

Wat heet somatisatie?

2. Een antwoord uit de internationale literatuur getoetst aan 19 jaar Huisarts en Wetenschap

P.J.M. PORTEGIJS
H.F. KRAAN
J.A. KNOTTNERUS
H.E.J.H. STOFFERS

In het eerste deel van deze bijdrage zijn wij tot de conclusie gekomen dat voor onderzoek naar somatisatie in de huisartspraktijk een afgezwakte versie van de psychiatrische (DSM-III) definitie van de somatisatiestoornis de voorkeur verdient. In dit deel analyseren wij 19 jaargangen *Huisarts en Wetenschap* om na te gaan of het Nederlandse huisartsgeneeskundig onderzoek een alternatief voor deze definitie biedt. Wij vonden de begrippen 'nervus-functionele klachten' (en in verband daarmee 'somatisatie'), 'somatische fixatie' en 'probleemgedrag'. Het begrip 'somatische fixatie' is moeilijk te operationaliseren voor patiëntgebonden onderzoek, terwijl 'probleemgedrag' een te ruim begrip lijkt. De begrippen 'nervus-functionele klachten' en 'somatisatie' (zoals gebruikt in *Huisarts en Wetenschap*) bieden de beste perspectieven voor een definitie ten behoeve van patiëntgebonden onderzoek in de eerste lijn. Deze uitkomst komt overeen met onze eerdere conclusies.

Portegijs PJM, Kraan HF, Knottnerus JA, Stoffers HEJH. Wat heet somatisatie? 2. Een antwoord uit de internationale literatuur getoetst aan 19 jaar *Huisarts en Wetenschap*. *Huisarts Wet* 1992; 35(2):65-9.

Vakgroep Sociale Psychiatrie, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Limburg, Postbus 616, 6200 MD Maastricht; telefoon 043-299785.

P.J.M. Portegijs, huisarts, vakgroep Sociale Psychiatrie; Dr. H.F. Kraan, psychiater, vakgroep Sociale Psychiatrie; Prof. dr. J.A. Knottnerus, hoogleraar Huisartsgeneeskunde; H.E.J.H. Stoffers, huisarts, vakgroep Huisartsgeneeskunde Rijksuniversiteit Limburg.

Correspondentie: P. Portegijs.

Inleiding

Voor patiëntgebonden onderzoek naar somatisatie in de huisartspraktijk is een definitie nodig die goed te operationaliseren is. Deze moet minder restrictief zijn dan de definitie van de somatisatiestoornis in de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III)*, het algemeen geaccepteerde psychiatrische classificatiesysteem.¹ Wél zou een dergelijke definitie een duidelijke relatie met de DSM-III-definitie moeten hebben om het vele onderzoek vanuit de psychiatrie van de laatste jaren te kunnen gebruiken voor hypothesevorming, en om communicatieproblemen tussen onderzoekers te voorkomen. Ook voor de patiëntenzorg is een goede communicatie tussen huisartsen en psychiaters (en dus een gemeenschappelijke taal) belangrijk.

Via een literatuuronderzoek vonden wij een definitie die in redelijke mate aan onze eisen voldoet: een afgezwakte versie van de somatisatiestoornis.^{2,3} Deze definitie houdt in: vier (voor mannen) c.q. zes (voor vrouwen) klachten uit een lijst van somatisatiesymptomen waarvoor geen (voldoende) somatische oorzaak is gevonden. Deze definitie is echter nog weinig gebruikt in empirisch onderzoek.

Opvallend was dat we in ons bestand van de recente internationale literatuur bijna niets terugvonden van de Nederlandse (huisartsgeneeskundige) bijdragen aan de begripsvorming rond somatisatie. Toch heeft een begrip als 'somatische fixatie' grote invloed gehad op opleiding en nascholing van Nederlandse huisartsen. Aansluiten bij de internationale literatuur is daarom belangrijk voor Nederlands huisartsgeneeskundig onderzoek. Maar of Escobar's definitie algemeen geaccepteerd zal worden voor patiëntgebonden onderzoek in de eerste lijn, is nog niet duidelijk.

Wij hebben in de afgelopen jaargangen van *Huisarts en Wetenschap* gezocht naar een alternatief voor, dan wel een bevestiging van Escobar's definitie.

