

Wat heet somatisatie?

1. Een zoektocht in de internationale literatuur naar een definitie voor huisartsgeneeskundig onderzoek

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

Voor patiëntgebonden onderzoek naar somatisatie in de huisartspraktijk is een definitie nodig die gemakkelijk te operationaliseren is, en minder restrictief dan de definitie van de somatisatiestoornis in de DSM-III. Een search in de Index Medicus leverde een kwantitatief overzicht van de recente internationale literatuur op. In 80 procent van de artikelen wordt somatisatie gedefinieerd als een psychiatrische stoornis volgens de DSM-III-classificatie; in de overige artikelen – die veelal betrekking hebben op onderzoek in de eerste lijn – wordt uitgegaan van een continuüm van somatisatie als een normaal psychologisch mechanisme tot somatisatie als een psychiatrische stoornis. Deze zogenaamde continuümdefinities zijn meer geschikt voor huisartsgeneeskundig onderzoek. Een afgezwakte versie van de criteria van de DSM-III-somatisatiestoornis lijkt vooralsnog de beste operationalisatie. Om een huisartsgeneeskundige continuümdefinitie in logisch verband te kunnen brengen met de DSM-III-definitie is een wijziging van de structuur van de DSM-III nodig. De opzet van de DSM-III en empirische gegevens suggereren dat deze wijziging goed mogelijk is.

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.

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. Stoffers, huisarts, vakgroep Huisartsgeneeskunde Rijksuniversiteit Limburg.

Correspondentie: P. Portegijs.

Inleiding

De meeste huisartsen worden geregeld geconfronteerd met patiënten met lichamelijke klachten die deze patiënten zelf toeschrijven aan een lichamelijke ziekte, zonder dat zo'n lichamelijke ziekte aannemelijk gemaakt kan worden. Vaak zijn er aanwijzingen dat psychische overbelasting of conflicten een rol spelen bij het ontstaan of persisteren van deze klachten. Dit fenomeen, hier vooralsnog somatisatie genoemd, vormt een belangrijk probleem in de gezondheidszorg.¹

Omdat de huisarts bij somatiserende patiënten geen bevredigende somatische verklaring of behandeling voor de klachten kan geven, zullen deze patiënten aandringen op verder onderzoek en behandeling door een somatisch specialist. Aan een dergelijke verwijzing kleven nadelen: diagnostische procedures brengen soms complicaties met zich mee, en fout-positieve uitslagen kunnen leiden tot onnodige behandelingen met alle daaraan verbonden nadelen. Bovendien is er een kans dat de patiënt door nader onderzoek niet wordt gerustgesteld, maar juist wordt bevestigd in zijn overtuiging dat hij iets onder de leden heeft. De somatisch specialist staat machteloos tegenover deze overtuiging; hij kan ziekte aantonen, maar gezondheid niet. De huisarts zal bij deze patiënten eerder geneigd zijn tot een verwijzing naar de geestelijke gezondheidszorg. Dit is echter voor de patiënt vaak niet aanvaardbaar, omdat eventuele psychosociale problematiek voor hemzelf niet duidelijk is. Dit maakt somatisatie een probleem dat alleen vanuit de huisartsgeneeskunde goed benaderd kan worden.

In het begin van de jaren '70 hebben medewerkers van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut het concept 'somatische fixatie' ontwikkeld. Dit concept was gebaseerd op jarenlange observaties binnen gezinnen en op sociaal-wetenschappelijke inzichten in informatieverwerking en communicatiepatronen binnen relaties. Sindsdien is veel onderzoek gedaan naar de mogelijkheden van de huisarts om somatische fixatie te voorkomen of in ieder geval niet te versterken. De resultaten van dit

onderzoek hebben een belangrijke invloed gehad op beroepsopleiding en nascholing.²

Somatische fixatie is in 1978 gedefinieerd als: '... een reductie van meeromvattende problemen van mensen tot louter medisch-somatische in de interactie tussen arts en patiënt'.³ Het gaat dus om een probleem dat zich per definitie voordoet in het contact tussen arts en patiënt, en alleen via observatie in de spreekkamer kan worden gemeten.

In empirisch onderzoek is een dergelijke directe observatie vaak moeilijk uitvoerbaar. Wellicht is dit een verklaring voor het feit dat er de laatste tien jaar vooral onderzoek is gedaan naar somatisatie als een patiëntgebonden (dus niet interactiegebonden) kenmerk, en dan vooral vanuit de psychiatrie en bij psychiatrische populaties. Dit onderzoek is sterk gestimuleerd door de invoering van de 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition' (DSM-III) als officiële psychiatrische classificatie in de Verenigde Staten.

