Houdenhove e.a. 1999).

Specifieke strategieën Bij een somatisatiestoornis is een netwerkbegeleiding nuttig waarbij de huisarts als spilfiguur optreedt, om oeverloos 'doktershoppen' en iatrogene schade te beperken (America 1997). Bij voorkeur dient ook de familie in de behandeling te worden betrokken (McDaniel e.a. 1989). Hoewel therapeutisch effectonderzoek bij deze patiëntengroep schaars is, werd het nut van systematische educatieve en cognitief-gedragstherapeutische programma's in een 'primary care'-setting duidelijk aangetoond (Kashner e.a. 1995; Speckens e.a. 1995; Lidbeck 1997). Sommige hardnekkige somatiseerders hadden baat bij een geïntegreerd klinisch therapiepakket, op voorwaarde dat het thuismilieu voldoende sociale steun bood (Shorter e.a. 1992).

Over de behandeling van conversiestoornissen zijn in gevalbeschrijvingen positieve resultaten gemeld van zowel psychodynamische, suggestieve als directief-gedragstherapeutische strategieën (zie bijvoorbeeld Moene & Hoogduin 1996). Bij langerdurende conversiesyndromen die gepaard gaan met ernstige functionele beperkingen en gefixeerde ziekteovertuigingen, is de prognose

ongunstig en bestaat het behandeldoel in het voorkomen van verdere verslechtering (Davidson e.a. 1998). Systematisch groepsonderzoek is ook bij deze stoornis zeldzaam.

Sommige hypochondrische patiënten reageren – na een negatief somatisch onderzoek – goed op geruststelling op voorwaarde dat hun een plausibele ziekte theorie wordt aangereikt (Speckens 1999). Verschillende auteurs rapporteren over het nut van psycho-educatie en cognitief-gedragstherapeutische (groeps)programma's voor deze patiënten, waarbij wordt geprobeerd om disfunctionele gedachten, verkeerd gerichte of selectieve aandachtsprocessen en catastrofale misinterpretaties via zelfmonitoring en uitdagingstechnieken te corrigeren (Bouman & Visser 1998). Gecontroleerde onderzoeken van Avia e.a. (1996), Warwick e.a. (1996), Clark e.a. (1998) en Papageorgiou & Wells (1998) hebben hoopvolle resultaten laten zien. Ook selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) blijken in gecontroleerd onderzoek werkzaam bij hypochondrische patiënten (Fallon e.a. 1993, 1996).

Op het vlak van de stoornis in de lichaamsbeleving bereikten Neziroglu e.a. (1996) positieve effecten met cognitieve gedragstherapie. Biologisch-psychiatrisch onderzoek naar deze stoornis, uitgevoerd door Philips e.a. (1998), toonde aan dat SSRI's een overmatige preoccupatie met het uiterlijk in aanzienlijke mate konden verminderen.

De onderzoeksliteratuur over psychologische en psychiatrische behandelstrategieën bij chronische pijn blijft exponentieel groeien (zie Gatchel & Turk 1996, 1999). Volgens een recente meta-analyse staan de therapeutische effecten van cognitief-gedragstherapeutische en revalidatiegerichte programma's bij deze patiënten buiten kijf, maar blijft de vraag open 'what works best for whom' (Turk 1990; Morley e.a. 1999). Verder kunnen ook gezinsinterventies (Lemmens & Van Houdenhove 1999) en behandeling met tricyclische antidepressiva bij chronische pijn nuttig zijn, hoewel de precieze werkingsmechanismen

van deze laatste vooralsnog duister blijven (Onghena & Van Houdenhove 1998).

De behandelprincipes bij functionele somatische syndromen liggen in de lijn van het hiervoor besprokene (Mayou e.a. 1995). Cognitieve gedragstherapie en/of progressieve fysieke revalidatie bleken tot aanzienlijke verbetering te leiden bij patiënten met het chronische-vermoeidheidssyndroom (Deale e.a. 1997; Fulcher & White 1997; Wearden e.a. 1998), het prikkelbare-darmsyndroom (Van Dulmen e.a. 1996, 1998) of atypische cardiale pijn (Van Peski-Oosterbaan e.a. 1999). Bij sommige patiënten echter zouden eerder onderliggende (of geassocieerde) psychopathologie of persoonlijkheidsstoornissen behandeld dienen te worden (Taerk & Gnam 1994; Cuykx e.a. 1998). Voor definitieve uitspraken over behandelresultaten op lange termijn is in ieder geval verder follow-uponderzoek gewenst.