Methode

We zijn begonnen met het registreren van alle artikelen in *Huisarts en Wetenschap* die

in het cumulatieve register 1972-1986 en de jaarregisters over 1987 t/m 1990 zijn geïndexeerd op het trefwoord 'somatisering'; dit trefwoord is het enige dat expliciet verwijst naar het algemene probleem somatisatie (het begrip somatische fixatie valt hier ook onder). Daarnaast is gezocht op de trefwoorden 'probleempatiënten' en 'psychosociaal probleem'. Tenslotte is gezocht op het trefwoord 'classificatie', omdat het algemene probleem van indelen en afgrenzen van huisartsgeneeskundige problemen hieronder valt.

Aan de hand van de titel is nagegaan welke artikelen over somatisatie gingen. Indien de titel weinig informatief was, werd het artikel zelf ook ingezien. Artikelen met het trefwoord 'classificatie' werden alleen meegenomen als het om een algemene probleemclassificatie ging.

Van de 88 artikelen met het trefwoord 'psychosociaal probleem' vielen er veel af, omdat een relatie met lichamelijke klachten niet aan de orde kwam. Verder vielen veel artikelen af, omdat zij niet over het verschijnsel somatisatie als zodanig gingen, maar over een (mogelijke) specifieke uitingsvorm ervan, zoals het irritable bowel syndroom. Ook hebben wij enkele casestudies over specifieke behandelingsvormen (hypnose, gedragstherapie) laten vallen.

De uiteindelijke selectie bestond uit 20 artikelen. Uit deze artikelen zijn alle begrippen die mogelijk te maken hebben met somatisatie, geïndexiseerd, samen met de gehanteerde definities en eventuele operationalisaties.

Resultaten

De trefwoorden 'somatisatie', 'probleempatiënten' en 'psychosociaal probleem' verwezen vaak naar dezelfde artikelen. Daarom worden zij tezamen besproken. In elf via deze trefwoorden geselecteerde artikelen vonden wij zeven verschillende begrippen die iets met somatisatie te maken hadden (*tabel*). Meestal werd ook een begripsomschrijving gegeven, al was deze soms summier.

Het meest gebruikt wordt de term 'nervus-functionele klachten', gedefinieerd als 'lichamelijke klachten waarvoor geen

organische basis kan worden gevonden die de ernst van de klachten kan verklaren.¹⁴ Soms wordt een relatie met psychosociale problematiek genoemd: 'Dergelijke klachten noemen wij nerveus-functioneel, omdat er een gegronde vermoeden bestaat dat psychosociale problematiek eraan ten grondslag ligt.¹⁴ In andere gevallen wordt deze relatie niet direct genoemd, maar gaat men blijkens de context wel uit van het bestaan van een dergelijke relatie.⁵ Volgens Stam is het begrip 'nerveus-functionele klachten' synoniem aan 'psychosomatische klachten'.⁶ Verhaak meldt dat voor het begrip 'functionele klachten' ook de termen 'hysterie', 'psychosomatiek', 'neurose', 'neurotische klachten' en 'psychosociale klachten' gebruikt worden, maar zegt niet of hij deze begrippen ook synoniem vindt.⁷

Postma wijst erop dat de term 'somatisatie' kan verwijzen naar het denken van de arts (de diagnose somatisatie), het denken en voelen van de patiënt (een veronderstelde etiologische beschrijving) en naar de arts-patiënt communicatie (bijvoorbeeld 'somatische fixatie').⁸ Om de bijdrage van de arts niet uit het oog te verliezen, verkiest hij een beschrijvende boven een etiologische definitie: 'De somatiserende patiënt is een patiënt die zeer regelmatig de huisarts consulteert. Deze patiënt komt voor klachten, zowel van lichamelijke aard, waar dan geen medisch bevredigende somatische verklaring voor te vinden is, alsook voor problemen in de sfeer van het gezin, de relaties, het werk of de omgeving.' Hij voegt daaraan toe: 'Deze patiënten herkent de praktiserende huisarts aan de volgeschreven groene kaart, het dikke dossier en de vele specialistenbrieven, hun bekendheid bij de praktijkassistente en het geïrriteerde gevoel bij de dokter.'