In de DSM-III zijn criteria opgenomen voor de diagnose 'somatisatiestoornis'. Deze criteria (in de bijgestelde versie uit 1987) houden het volgende in:

- Gedurende een reeks van jaren, beginnend vóór het dertigste levensjaar een voorgeschiedenis van vele lichamelijke klachten, of de overtuiging dat men ziekelijk is, en
- Minstens 13 klachten uit een lijst van somatisatiesymptomen (*kader* op pag. 19): waarvoor geen (voldoende) somatische oorzaak is gevonden, en die dusdanig ernstig zijn dat de patiënt daarvoor een arts heeft geconsulteerd, medicatie heeft genomen (anders dan vrij verkrijgbare medicamenten), of zijn leefwijze heeft veranderd.⁴

De somatisatiestoornis is een empirisch gedefinieerd begrip, en impliceert volgens de ontwerpers van de DSM-III niet een bepaalde theorie over somatisatie.⁵

Aan de definitie van de somatisatiestoornis voldoet slechts de kleine groep patiënten met een duidelijk psychiatrisch probleem. De prevalentie van deze diagnose bij vrouwen wordt in de VS geschat op 0,3 procent in de open populatie, en op 6 procent bij degenen die een huisarts consulteren.^{6,7}

Symptoomlijst somatisatiestoornis DSM-III-R (1987)

Gastro-intestinale symptomen:

- 1 braken (anders dan tijdens zwangerschap)
- 2 buikpijn (anders dan tijdens menstruatie)
- 3 misselijkheid (anders dan tijdens reis- of zeeziekte)
- 4 opgeblazen gevoel in de buik
- 5 diarree
- 6 kan verschillende voedingsmiddelen niet verdragen (wordt misselijk)

Pijnsymptomen

- 7 pijn in de extremiteiten
- 8 pijn in de rug
- 9 pijn in de gewrichten
- 10 pijn bij het urineren
- 11 andere pijn (behalve hoofdpijn)

Cardiopulmonaire symptomen

- 12 kortademigheid zonder inspanning
- 13 hartkloppingen
- 14 pijn op de borst
- 15 duizeligheid

Conversie- of pseudoneurologische symptomen

- 16 amnesie
- 17 slikklachten
- 18 verlies van de stem

- 19 doofheid
- 20 dubbelzien
- 21 wazig zien
- 22 blindheid
- 23 flauwvallen of verlies van bewustzijn
- 24 toevallen of convulsies
- 25 loopstoornis
- 26 verlamming of spierzwakte
- 27 urineretentie of moeite met urineren

Psychoseksuele symptomen gedurende het grootste deel van het leven na kans op seksueel contact

- 28 branderig gevoel aan de geslachtsorganen of het rectum (anders dan tijdens de coïtus)
- 29 onverschillig (ten opzichte van seksualiteit)
- 30 pijn tijdens de coïtus
- 31 impotentie

Symptomen betreffende de vrouwelijke geslachtsorganen waarbij betrokkene meent dat de klachten bij haar vaker voorkomen en heviger zijn dan bij de meeste andere vrouwen

- 32 menstratiepijnen
- 33 onregelmatige menstruatie
- 34 overmatig bloedverlies
- 35 braken tijdens de zwangerschap

Hoe vaak lichtere vormen van somatisatie voorkomen, is niet geheel duidelijk. *Huygen et al.* schatten dat 'chronische nerveus-functionele klachten' een rol spelen bij 18 procent van alle consulten.¹ In andere onderzoeken werden zowel hogere (70 procent) als lagere (5 procent) percentages gevonden.⁸ Waarschijnlijk is de prevalentie echter betrekkelijk hoog.

Met steun van het NWO-stimuleringsprogramma Huisartsgeneeskunde zijn wij begonnen met een onderzoek naar de relatie tussen deze lichtere vormen van somatisatie enerzijds en anderzijds depressie, angststoornissen, levensgebeurtenissen, sociale steun en alexithymie (het onvermogen om emoties te uiten).

Voor een dergelijk onderzoek is een voor de huisarts herkenbare definitie van somatisatie onmisbaar. Zo'n definitie moet in ieder geval voldoen aan drie eisen:

- bruikbaar binnen een huisartsgeneeskundige populatie;
- vergelijkbaar met definities die in relevant (vaak psychiatrisch) onderzoek zijn gebruikt;
- operationaliseerbaar voor patiëntgebonden onderzoek: de op theoretisch niveau geformuleerde definitie moet goed kunnen worden vertaald in criteria die in empirisch onderzoek getoetst kunnen worden.

De 'echte' DSM-III-definitie is niet bruikbaar, omdat hij alleen betrekking heeft op extreme gevallen van somatisatie. In een systematisch literatuuronderzoek hebben wij gezocht naar een alternatief, met als vraagstelling:

- Welke typen definities van somatisatie kunnen worden onderscheiden in de recente literatuur?

- Hoe vaak en in welke omstandigheden worden deze typen definities gebruikt?
- Welke overige kenmerken van somatisatie worden daarbij genoemd?
- Hoe worden de verschillende typen definities geoperationaliseerd?