CONCLUSIE

De literatuur van het voorbije decennium overziende, lijken de volgende grote lijnen zich af te tekenen: (1) De terminologie en diagnostische classificatie van somatisch onverklaarde klachten blijven vooralsnog verwarrend. (2) Er is een trend waarneembaar om de diagnostische categorie 'somatoforme stoornissen' te verbreden in de richting van een meer dimensioneel georiënteerd, integratief biopsychosociaal model. (3) Er blijft nog steeds een discrepantie bestaan tussen de enorme medische, psychologische, sociale en gezondheidseconomische impact van deze problematiek, en de inadequate wijze waarop de meeste artsen ermee omgaan in de klinische praktijk. (4) Onder meer om die reden krijgt het onderzoek in de eerste lijn, zowel op preventief gebied (vroegtijdige herkenning van die patiënten die dreigen een chronisch ziektebeeld te ontwikkelen), als wat betreft langetermijn-begeleidingsstrategieën terecht meer aandacht. (5) Er worden steeds meer aanzetten gegeven om het neurobiologisch substraat van diverse types van 'onverklaarde' lichamelijke klachten te ontslui-

ren – over de nosologische grenzen heen – vooral via het stressonderzoek. (6) Psycho-educatieve, cognitief-gedragstherapeutische en revalidatie-georiënteerde strategieën, evenals gerichte psychofarmacologische interventies bieden hoopvolle perspectieven, niet alleen om de klachten van deze patiënten te verminderen, maar ook om hen te ondersteunen en te begeleiden bij het optimaliseren van hun functioneren en levenskwaliteit.

LITERATUUR

- America, H. (1997). Omgaan met somatiseren bij patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornis: Een netwerkbenadering. *Directie Therapie*, 17, 175-191.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington DC: Author.
- Avia, M.D., Ruiz, M.A., Olivarez, E., e.a. (1996). The meaning of psychological symptoms: Effectiveness of group interventions with hypochondriacal patients. *Behavior Research and Therapy*, 34, 23-31.
- Barsky, A.J. (1992). Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics*, 33, 28-34.
- Barsky, A.J., & Borus, J.F. (1996). Somatization and medicalization in the era of managed care. *Journal of the American Medical Association*, 274, 1931-1934.
- Barsky, A.J. (1998). A comprehensive approach to the chronically somatizing patient. *Journal of Psychosomatic Research*, 45, 301-306.
- Barsky, A.J., & Borus, J.F. (1999). Review. Functional somatic syndromes. *Annals of Internal Medicine*, 130, 910-921.
- Bass, C., & Murphy, M. (1995). Somatoform disorders and personality disorders: Syndromal comorbidity and overlapping development pathways. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 403-427.
- Bell, I.R., Baldwin, C.M., & Russek, L.G., e.a. (1998). Early life stress, negative paternal relationships, and chemical intolerance in middle-aged women: Support for a neural sensitization model. *Journal of Women's Health*, 7, 1135-1147.
- Binzer, M., & Kullgren, G. (1998). Motor conversion disorders: A prospective 2- to 5-year follow-up study. *Psychosomatics*, 39, 519-527.
- Bouman, T.K., & Visser, S. (1998). Hypochondrie: Angst voor ernstige ziekten. *Praktijkreeks Gedragstherapie*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Bridges, K.W., & Goldberg, D.P. (1985). Somatic presentation of DSM-III psychiatric disorders in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 563-569.
- Buis, W.M.N.J., Berière, J., van Eenbergen, M. (1995). Onbegrepen lichamelijke klachten. Voorlichting biedt perspectief. *Medisch Contact*, 19, 610-612.
- Chalder, T., Butler, S., & Wessely, S. (1996). In-patient treatment for chronic fatigue syndrome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 24, 351-365.
- Clark, D.M., Salkovskis, P.M., Hackmann, A., e.a. (1998). Two psychological treatments for hypochondriasis. *British Journal of Psychiatry*, 173, 218-225.
- Creed, F., & Guthrie, E. (1993). Techniques for interviewing the somatizing patient. *British Journal of Psychiatry*, 162, 467-471.
- Crimlisk, H.L., Bhatia, K., Cope, H., e.a. (1998). Slater revisited: 6-year follow-up of patients with medically unexplained motor symptoms. *British Medical Journal*, 316, 582-586.
- Cuykx, V., Van Houdenhove, B., & Neerinx, E. (1998). Childhood abuse, personality disorder and chronic fatigue syndrome/fibromyalgia. *General Hospital Psychiatry*, 20, 382-384.
- Davidson, P., Sharpe, M., Wade, D., e.a. (1998). 'Wheelchair' patients with nonorganic disease: A psychological inquiry. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 93-103.
- Deale, A., Wessely, S., Marks, I., e.a. (1997). A randomised controlled trial of cognitive behavioral versus relaxation therapy for chronic fatigue syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 154, 408-414.
- Deary, I.J. (1999). A taxonomy of medically unexplained symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 51-59.
- Demitrack, M.A., & Crofford, L.J. (1998). Evidence for and pathophysiologic implications of hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation in fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *Annals of the New York Academy of Science*, 840, 684-697.
- Drossman, D.A. (1998). Presidential address: Gastrointestinal illness and the biopsychosocial model. *Psychosomatic Medicine*, 60, 258-267.
- Dulmen, A.M. van, Fennis, J.F., & Bleyenbergh, G. (1996). Cognitive-behavioral group therapy for irritable bowel syndrome: Effects and long-term follow-up. *Psychosomatic Medicine*, 58, 508-514.
- Dulmen, A.M. van, Fennis, J.F.M., & Bleyenbergh, G. (1998). Towards effective reassurance in irritable bowel syndrome: The importance of attending to patients' complaint-related cog-