Van Mierlo gaat uit van een model waarin een incidenteel psychosociaal probleem via een proces van somatisatie (in het hoofd van de patiënt) wordt omgevormd tot een somatische (= nerveus-functionele) klacht.⁴ Als de huisarts alleen aan de somatische klacht aandacht besteedt, is er een groot risico dat dit somatisatiegedrag een gewoonte wordt, en dat de aanvankelijk incidentele nerveus-functionele klacht uitgroeit tot een habitueel klagen.

Tabel Termen voor 'somatisatie', naar trefwoord van het artikel.*

	Somatisering psychosociaal probleem probleempatiënt n=11		Classificatie n=10	
	genoemd	gedefinieerd	genoemd	gedefinieerd
Nerveus-functionele klachten (en psychosomatische klachten)	7	4	2	1
Chronisch klagen/somatisatie	5	3	1	0
Somatische fixatie	2	1	1	0
Probleemgedrag	2	2	4	2
Psychosomatische ziekte	2	2	1	0
Vage klachten	2	1	0	0
Surmenage	1	1	0	0
Ziektegedrag	0	0	2	1
Hysterische en hypochondrische neurose	0	0	1	0
Psychische reactievormen	0	0	1	0

* Eén artikel met de trefwoorden 'psychosociaal probleem' en 'classificatie' is dubbel geteld; het totaal aantal artikelen is 20.

Het bovenstaande past bij een model van somatisatie als (min of meer synoniem aan 'chronisch klagen') het gedurende langere tijd presenteren van vele nerveus-functionele klachten.

Ook het begrip 'somatische fixatie' heeft te maken met het begrip 'nerveus-functionele klachten', maar hier ligt de nadruk op de arts-patiënt-communicatie. Het is als volgt gedefinieerd: 'Onder somatische fixatie verstaan wij een reductie van meeromvattende problemen tot louter medisch-somatische in de interactie tussen arts en patiënt'.⁹

Het begrip is ontwikkeld in het kader van het 'Preventieproject' van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, waarin werd onderzocht hoe gezinnen die gepredisposeerd waren tot een hoge medische consumptie, konden worden geïdentificeerd. Men nam aan dat deze gezinnen herkenbaar zouden zijn aan bijzondere signalen: het presenteren van klachten die eerder wijzen op psychosociale en gedragsproblemen dan op organische ziekte. De rubriek nerveus-functionele klachten zou van deze klachten de belangrijkste groep zijn. De registratie van deze nerveus-functionele klachten bleek echter niet betrouwbaar genoeg als voorspeller van toekomstige

ge morbiditeit. Daarop is het theoretische model van somatische fixatie ontwikkeld.¹⁰ De aandacht werd verlegd van de nerveus-functionele klachten naar het totaal van de aan de huisarts gepresenteerde morbiditeit, en naar de interactie tussen arts en patiënt.

Het model van somatische fixatie is een circulair denkmodel, uitgaande van de theorie rond 'biosociale resonantie'. Er worden drie kringlopen (vicieuze cirkels) onderscheiden die elk kunnen leiden tot instandhouding of verergering van lichamelijke klachten. Deze kringlopen spelen zich af binnen het individu zelf, in de interactie van het individu met zijn sociale omgeving, en in de interactie tussen het individu (en zijn sociale omgeving) met de arts.

Het model geeft een theoretische verklaring voor een verschijnsel (predispositie van sommige gezinnen tot een hoge medische consumptie), niet een definitie van een waarneembaar verschijnsel (= een diagnose). Er wordt echter ook een uitgebreidere omschrijving gegeven: 'Met "somatische fixatie" wordt daarbij het verschijnsel bedoeld, dat mensen exclusief aandacht krijgen of vragen voor problemen, die niet primair of die slechts gedeeltelijk somatisch bepaald worden, waardoor belangrijke psychosociale aspecten naar de achter-

grond worden gedrongen, zodat zij onbereikbaar en onoplosbaar worden.⁹ De auteurs zelf zeggen het volgende over de status van het begrip: 'Het lag bij dit onderzoek niet in de bedoeling de totale theorie of delen hiervan te toetsen. Ons onderzoek was bedoeld om risico-factoren met betrekking tot het proces van somatische fixatie op het spoor te komen. Het theoretisch model deed dienst bij de keuze van dataverzameling en de interpretatie van de bevindingen'.¹⁰ Somatische fixatie is dus zowel een theorie, als een verschijnsel (probleem, proces, diagnose).