Literatuur

In de Index Medicus is gezocht op het trefwoord *somatoform disorders* in de periode 1983 t/m augustus 1988. Dit leverde 548 artikelen in 220 tijdschriften op.

In de Maastrichtse universiteitsbibliotheek waren 95 tijdschriften aanwezig met in totaal 327 artikelen. Van de 125 niet aanwezige tijdschriften was éénderde psychiatrisch georiënteerd, en de rest hoofdzakelijk somatisch specialistisch. Vaak ging het om buitenlandse tijdschriften met een nationaal verspreidingsgebied. Om praktische redenen is ervan afgezien deze artikelen op te vragen in andere bibliotheken. Verder zijn 25 minder belangrijke psychiatrische tijdschriften, en 8 moeilijk rubriceerbare tijdschriften uit de selectie verwijderd. Uiteindelijk bleven toen er 62 tijdschriften over, waaronder 4 specifiek huisartsgeneeskundige en 7 algemeen medische tijdschriften. Deze bevatten 258 artikelen, waarvan er 144 over somatisatie handelden.

De definities van somatisatie in deze 144 artikelen zijn gecategoriseerd. Daarbij ging onvermijdelijk informatie verloren; daarom is tevens geïnventariseerd welke overige kenmerken van somatisatie werden genoemd. Verder is geïnventariseerd hoe de verschillende definities waren geoperationaliseerd voor onderzoek. Tenslotte is de aard van het artikel (onderzoeksartikel, review, brief, etc.) geregistreerd, alsmede de populatie waarop het betrekking had, en het vakgebied van de eerste auteur.

Typen definities

Uit de literatuur kwamen twee gezichtspunten naar voren, van waaruit de verschillende definities van somatisatie konden worden ingedeeld.

1 Definities die somatisatie opvatten als een psychiatrische stoornis ('stoornisdefinities') versus definities die een continuüm

aangaven tussen somatisatie als een normaal psychologisch mechanisme en somatisatie als een psychiatrische stoornis ('continuümdefinities'). Een continuümdefinitie omvat dus, naast de extreme somatisanten, ook somatiserende patiënten op wie een psychiatrisch etiket niet past, maar die wél het risico lopen van overbodige diagnostiek en therapie.

2 Definities waarin een relatie wordt gelegd tussen de klachten en psychosociale problemen versus definities waarin dat niet gebeurt. Indien in een definitie een dergelijke relatie wordt gelegd, biedt dit de mogelijkheid om onderscheid te maken tussen patiënten met een (lichte vorm van) somatisatie en patiënten met een nog niet onderkende somatische ziekte. Definities waarin deze relatie wordt gelegd, zijn op voorhand het interessantst voor onderzoek in de huisartspraktijk, omdat de lichtere vormen van somatisatie daarin het meest voorkomen.

Vóórkomen van typen definities

In 78 procent van de artikelen wordt een stoornisdefinitie gebruikt, in de rest een continuümdefinitie (tabel 1). Opvallend is dat bij de stoornisdefinities zelden (18 procent) een relatie met psychosociale problemen wordt genoemd. Bij de continuümdefinities gebeurt dat juist vaak (63 procent).

Artikelen waarin resultaten van kwantitatief onderzoek worden gepresenteerd, blijken in 71 procent van de gevallen uit te gaan van een stoornisdefinitie zonder relatie met psychosociale problemen. Bij zowel de wetenschappelijke reviews en editorials, als de overige artikelen (brieven, nascholingsartikelen, etc.) komen ook andere typen definities vaker aan bod (tabel 2).

In tweede- of derdelijns populaties (zowel in de psychiatrie als bij somatische specialismen) worden overwegend (88 procent) stoornisdefinities gehanteerd, terwijl dat in open populaties en in de eerste lijn veel minder gebeurt (59 procent) gebeurt (tabel 3).

Een vergelijkbaar beeld komt naar voren als we naar het vakgebied van de eerste auteur kijken (tabel 4). Overigens zijn verreweg de meeste artikelen geschreven door psychiaters, niet alleen bij psychiatrische

Tabel 1 Typen definities van somatisatie. Aantallen.*

Zonder/met psychosociale problemen	Stoornis-definitie	Continuüm-definitie	Totaal
Zonder	77	10	87
Met	17	17	34
Totaal	94	27	121

* Exclusief 23 artikelen waarin geen (classificeerbare) definitie werd gegeven.

Tabel 2 Typen definities van somatisatie en soorten artikelen waarin deze zijn genoemd. Percentages.*

Type definitie zonder/met psychosociale problemen	Onderzoeks-artikel n=68	Review/editorial n=19	Overig n=34	Totaal n=121
Stoornisdefinitie zonder	71	52	55	64
Stoornisdefinitie met	10	16	21	14
Continuümdefinitie zonder	9	16	3	8
Continuümdefinitie met	10	16	21	14

* Exclusief 23 artikelen waarin geen (classificeerbare) definitie werd gegeven.