- nitions. *Psychology Health Medicine*, 3, 405-416.
- Escobar, J.I., Burman, M.A., Karno, M., e.a. (1987). Somatization in the community. *Archives of General Psychiatry*, 33, 713-718.
- Escobar, J.I., Waitzkin, H., Cohen Silver, R.C., e.a. (1998). Abridged somatization: A study in primary care. *Psychosomatic Medicine*, 60, 466-472.
- Escobar, J.I., & Gara, M.A. (1999). DSM-IV somatoform disorders: Do we need a new classification? *General Hospital Psychiatry*, 21, 154-156.
- Fallon, B.A., Liebowitz, M.R., Salman, E., e.a. (1993). Fluoxetine for hypochondriacal patients without major depression. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 13, 428-441.
- Fallon, B.A., Schneier, F., Marshall, R., e.a. (1996). The pharmacotherapy of hypochondriasis. *Psychopharmacological Bulletin*, 32, 607-611.
- Fallon, B.A. (1999). Hypochondriasis vs. anxiety disorders. Why should we care? *General Hospital Psychiatry*, 21, 5-7.
- Fink, P. (1996). Somatization – beyond symptom count. *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 7-10.
- Fink, P., Sorensen, L., Engberg, M., e.a. (1999). Somatization in primary care. Prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition. *Psychosomatics*, 40, 330-338.
- Ford, C.V. (1997). Somatization and fashionable diagnoses. Illness as a way of life. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 23, 7-16.
- Freud, S., & Breuer, J. (1895). *Studien über Hysterie. Gesammelte Werke, Band I*.
- Friedman, M., Charney, D., & Deutch, A. (red.) (1995). *Neurobiological and clinical consequences of stress. From normal adaptation to post-traumatic stress disorder*. Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Fulcher, K.Y., & White, P.D. (1997). Randomised controlled trial of graded exercise in patients with the chronic fatigue syndrome. *British Medical Journal*, 314, 1647-1652.
- Garraalda, M.E. (1996). Somatization in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 13-33.
- Gatchel, R.J., & Turk, D.C. (red.) (1996). *Psychological approaches to chronic pain management. A practitioner's handbook*. New York: Guilford.
- Gatchel, R.J., & Turk, D.C. (red.) (1999). *Psychosocial aspects of pain. Critical perspectives*. New York: Guilford.
- Gill, D., & Sharpe, M. (1999). Frequent consulters in general practice: A systematic review of studies of prevalence, associations and outcome. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 115-130.
- Godderis, J., Van de Ven, L., & Wils, V. (1992). *Handboek geriatrie psychiatrie*. Leuven/Amersfoort: Garant.
- 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.
- Guze, S. (1975). The validity and significance of the clinical diagnosis of hysteria (Briquet syndrome). *American Journal of Psychiatry*, 132, 138-141.
- Halligan, P.W., Athwal, B.S., Oakley, D.A., e.a. (2000). Imaging hypnotic paralysis: Implications for conversion hysteria. *The Lancet*, 355, 986-987.
- Hotopf, M., Mayou, R., Wadsworth, M., e.a. (1999). Childhood risk factors for adults with medically unexplained symptoms: Results from a national birth cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1796-1800.
- Houdenrove, B. Van (1998). *Ziek zonder ziekte. Beter begrijpen van psychosomatische klachten*. Tiel: Lannoo.
- Houdenrove, B. Van, Wyckaert, S., Goossens, L., e.a. (1999). *Psychosomatische revalidatie: Leren omgaan met chronische vermoeidheid en pijn*. Tijdschrift voor Geneeskunde, 55, 1746-1752.
- Kashner, T.M., Rost, K., Cohen, B., e.a. (1995). Enhancing the health of somatization disorder patients. Effectiveness of short-term group therapy. *Psychosomatics*, 36, 462-470.
- Kellner, R. (1986). *Somatization and hypochondriasis*. New York: Praeger.
- Kirmayer, L.J., & Robbins, J.M. (1991). *Current concepts of somatization. Research and Clinical Perspectives*. Washington DC: APA Press.
- Kirmayer, L.J., & Young, A. (1998). Culture and somatization: Clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 64, 88-93.
- Koyanou, K., Pither, C.E., Rabe-Hesketh, S., e.a. (1998). A comparative study of iatrogenesis, medication abuse, and psychiatric morbidity in chronic pain patients with and without medically unexplained symptoms. *Pain*, 76, 417-426.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., deGruy, F.V., e.a. (1997). Multisomatoform disorder: An alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care. *Archives of General Psychiatry*, 54, 352-358.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., deGruy, F.V., e.a. (1998). A symptom checklist to screen for somatoform disorders in primary care. *Psychosomatics*, 39, 263-272.
- Larivière, W.R., & Melzack, R. (2000). The role of corticotropin releasing factor in pain and analgesia. *Pain*, 84, 1-12.
- Lemmens, G., & Van Houdenrove, B. (1998). *Chronische pijn en de familie. Pijninformatarium*, PS 4300 (pp. 1-15). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