In het vervolg leggen de auteurs de nadruk op somatische fixatie als verschijnsel. Daarbij wordt een relatie gelegd met het begrip somatisering, hier gedefinieerd als 'het verschijnsel dat mensen het accent van de aandacht vestigen op de somatische component van hun spanning'.¹⁰ Uit de context blijkt dat somatische fixatie wordt opgevat als een *proces* waarbij het mechanisme van somatisering uitgroeit 'tot een habituele manier om een spanningsbron uit de weg te gaan.' Daarnaast wordt somatische fixatie opgevat als het *eindpunt* van dit proces: een chronisch klachtenpatroon.¹¹ Verder noemen de schrijvers nog twee invalshoeken: somatische fixatie als omgang van de patiënt met zijn omgeving, en somatische fixatie als probleem in de arts-patiënt relatie. Zij leggen de nadruk op somatische fixatie als relatiekenmerk: het is geen kenmerk van bepaalde patiënten, maar een kenmerk van de relaties die bepaalde patiënten met hun omgeving en met name met bepaalde huisartsen hebben. De nadruk op somatische fixatie als relatiekenmerk maakt van het eindpunt overigens een voorlopig eindpunt: als de patiënt, de omgeving en/of de arts zijn communicatie wijzigt, verandert ook de interactie en dus de relatie. De auteurs achten de arts 'minstens even verantwoordelijk voor het op gang brengen van dit proces (somatische fixatie, PP) als de patiënt.' Ook dit heeft te maken met de opvatting van somatische fixatie als een relatiekenmerk.

Deze gegevens over somatische fixatie zijn afkomstig uit een artikelenserie (hier als één artikel geteld) uit 1978, waarin geprobeerd werd de resultaten van het eerste deel van het Preventieproject te ver-

talen naar de dagelijkse praktijk. In dit onderzoek is niet somatische fixatie gemeenten, maar medische consumptie.⁹

In de tien artikelen die via het trefwoord 'classificatie' zijn opgespoord, werd het begrip 'probleemgedrag' het meest gebruikt (*tabel*). In deze artikelen kwamen nog zes andere begrippen voor, die echter steeds slechts één of enkele malen werden gebruikt.

Probleemgedrag is gedefinieerd als 'tijdens het contact tussen patiënt en huisarts sprake was van het bespreken van leefproblematiek. Daarbij is ervanuit gegaan dat dit voor huisarts en patiënt beiden duidelijk moest zijn en dat het ging om een 'belangrijk' probleem (...), dit naar het oordeel van de huisarts (...).'¹² Benadrukt wordt dat het moet gaan om een uitgesproken probleem. De definitie wordt aangevuld met enkele voorbeelden: manifeste relationele problematiek, werkproblematiek en crisissituatie worden genoemd als belangrijke problemen; opzien tegen een rij-examen, een ruzie met een buurvrouw die verder weinig ingrijpend is, een kortdurende ongerustheid over het al dan niet bestaan van een ernstige ziekte (carcinofobie, cardiofobie) zijn weinig belangrijke problemen, waarbij geen sprake is van probleemgedrag.

Het begrip is ontwikkeld als een onderdeel van een huisartsgeneeskundige probleemclassificatie, die is bedoeld om een compleet beeld te geven van het probleem-aanbod bij de huisarts: naast diagnoses en klachten moet ook de mening van de patiënt (omschrijving van het probleem, hulpvraag) tot uiting komen. Omdat de ontwerpers vinden dat expliciet ingaan op leefproblematiek behoort tot de taken van de huisarts, vormen de psychosociale problemen een belangrijk onderdeel van deze classificatie. Deze classificatie is afgeleid van de International Classification of Diseases door zelden voorkomende, specifieke diagnoses te verwijderen, en codes voor probleemgedrag en codes op klachtniveau toe te voegen. Psychosociale problemen dienen dubbel te worden gecodeerd: één code voor de wijze waarop iemand zijn problemen beleeft (reactievorm of toestandsbeeld) en één voor de inhoud van het

probleem (probleemgedrag). Een psychosociaal probleem wordt dus gecodeerd als bijvoorbeeld 'depressieve reactie' en 'relationeel probleem man-vrouw'. In deze opvatting (het staat er niet letterlijk) zou somatisatie worden opgevat als bijvoorbeeld 'low back pain' en 'relationeel probleem man-vrouw'.