Tabel 3 Typen definities van somatisatie en de patiëntenpopulaties waarop zij zijn toegepast. Percentages.*

Type definitie zonder/met psychosociale problemen	Open populatie n=10	Eerste lijn n=27	2e/3e lijn psychiatrisch n=43	2e/3e lijn somatisch n=31	Totaal n=111
Stoornisdefinitie zonder	60	40	74	78	66
Stoornisdefinitie met	—	19	16	6	13
Continuümdefinitie zonder	10	15	5	3	7
Continuümdefinitie met	30	26	5	13	14

* Exclusief 33 artikelen waarin geen definitie of geen classificeerbare definitie werd gegeven, of de populatie niet gedefinieerd was.

Tabel 4 Typen definities van somatisatie en het vakgebied van de eerste auteur. Percentages.*

Type definitie zonder/met psychosociale problemen	Huisarts n=4	Psychiater n=91	Somatisch specialist n=10	Overigt/onbekend n=16	Totaal n=121
Stoornisdefinitie zonder	50	66	80	44	64
Stoornisdefinitie met	—	15	20	6	14
Continuümdefinitie zonder	—	10	—	6	8
Continuümdefinitie met	50	9	—	44	14

* Exclusief 23 artikelen waarin geen (classificeerbare) definitie werd gegeven. Waar het vakgebied niet is vermeld is de vakgroep of het instituut geregistreerd.

† Merendeels gedragswetenschappelijk.

patiënten, maar ook binnen andere populaties.

Overige kenmerken

Bij vrijwel alle *stoornisdefinities* worden kenmerken genoemd die overeenkomen met de omschrijving van de somatisatiestoornis in de DSM-III. Hierbij ligt de nadruk op het grote aantal en de diversiteit van de klachten, de dramatische en/of vage wijze waarop deze worden geuit, en de afwezigheid van een somatische verklaring. Verder worden het begin van de stoornis op jonge leeftijd, het chronische en/of recidiverende beloop en de relatie met psychologische factoren of conflicten nogal eens genoemd. Zelden komen oorzakelijke verbanden of therapeutische mogelijkheden aan de orde.

De meeste auteurs die een *continuümdefinitie* hanteren, stellen dat somatisatie zowel een situatiegebonden reactiewijze als een stabiel persoonskenmerk kan zijn. Verder worden de afwezigheid van een (volgende) lichamelijke oorzaak voor de klachten, en het afhankelijke en eisende gedrag van de patiënt vaak genoemd.⁹ Somatisatie wordt nogal eens opgevat als een uiting van psychosociaal onwelbevinden.¹⁰ Auteurs van verschillende theoretische oriëntaties vermelden dat ingrijpende levensgebeurtenissen (bijvoorbeeld ernstige ziekte, huwelijk, verandering van baan) of stress in het algemeen somatisatie kunnen uitlokken.⁹

Bij de continuümdefinities worden meestal wel oorzakelijke mechanismen genoemd, vooral op het cognitieve, gedragsmatige of communicatieve vlak. Minder vaak worden psychodynamische theorieën genoemd.

Volgens het cognitieve model nemen somatisanten bij negatieve emoties meer de lichamelijke sensaties waar dan de affectieve component, zijn zij gepreoccupeerd met deze sensaties, en vatten zij deze op als symptoom van ziekte.¹⁰

In behavioristische modellen worden verklaringen geopperd vanuit individueel perspectief, waarin somatisatie dient om bijvoorbeeld sociale steun te verkrijgen, intimiteit te vermijden of angstwekkende situaties te vermijden. Andere behavioris-

tische modellen stellen de gemeenschap centraal. In deze visie is somatisatie bijvoorbeeld een effectieve manier om schaarse bronnen van sociale macht te manipuleren en om een slechte verdeling van beschikbare middelen te beïnvloeden.¹¹

Eén stap verder gaat het concept van somatisatie als een taal, een vorm van communicatie die voor de gemeenschap of cultuur betekenisvol is: somatisatie als een uitdrukkingswijze van leed.¹¹ Verschillende auteurs voegen daaraan toe dat zij somatisatie een primitieve taal vinden.^{12 13}

Deze opvatting klinkt ook door in de psychodynamische opvatting dat somatisatie een gevolg kan zijn van alexithymie (een onvermogen om emoties onder woorden te brengen).¹⁰ Eveneens uit de psychodynamische hoek komt de opvatting van somatisatie als een 'primitief' afweermechanisme.¹³

Overigens vormen de continuümdefinities een meer diverse groep dan dit overzicht suggereert.