- Lidbeck, J. (1997). Group therapy for somatization disorders in general practice: Effectiveness of a short cognitive-behavioural treatment model. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 14-24.
- Lipowski, Z.J. (1988). Somatization: The concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1358-1368.
- Mai, F.M. (1996). The psychobiology of hysteria. *Journal of Psychiatry and Neurosciences*, 21, 313-314.
- Manu, P. (red.) (1998). Functional somatic syndromes. Etiology, diagnosis, and treatment. Cambridge: Cambridge University Press.
- Marcus, D.K. (1999). The cognitive-behavioral model of hypochondriasis: Misinformation and triggers. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 79-91.
- Martin, R.D. (1999). The somatoform conundrum: A question of nosological values. *General Hospital Psychiatry*, 21, 177-186.
- Mayou, R., Bass, C., & Sharpe, M. (red.) (1995). Treatment of functional somatic symptoms. Oxford: Oxford University Press.
- McCauley, J., Kern, D.E., Kolodner, K., e.a. (1997). Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse. *Journal of the American Medical Association*, 277, 1362-1368.
- McDaniel, S.H., Campbell, T., & Seaburn, D. (1989). Somatic fixation in patients and physicians: A biopsychosocial approach. *Family Systems in Medicine*, 7, 5-17.
- Melzack, R. (1999) Pain and stress: A new perspective. In R.J. Gatchel & D.C. Turk (red.), *Psychosocial aspects of pain. Critical perspectives* (pp. 89-106). New York: Guilford.
- Moene, F.C., & Hoogduin, C.A.L. (1996). Klinische behandeling van zestien patiënten met een motorische conversiestoornis: Een "pilot-studie". *Directie Therapie*, 16, 242-249.
- Morley, S., Eccleston, C., & Williams, A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behavior therapy and behavior therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80, 1-13.
- Neyenhuis, E.R.S., Spinhoven, P., Van Dijk, R., e.a. (1996). The development and psychometric characteristics of the somatoform dissociation questionnaire (SDQ-20). *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 184, 688-694.
- Neziroglu, F.A., McKay, D., Todaro, J., e.a. (1996). Effect of cognitive-behavior therapy on persons with body dysmorphic disorder and comorbid axis I diagnosis. *Behavior Therapy*, 27, 67-77.
- Noyes, R., Langbehn, D.R., Hapfel, R.S., e.a. (1999a). Health attitude survey. A scale for assessing somatizing patients. *Psychosomatics*, 40, 470-478.
- Noyes, R., Hapfel, R.L., & Yagla, S.J. (1999b). Correlates of hypochondriasis in a nonclinical population. *Psychosomatics*, 40, 461-469.
- Onghe, P., & Van Houdenhove, B. (1998). The antidepressant-induced analgesic effect. *Ballière's Clinical Anaesthesiology*, 12, 53-68.
- Ono, Y., & Janca, A. (1999). Rethinking somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 537-539.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (1998). Effects of attention training on hypochondriasis: A brief case series. *Psychological Medicine*, 28, 193-200.
- Passchier, J., Trijsburg, R.W., de Wit, R., e.a. (red.) (1998). *Psychologie van onbegrepen chronische pijn*. Assen: Van Gorcum.
- Peski-Oosterbaan, A.S. van, Spinhoven, P., van Rood, Y., e.a. (1999). Cognitive-behavioral therapy for non-cardiac chest pain: A randomized trial. *American Journal of Medicine*, 106, 424-429.
- Peveler, R. (1998). Understanding medically unexplained physical symptoms: Faster progress in the next century than in this? *Journal of Psychosomatic Research*, 45, 93-97.
- Philips, K.A. (1996). Body dysmorphic disorder: Diagnosis and treatment of imagined ugliness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 61-65.
- Philips, K.A., Dwight, M.M., & McElroy, S.L. (1998). Efficacy of fluvoxamine in body dysmorphic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 165-171.
- Piccinelli, M., & Simon, G. (1997). Gender and cross-cultural differences in somatic symptoms associated with emotional distress. A study in primary care. *Psychological Medicine*, 27, 433-444.
- Portegijs, P.J., Jeuken, F.M., van der Horst, F.G., e.a. (1996). A troubled youth: Relations with somatization, depression, and anxiety in adulthood. *Family Practice*, 132, 1-11.
- Praag, H. van (1999). Nosologomanie, een aandoening van de psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 12, 703-713.
- Pribor, E.F., Yutzy, S.H., Dean, J.T., e.a. (1993). Briquet's syndrome, dissociation and abuse. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1507-1511.
- Reid, S., & Wessely, S. (1999). Somatoform disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 12, 163-168.
- Reilly, J., Baker, G.A., Rhodes, J., e.a. (1999). The association of sexual and physical abuse with somatization: Characteristics of patients presenting with irritable bowel syndrome and non-epileptic attack disorder. *Psychological Medicine*, 29, 399-406.
- Rief, W., Heuser, J., Mayrhuber, E., e.a. (1996). The classification of multiple somatoform symptoms. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 184, 680-687.
- Rief, W., & Hiller, W. (1998). Somatization: Future perspectives on a common phenomenon. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 521-536.
- Rief, W., Shaw, R., & Fichter, M. (1998). Elevated levels of psychophy-