De definitie van probleemgedrag is tegelijkertijd de operationalisatie: de regels om te besluiten of in een specifiek geval sprake is van probleemgedrag of niet, zijn gegeven. Geen van de andere begrippen die in dit artikel aan de orde komen, was op deze manier geoperationaliseerd.

Vrijwel alle definities laten in het midden of somatisatie een (uiting van een) psychiatrische stoornis is; het zijn dus continuümdefinities.³ Alleen de termen 'surmenage' en 'hysterische en hypochondrische neurose' hebben een 'stoornis-karakter', maar deze worden zelden gebruikt. Ook het begrip 'psychosomatische ziekte' duidt geen stoornis in de zin van de DSM-III aan. De ziekte slaat hier op het lichamelijke lijden (bijvoorbeeld een maagzweer) dat een gevolg is van psychologische mechanismen die op zichzelf niet pathologisch hoeven te zijn.

Beschouwing

Wat leert deze inventarisatie ons nu? Er worden veel verschillende begrippen gehanteerd, die slechts zelden met elkaar in verband worden gebracht of worden geoperationaliseerd. In hoeverre deze begrippen elkaar op empirisch niveau overlappen (dezelfde problemen als somatisatie bestempelen), is niet duidelijk. Aan de hand van een bespreking van de belangrijkste begrippen die wij hebben gevonden, willen wij proberen enige duidelijkheid te scheppen. De belangrijkste begrippen zijn: 'somatische fixatie', 'probleemgedrag' en 'nervus-functionele klachten' (in relatie met 'somatisatie').

Het begrip 'somatische fixatie' is niet gedefinieerd als een kenmerk van de patiënt, maar als een kenmerk van de arts-patiënt communicatie. Uit de meer uitgebreide beschrijvingen blijkt dat somatische fixatie niet altijd stabiel is. Een operationalisatie voor patiëntgebonden onderzoek die

recht doet aan de definitie, zou toepasbaar moeten zijn in het kader van observaties van ongeselecteerde arts-patiënt contacten in een bepaalde periode, alsmede een inventarisatie van de 'meeromvattende problemen' moeten inhouden, die daarin worden gereduceerd tot medisch-somatische problemen. De verschillende andere kenmerken van somatische fixatie (proces, eindpunt van proces, relatie patiënt-omgeving, relatie patiënt-arts) maken het begrip nog complexer, en dus moeilijker te operationaliseren.

Het begrip 'probleemgedrag' heeft het grote voordeel dat het past binnen de gangbare medische classificaties, bijvoorbeeld de International Classification of Primary Care (ICPC). Het maakt echter geen onderscheid tussen patiënten die met lichamelijke ingangsklachten hun arts consulteren, en patiënten die komen met een expliciet psychosociale hulpvraag. Daar komt bij dat patiënten met wie niet expliciet gesproken is over leefproblematiek, of die deze leefproblematiek anders benoemen, niet voldoen aan de definitie. Dat betekent dat zowel somatiserende als niet-somatiserende patiënten probleemgedrag kunnen hebben, terwijl de 'echte' somatiserende patiënten (die het belang van psychosociale problemen als oorzakelijke factor voor hun lichamelijke klachten niet of onvoldoende inzien) buiten de definitie vallen. Probleemgedrag is dus voor ons doel geen bruikbaar begrip.

Overigens past het algemene begrip somatisatie (op wat voor manier dan ook gedefinieerd) niet binnen een classificatie als de ICPC. Somatiserende patiënten kunnen problemen hebben in component 1 (klachtniveau) van bijna elk hoofdstuk. Somatisatie kan ook een uiting zijn van een psychiatrische stoornis (component 7, diagnosesniveau, van hoofdstuk P), of van sociale problemen (component 1, hoofdstuk Z). De voorgestelde oplossing – zowel de reactievorm als de probleeminhoud coderen – voldoet alleen bij een probleem als depressie, waar er een specifieke reactievorm is. Bij somatisatie zouden vele verschillende klachten als reactievorm kunnen tellen, en het wordt helemaal moeilijk als somatiserende patiënten verschillende klachten hebben. Moeten deze alle worden

gecodeerd? Het lijkt ons beter om, in het kader van gericht onderzoek, somatisatie los van de ICPC-codelijst te coderen op een aparte as.