Operationalisaties

Bij de stoornisdefinities wordt de operationalisatie gevonden door de criterialijst van de DSM-III. Deze lijst is nog verder uitgewerkt in meetinstrumenten, waarvan de Diagnostic Interview Schedule het meest gebruikt wordt.¹⁴

De continuümdefinities zijn geformuleerd op theoretisch niveau: zij bevatten geen empirische criteria. Opvallend is dat bij deze definities meestal geen operationalisatie van het theoretisch begrip wordt gegeven, terwijl juist hier een vertaling naar een meetbaar criterium van belang is. In de operationalisaties die wel gegeven worden, ontbreekt een duidelijke lijn. Er is maar één operationalisatie die tweemaal wordt genoemd: die van Escobar.¹⁵ Deze operationalisatie is een afgezwakte versie van de criteria van de DSM-III-somatisatiestoornis: in plaats van 13 worden 4 (voor mannen) of 6 (voor vrouwen) klachten geëist.

Tussenbalans

De typen definities die wij in ons literatuurbestand hebben gevonden, geven de be-

langrijkste keuzen aan die gemaakt moeten worden bij de ontwikkeling van een definitie van somatisatie voor huisartsgeneeskundig onderzoek.

De eerste vraag is of somatisatie gedefinieerd moet worden als een psychiatrische stoornis zonder meer, of als een psychologische reactiewijze die slechts in extreme gevallen op een psychiatrische stoornis wijst (continuümdefinitie). De tweede vraag is of *in de definitie* een relatie van de klachten met psychosociale problemen moet worden opgenomen.

Als we 'de' internationale literatuur willen volgen, is de keuze duidelijk: in 80 procent van de artikelen wordt de definitie van de DSM-III-somatisatiestoornis gebruikt, meestal zonder een relatie met psychosociale problemen (in de definitie). Maar als we zoeken naar de beste definitie voor huisartsgeneeskundig onderzoek, zijn de resultaten minder eenduidig. De DSM-III-definitie zonder relatie met psychosociale problemen is met name veel gebruikt in artikelen over (kwantitatief) onderzoek. Dit kan niet worden toegeschreven aan een hoger 'wetenschappelijk gehalte' van deze artikelen; het lijkt ons eerder een gevolg van het ontbreken van een algemeen geaccepteerde operationalisering voor een continuümdefinitie. In wetenschappelijke reviews en editorials die de theorie-ontwikkeling nauwkeurig weergeven, vinden we relatief vaak een continuümdefinitie en/of een relatie met psychosociale problemen.

Deze verklaring vindt steun in de kritieken van de verschillende auteurs die uitgaan van een stoornisdefinitie. Zij vinden de DSM-III-somatisatiestoornis weliswaar een valide diagnostische eenheid, maar achten de gehanteerde criteria te restrictief; lichtere vormen van somatisatie zijn niet als zodanig herkenbaar.^{15 16} Auteurs die uitgaan van een continuümdefinitie, voegen daaraan toe dat behandeling en begeleiding van somatiserende patiënten grotendeels in de eerste lijn moet plaatsvinden.¹⁷ Somatisatie, gedefinieerd volgens een continuümdefinitie, zou in deze visie een belangrijk thema voor huisartsgeneeskundig onderzoek moeten worden.

Een ander punt van kritiek is dat de somatisatiestoornis moeilijk is af te grenzen van andere somatoforme stoornissen (bij-

voorbeeld hypochondrie), affectieve stoornissen en angststoornissen.^{15 18} Aanvullen de criteria zijn dus nodig om somatisatie te kunnen onderscheiden van (andere) psychiatrische stoornissen en lichamelijke ziekten.

Het is dan ook niet verwonderlijk dat we in artikelen over open en eerstelijns-populaties vaker een continuümdefinitie met een relatie met psychosociale problemen vinden.

De 'overige kenmerken' die bij beide typen definities worden genoemd, verschillen zozeer dat men zich kan afvragen of deze definities wel op hetzelfde algemene probleem betrekking hebben. Dit verschil is een gevolg van de enge definitie van de somatisatiestoornis als een probleem dat al in de jeugd ontstaat en een groot deel van het volwassen leven in essentie onveranderd blijft. Bij de ernstige vormen van somatisatie, die aan deze definitie voldoen, liggen de oorspronkelijk oorzakelijke factoren in een ver verleden (de diagnose wordt meestal pas na jaren gesteld), is de prognose bekend (chronisch/recidiverend), en kan een interventie slechts een beperkte invloed op deze prognose hebben. Oorzakelijke verbanden en therapeutische mogelijkheden komen bij de stoornisdefinities nauwelijks aan de orde, omdat onderzoek daarnaar zeer een lange follow-up vergt. Voor zover over therapie wordt geschreven, gaat het meer om begeleiding dan om behandeling.^{19 20}

Bij lichtere vormen van somatisatie, die worden gedefinieerd volgens een continuümdefinitie, is etiologisch en interventie-onderzoek wél mogelijk, en dat vinden we dan ook terug in de overige kenmerken. Deze etiologische factoren kunnen echter vooralsnog niet worden opgenomen in een definitie. Als dat in een bepaald geval wél zou gebeuren, zou dat verband immers altijd (per definitie) aanwezig zijn, en is nader onderzoek naar dat verband niet meer mogelijk. Uit de diversiteit van de genoemde oorzakelijke mechanismen blijkt dat deze vooralsnog niet bruikbaar zijn in een definitie van somatisatie.