- siological arousal and cortisol in patients with somatization syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 60, 198-203.
- Rief, W., & Hiller, W. (1999). Toward empirically based criteria for the classification of somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 507-518.
- Ringel, Y., & Drossman, D.A. (1999). From gut to brain and back – a new perspective into functional gastrointestinal disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 205-210.
- Robbins, J.M., Kirmayer, L.J., & Hemami, S. (1997). Latent variable models of functional distress. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 185, 606-615.
- Rooymans, H.G.M., van Hemert, A.M., Speckens, A.E.M. (1996). Wat is somatiseren? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 140, 1217-1220.
- Sharpe, M., & Bass, C. (1992). Pathophysiological mechanisms of somatization. *International Review of Psychiatry*, 4, 81-97.
- Shorter, E., Abbey, S.E., Gillies, L.A., e.a. (1992). Inpatient treatment of persistent somatization. *Psychosomatics*, 33, 295-301.
- Slater, E., & Glithero, E. (1965). A follow-up of patients diagnosed as suffering from 'hysteria'. *Journal of Psychosomatic Research*, 9, 9-13.
- Smith, G.R., Rost, K., & Kashner, T.M. (1995). A trial of the effect of a standardized psychiatric consultation on health outcomes and costs in somatizing patients. *Archives of General Psychiatry*, 52, 238-243.
- Spaendonck, K.J.M. van, e.a. (red.) (1996). Functionele klachten in de medische praktijk: een werkmodel. Assen: Van Gorcum.
- Speckens, A.E., van Hemert, A.M., Spinhoven, P., e.a. (1995). Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: A randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 311, 1328-1332.
- Speckens, A.E. (1999). De kunst van het geruststellen. In M.W. Hengeveld e.a. (red.), *Nuchtere psychiatrie* (pp. 201-214). Houten: Bohn Stafleu Van Gorcum.
- Spinhoven, P., van Hemert, A.M., Hengeveld, M.W. (red.) (1999). Onverklaarde lichamelijke klachten. Pathogenetische modellen en behandeling. Boerhave Commissie PAOG, Universiteit Leiden.
- Spitzer, C., Spelsberg, B., Grabe, H.J., e.a. (1999). Dissociative experiences and psychopathology in conversion disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 291-294.
- Stuart, S., & Noyes, R. (1999). Attachment and interpersonal communication in somatization. *Psychosomatics*, 40, 34-43.
- Taerk, G., & Gnam, W. (1994). A psychodynamic view on the chronic fatigue syndrome. *General Hospital Psychiatry*, 16, 319-325.
- Taylor, R.E., & Mann, A.H. (1998). Somatization in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 61-66.
- Terre, L., & Ghiselli, W. (1997). A developmental perspective on family risk factors in somatization. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 197-208.
- Turk, D.C. (1990). Customizing treatment for chronic pain patients: Who, what, and why. *Clinical Journal of Pain*, 6, 255-270.
- Tyrer, P., Seivewright, N., & Seivewright, H. (1999). Long-term outcome of hypochondriacal personality disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 177-185.
- Ursin, H. (1997). Sensitization, somatization, and subjective health complaints. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 105-116.
- Warwick, H.M.C., Clark, D.M., Cobb, A.M., e.a. (1996). A controlled trial of cognitive-behavioral treatment of hypochondriasis. *British Journal of Psychiatry*, 169, 189-195.
- Watson, D., & Pennebaker, J.W. (1989). Health complaints, stress and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96, 234-254.
- Wearden, A., Morris, R.K., Mullis, R., e.a. (1998). A double blind, placebo-controlled trial of fluoxetine and a graded exercise programme for chronic fatigue syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 172, 485-490.
- Wessely, S., Hotopf, M., & Sharpe, M. (1998). *Chronic fatigue and its syndromes*. Oxford: Oxford University Press.
- Wessely, S., Nimnuan, C., & Sharpe, M. (1999). Functional somatic syndromes: One or many? *The Lancet*, 354, 936-939.
- Whitehead, W.E., Crowell, M.D., Heller, B.R., e.a. (1997). Modelling and reinforcement of the sick role during childhood predicts adult illness behavior. *Psychosomatic Medicine*, 56, 541-550.