De morbiditeitsanalyse-1972 van de groepspraktijk Ommoord, waarin het probleem aanbod van de huisartsen in verband werd gebracht met demografische variabelen, bevestigt deze conclusie: de eerste factor uit de canonische correlatie-analyse (een soort factor-analyse) beschreef een groep patiënten met een hoge medische consumptie, psychosociale problematiek, en een hele rij vage klachten.¹³ Somatisatie vinden we hier dus niet als specifiek probleem (= code op de diagnoselijst), maar als een specifiek *patroon* van problemen.

De definitie van 'nervus-functionele klachten' heeft betrekking op een diagnose per exclusionem ('... geen organische basis kan worden gevonden ...') en is daarom altijd voorlopig: een organische oorzaak kan alsnog worden gevonden. De relatie met psychische problemen brengt ons ook al niet veel verder, want er zijn te veel somatische ziekten waarbij deze relatie wordt vermoed of is aangetoond. Bovendien is één van de eerste vragen die nu in onderzoek naar somatisatie gesteld moet worden, de vraag wát de relatie is tussen nervus-functionele klachten en psychosociale belasting, en voor die vraag kan deze relatie niet in de definitie worden opgenomen.

Voorlopig hoeven wij echter niet te weten of een specifieke klacht nervus-functioneel is; wij willen weten of de patiënt somatiseert, en dat is gedefinieerd als het presenteren van vele nervus-functionele klachten gedurende langere tijd.⁴ Ook al leidt het criterium voor een nervus-functionele klacht tot een zekere 'ruis', dan nog kan een daarvan afgeleid criterium voor somatisatie wél betrouwbaar en valide zijn.

Het begrip somatische fixatie is dus in patiëntgebonden onderzoek moeilijk te operationaliseren, terwijl het begrip probleemgedrag enerzijds te ruim en anderzijds te restrictief is. De begrippen nervus-functionele klacht en somatisatie zoals gedefinieerd door *Van Mierlo et al.* en *Postma* bieden vooralsnog de beste mogelijkheid om tot een bruikbaar criterium voor soma-

tisatie ten behoeve van patiëntgebonden onderzoek te komen.^{4,8} Een definitie van somatisatie als het hebben van vele nervus-functionele klachten gedurende langere tijd sluit goed aan bij de definitie van *Escobar et al.*² Deze definitie past ook bij de oorspronkelijke definitie die *Huygen et al.* hadden gekozen voor hun Preventieproject.

Wij concluderen dat in de Nederlandse huisartsgeneeskundige literatuur geen betere definitie voor lichtere vormen van somatisatie te vinden is dan Escobar's criteria, indien men dit begrip wil operationaliseren ten behoeve van patiëntgebonden onderzoek in de eerste lijn. Eerder is er steun voor deze criteria, al zijn zij niet expliciet genoemd in de door ons gelezen artikelen. Verder blijkt een continuüm-definitie van somatisatie (waarbij somatisatie niet noodzakelijkerwijze als pathologisch wordt bestempeld) meer in overeenstemming met de opvattingen van Nederlandse auteurs dan een stoornisdefinitie.

De keuze van Escobar's definitie is een voorlopige. Als eenmaal de relatie met psychosociale problemen is opgehelderd, biedt een definitie waarin deze relatie is opgenomen, meer perspectief. *Lipowski* heeft in een verhelderend review een dergelijke definitie geformuleerd: 'een neiging om somatische klachten en symptomen te ervaren en te uiten, die niet worden verklaard door pathologische bevindingen, om deze klachten toe te schrijven aan lichamelijke ziekte, en om medische hulp ervoor te vragen. Gewoonlijk wordt aangenomen dat deze neiging manifest wordt als reactie op psychosociale stress als gevolg van ingrijpende levensgebeurtenissen, of van situaties die juist voor dit individu belastend zijn ...'¹⁴ De overlap tussen Escobar's definitie en een voorlopige operationalisering van *Lipowski's* definitie wordt in ons onderzoek bestudeerd.