Ook de relatie met psychosociale problemen levert (voor empirisch onderzoek althans) nog moeilijkheden op. Weliswaar wordt deze relatie bij continuümdefinities

vaak genoemd, maar uit de overige kenmerken blijkt dat onder deze relatie soms psychosociaal onwelbevinden, soms ingrijpende levensgebeurtenissen, en soms stress in het algemeen wordt verstaan.

De grote verschillen tussen de continuümdefinities onderling vinden we ook terug in de operationalisaties. Alleen de operationalisatie van *Escobar et al.* is onderzocht en bruikbaar voor onderzoek gebleken.¹⁵ Ook in ons vooronderzoek waarover nog niet is gepubliceerd) leken deze criteria valide. Wij vonden een duidelijke relatie met depressie en geslacht (vrouwen somatiseerden vaker). Somatiserende patiënten hadden gemiddeld al vanaf hun 14e jaar klachten; niet-somatiserende patiënten vanaf hun 23e jaar.

Wij concluderen dat voor huisartsgeneeskundig onderzoek een continuümdefinitie meer perspectief biedt dan een stoornisdefinitie. Een relatie met psychosociale problemen ligt voor de hand, maar deze relatie is onvoldoende onderzocht om hem nu in een definitie te kunnen opnemen. Ook over oorzakelijke mechanismen is te weinig bekend om ze in een definitie te kunnen opnemen. De definitie zal dus beschrijvend van aard moeten zijn. De afgezwakte DSM-III-criteria van *Escobar et al.* komen in aanmerking om als operationalisatie te worden gebruikt.

Naar een definitie voor de huisartspraktijk

Welk belang hebben deze resultaten – die zijn gebaseerd op voornamelijk psychiatrische literatuur – nu voor huisartsgeneeskundig onderzoek?

Huisartsen zouden kunnen stellen dat somatisatie in de huisartspraktijk iets anders is dan somatisatie zoals gezien in de psychiatrie, en een eigen definitie voor gebruik binnen de eerste lijn kunnen ontwikkelen. Als dit tot gevolg zou hebben dat we te maken krijgen met twee, los van elkaar staande definities, zou dit een aantal duidelijke nadelen hebben:

- Het vele onderzoek naar somatisatie dat de laatste jaren vanuit de psychiatrie is gedaan, zou moeilijk benut kunnen wor-

den voor het genereren van hypothesen voor huisartsgeneeskundig onderzoek.

- Onderzoek naar etiologische factoren, prognostische factoren en effectiviteit van interventies in de huisartsgeneeskunde zou moeilijk benut kunnen worden voor het genereren van hypothesen voor psychiatrisch onderzoek.
- Het zou onmogelijk worden te beoordelen in hoeverre het verwijsgedrag van huisartsen de onderzoekspopulatie – en daarmee de resultaten van psychiatrisch onderzoek – vertekent (selectiebias).
- Zowel in onderzoek als in de patiëntenzorg zouden communicatieproblemen kunnen ontstaan tussen huisartsen en psychiaters. Het belang van een gemeenschappelijke taal blijkt uit het multidisciplinair karakter van het onderwerp: de meerderheid van de psychiaters schrijft over niet-psychiatrische populaties.

Een definitie van somatisatie voor de huisartsgeneeskunde zou daarom enerzijds nauw verwant moeten zijn aan de DSM-III-definitie, maar anderzijds minder restrictief. Weliswaar is er een operationalisatie beschikbaar, maar op het niveau van de definitie zelf is er een probleem: hoe kan een relatie worden gelegd tussen een huisartsgeneeskundige continuümdefinitie en een psychiatrische stoornisdefinitie?

In principe biedt de DSM-III hier een oplossing voor door zijn meer-assige opzet (*kader* op pag. 23). As I, waarop de psychiatrische stoornissen in engere zin worden gecodeerd, is daarvan de bekendste. Op as II worden onder andere stabiele persoonlijkheidskenmerken gecodeerd. Deze persoonlijkheidskenmerken kunnen zo inflexibel of maladaptief zijn, dat zij tot de psychiatrische stoornissen gerekend worden (dan worden ze *persoonlijkheidsstoornissen* genoemd), maar zij kunnen ook binnen de termen van het normale functioneren vallen (en dan zijn het *persoonlijkheidstreken*). Op as II zouden een stoornisdefinitie (persoonlijkheidsstoornis) en een meer omvattende continuümdefinitie (persoonlijkheidstrek of -stoornis) met elkaar in verband gebracht kunnen worden.