AUTEUR

B. VAN HOUDENHOVE is hoogleraar medische psychologie en psychopathologie van de faculteit Geneeskunde, KU Leuven, en kliniekhoofd van de afdeling Psychosomatische Revalidatie van het Universitair Ziekenhuis Pellenberg te Lubbeek.

Correspondentieadres: prof. B. Van Houdenhove, UZ Pellenberg, afdeling Psychosomatische Revalidatie, 3212 Lubbeek, België.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 2-5-2000.

SUMMARY

Somatoform disorders – B. Van Houdenhove –

BACKGROUND The DSM-IV category ‘somatoform disorders’ is currently a matter of serious debate.

AIMS Reviewing the recent literature on this domain, in an epidemiological, conceptual-diagnostic, etiological/pathogenetic and therapeutic perspective.

METHODS The content of this article is based on a Medline search (1990-1999).

RESULTS Patients with somatoform disorders are an important subgroup among people with medically unexplained symptoms. Efforts have been made to enhance the clinical usefulness of the subcategory of ‘somatization disorder’ in primary care. The clinical impact of these efforts, however, remains an open question. On the other hand, the exponential growth of cognitive-behavioral and neurobiological research on ‘modern’ functional somatic syndromes (such as chronic fatigue syndrome), may open up new perspectives towards a multidimensional, biopsychosocially-oriented diagnostic and therapeutic approach.

CONCLUSIONS Although the knowledge on somatoform disorders and their treatment has increased during the last years, its translation into clinical practice still remains problematic.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2001) 2, 83-93]

KEYWORDS functional somatic syndromes, psychosomatics, somatization, somatoform disorders, unexplained somatic symptoms