Verder geldt de keuze voor Escobar's definitie alleen voor patiëntgebonden onderzoek. In onderzoek naar consultvoering bijvoorbeeld kan somatische fixatie ons inziens wél geoperationaliseerd worden, mits het consult wordt geobserveerd, en daarnaast de patiënt wordt geïnterviewd. Een ook in de patiëntenzorg kunnen be-

grippen als somatische fixatie of Lipowski's definitie bruikbaar zijn dan de definitie van Escobar, die een diagnose *per exclusio-nem* blijft.

Literatuur

- ¹ Anonymous. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition. Washington DC: American Psychiatric Association, 1980.
- ² Escobar JI, Burnam MA, Karno M, et al. Somatization in the community. Arch Gen Psychiatry 1987; 44: 713-8.
- ³ Portegijs PJM, Kraan HF, Knottnerus JA, Stoffers HEJ. Wat heet somatisatie? 1. Een zoektocht in de internationale literatuur naar een definitie voor huisartsgeneeskundig onderzoek. Huisarts Wet 1992; 35(1): 18-25, 43.
- ⁴ Van Mierlo G, Smits A. Nerveus-functionele klachten. De huisarts en het gezinsgesprek. De klacht en de huisarts. Huisarts Wet 1974; 17: 52-5.
- ⁵ Lamberts H. Probleemgedrag in de eerste lijn. Huisarts Wet 1975; 18: 492-502.
- ⁶ Stam J. Psychosomatische klachten. Over moeilijkheden en mogelijkheden bij de hulpverlening. Huisarts Wet 1976; 19: 140-4.
- ⁷ Verhaak PFM. Functionele klachten: de nieuwe kleren van de keizer? Huisarts Wet 1988; 31(suppl 12): 25-31.
- ⁸ Postma TNM. Somatiserende patiënten in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1981; 24: 169-76.
- ⁹ Huygen FJA. Preventie van somatische fixatie I. Geschiedenis van een onderzoeksproject. Huisarts Wet 1978; 21: 363-5.
- ¹⁰ Smits A, Van Eijk J, Grol R, et al. Preventie van somatische fixatie II. Een theoretisch model en onderzoekgegevens. Huisarts Wet 1978; 21: 366-9.
- ¹¹ Grol R, Van Eijk J, Huygen F, et al. Preventie van somatische fixatie III. Somatische fixatie in de huisarts-patiëntrelatie. Huisarts Wet 1978; 21: 402-5.
- ¹² Lamberts H. De morbiditeitsanalyse-1972 door de groepspraktijk Ommoord. Een nieuwe ordening van ziekte- en probleemgedrag voor de huisartsgeneeskunde (I). Huisarts Wet 1974; 17: 455-73.
- ¹³ Lamberts H. De morbiditeitsanalyse-1972 door de groepspraktijk Ommoord. Een nieuwe ordening van ziekte- en probleemgedrag voor de huisartsgeneeskunde (III). Huisarts Wet 1975; 18: 61-73.
- ¹⁴ Lipowski ZJ. Somatization. The concept and its clinical application. Am J Psychiatry 1988; 145: 1358-68.

Abstract

Portegijs PJM, Kraan HF, Knottnerus JA, Stoffers HEJH. What is called somatisation? 2. An answer from the international literature tested against 19 years of 'Huisarts en Wetenschap'. Huisarts Wet 1992; 35(2): 65-9.

We concluded in Huisarts Wet 1992; 35(1): 18-25, 43 that for research on somatisation in general practice a toned down version of the psychiatric (DSM-III) definition of the somatisation disorder is to be preferred. In this article we analyse 19 volumes of 'Huisarts en Wetenschap' to explore whether Dutch general practice research offers an alternative for this definition. We extracted the concepts 'nervous-functional complaints' (and, connected to this 'somatisation'), 'somatic fixation' and 'problem behaviour'. The 'somatic fixation' concept is difficult to apply in research linked to patients while 'problem behaviour' appears to be too broad a concept. The concepts 'nervous-functional complaints' and 'somatisation' (as used in Huisarts en Wetenschap) offer the best possibilities for formulating a definition. This result agrees with our earlier conclusions.

Key words Family practice; Somatisation.

Correspondence P.J.M. Portegijs, MD, Department of Social Psychiatry, University of Limburg, PO Box 616, 6200 MD Maastricht, The Netherlands.