De huidige DSM-III-somatisatiestoornis echter staat op as I, de psychiatrische stoornissen in engere zin. Deze oplossing is dus

DSM-III

DSM-III staat voor 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition'. De DSM-III is het officiële psychiatrische classificatiesysteem in de Verenigde Staten, uitgegeven door de American Psychiatric Association in 1980. Inmiddels is er een herziene versie verschenen (1987). De verschillen tussen beide versies zijn gering en voor de praktijk niet van belang (behalve bij de angststoornissen). In korte tijd is de DSM-III uitgroeit tot dé internationaal geaccepteerde psychiatrische classificatie, zowel voor de praktijk als voor onderzoek.

De DSM-III beschrijft psychiatrische stoornissen en ordent deze in categorieën. Hij geeft bovendien operationele criteria om tot een diagnose te komen – dit in tegenstelling tot eerdere versies en andere classificatiesystemen. Deze operationele criteria zijn, voor zover mogelijk, gericht op concreet, observeerbaar gedrag. Een oordeel over veronderstelde oorzakelijke mechanismen (bijvoorbeeld 'afweer van libidineuze impulsen') is dus niet nodig om tot een diagnose te komen. Enerzijds is dit gedaan om de betrouwbaarheid van de diagnoses te verhogen, anderzijds was dit ook nodig om de classificatie acceptabel te maken voor klinici van verschillende theoretische oriëntaties.

Om te bevorderen dat alle informatie die van belang is voor prognose en therapie, boven water komt, is de DSM-III opgezet als een meerassig classificatiesysteem:

- Op as I worden syndromen met een episodisch karakter en met duidelijk in het oog springende symptomen of gedragsstoornissen geplaatst.
- Op as II plaatst men langdurige, niet episodische psychische gesteldheden of condities, voornamelijk persoonlijkheidsstoornissen en -trekken, en ontwikkelingsstoornissen.

Beide assen samen vormen een nadere specificatie van het onderdeel psychiatrische stoornissen van de International Classification of Diseases, ninth edition, Clinical Modification (ICD-9-CM).

De belangrijkste groepen waarin as I is onderverdeeld, zijn de organische psychiatrische stoornissen, verslavingen en afhankelijkheid, schizofrenie, overige psychotische stoornissen, stemmingsstoornissen, angststoornissen, somatoforme stoornissen, aanpassingsstoornissen, psychologi-

sche factoren van invloed op lichamelijke ziekte, en tenslotte problemen niet veroorzaakt door een psychiatrische ziekte die aandacht of therapie vereisen.

Het onderscheid tussen as I en II lijkt te zijn ingegeven door een theoretisch model waarin een persoonlijkheidstrek of -stoornis dan wel een ontwikkelingsstoornis (as II) de kans op het ontstaan of het beloop van een psychiatrische stoornis in engere zin (as I) beïnvloedt. Dit wordt echter niet expliciet gezegd. De officiële beschrijving stelt dat op as II die stoornissen (of kenmerken) staan die normaliter in de kindertijd of adolescentie ontstaan en die stabiel (dat is, zonder exacerbaties of remissies) blijven bestaan in het volwassen leven. Zowel op as I als op as II kunnen verscheidene diagnoses worden aangegeven.

Op as III worden alle lichamelijke ziekten of handicaps gecodeerd die – potentieel – van belang zijn voor het begrip of de behandeling van het probleem van de patiënt. De codelijst is die van de ICD-9-CM. De assen IV (psychosociale stressoren) en V (hoogste niveau van functioneren in het laatste jaar) zijn bedoeld voor gebruik in onderzoek of specifieke gezondheidszorg-setting. Deze worden ordinaal (als 'rapportcijfer') gescoord.

Voor de huisarts ligt de betekenis van de DSM-III in zijn praktische, objectiverende benadering van psychiatrische verschijnselen. Het diagnostische systeem kan vrij gemakkelijk worden geleerd, zonder diepgaande theoretische kennis van psychiatrische en persoonlijkheidsstoornissen. Het geeft een duidelijke diagnose, met name voor de frequent voorkomende angst- en stemmingsstoornissen, die in de huisartspraktijk waarschijnlijk ondergediagnostiseerd worden. As III waarborgt dat ook somatische problemen worden meegewogen. Voor de huisarts was dat al vanzelfsprekend, binnen de psychiatrie is dit een belangrijke vernieuwing. As IV nodigt uit tot verdere exploratie van psychosociale stressoren die de problemen of stoornissen hebben veroorzaakt of het beloop ervan mee bepalen. As V vestigt de aandacht op het gezonde deel van de patiënt; de sociale rollen in professie, gezin, relatie of maatschappij, die vooral bij chronische stoornissen sterk ingeperkt kunnen raken.

alleen mogelijk als de somatisatiestoornis wordt verplaatst naar as II, en wordt benoemd als een persoonlijkheidsstoornis. De vraag wordt nu: past de somatisatiestoornis op as II?

Voor de beantwoording van deze vraag hebben wij opnieuw de literatuur geraadpleegd. De structuur van de DSM-III, de ontstaansgeschiedenis ervan, en de kritieken erop zijn bestudeerd. Verder is gezocht naar empirische gegevens over de relatie tussen de somatisatiestoornis en persoonlijkheidsstoornissen.

Somatisatie naar as II: een theoretisch argument

De DSM-III (en de DSM-II daarvoor) is de officiële classificatie van de American Psychiatric Association (APA) en is ook ontworpen om verzekeringstechnische redenen.⁵ Om de classificatie acceptabel te maken voor klinici van verschillende theoretische oriëntatie, was een atheoretische benadering nodig. Op basis van empirisch onderzoek werden stoornissen zo gedefinieerd en gegroepeerd, dat homogene patiëntengroepen ontstonden. Aan de scheiding van de psychiatrische stoornissen in as I- en as II-stoornissen ligt dus geen expliciet theoretisch model ten grondslag. In de DSM-III zelf staat alleen dat de afsplitsing van as II garandeert dat wordt gelet op de mogelijke aanwezigheid van stoornissen die gemakkelijk over het hoofd worden gezien als men zich richt op de meestal meer opvallende as I-stoornis.⁵ De voorzitter van de 'task force' die de DSM-III heeft ontworpen onderbouwt deze splitsing verder met de mededeling dat bij de veldtesten een ruime meerderheid van de respondenten (klinici) een verdeling in twee assen nuttig vond.²¹

De gegeven definities van persoonlijkheidstrekken (as II) en van psychiatrische stoornissen (as I of II) geven meer duidelijkheid. Een persoonlijkheidstrek is gedefinieerd als 'een stabiel patroon in de omgang met, het begrip van, en het denken over de omgeving en zichzelf'. Een psychiatrische stoornis is gedefinieerd als: 'een klinisch relevant gedragsmatig of psychologisch syndroom of patroon dat optreedt bij een individu en dat meestal samengaat met

een klacht (distress) of een beperking in één of meer belangrijke levensterreinen (disability). Bovendien wordt verondersteld dat er een gedragsmatige, psychologische of biologische dysfunctie is, en dat de verstoring niet alleen de relatie tussen het individu en de maatschappij betreft (...). Een persoonlijkheidsstoornis is een persoonlijkheidstrekk die tevens aan de definitie van een psychiatrische stoornis voldoet; 'een trek die star en onaangepast is en beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren veroorzaakt, of subjectief lijden'.⁵ Persoonlijkheidstrekk (en dus ook de persoonlijkheidsstoornissen) worden altijd op as II gecodeerd.

Somatisatie hoeft niet een uiting te zijn van een dysfunctie, maar kan ook worden beschouwd als een biologisch en psychologisch adaptatiemechanisme, dat binnen de grenzen van de normaliteit valt. Ook veroorzaakt somatisatie niet noodzakelijkerwijs subjectief lijden of een belemmering in de alledaagse routine van het leven.²² Vertalen van psychosociale problemen in somatische klachten kan deze problemen juist meer draaglijk maken, of een manier zijn om, ondanks deze problemen, redelijk te kunnen functioneren.²³ Lichamelijke klachten kunnen bijvoorbeeld een excuusfunctie hebben. Als noch het lijden, noch de belemmering in het dagelijks functioneren een obligaat verschijnsel van somatisatie zijn, dan past somatisatie niet goed meer binnen bovenstaande definitie van een psychiatrische stoornis.

Somatisatie past wél altijd binnen de definitie van een persoonlijkheidstrekk. Het hangt er verder vanaf hoe star of onaangepast ('maladaptive') het somatisatiepatroon is, of het ook binnen de definitie van een persoonlijkheidsstoornis valt.

Al bij de introductie in 1980 is benadrukt dat de DSM-III niet meer is dan een tussenstap en een poging om psychiatrische stoornissen beter te begrijpen.⁵ De verschillende kritieken op en suggesties voor bijstelling van de DSM-III ondersteunen in het algemeen een overgang van somatisatie naar as II. Gepleit wordt voor een duidelijker conceptualisering van as II ten opzichte van as I, waarbij ook de persoonlijkheidstrekk van de patiënt, naast persoonlijkheids-

stoornissen, meer aandacht zouden moeten krijgen.²⁴ Williams, die zeer nauw betrokken was bij de ontwikkeling van de DSM-III, stelt voor op as I episodische stoornissen te plaatsen, samen met progressieve, chronische stoornissen, zoals schizofrenie.²⁵ Op as II zouden dan de ontwikkelings- en persoonlijkheidsstoornissen moeten worden gegroepeerd, die alle levenslange en stabiele handicaps vormen. In deze indeling hoort somatisatie op as II thuis. De ernst van de klachten kan immers wisselen in de tijd, maar de onderliggende reactiewijze is stabiel.

Somatisatie naar as II: empirische gegevens

Er zijn enkele opvallende overeenkomsten tussen de beschrijvingen van de somatisatiestoornis en van de persoonlijkheidsstoornissen.⁵ Beide beginnen op jonge leeftijd, meestal voor het einde van de adolescentie. Het beloop is chronisch, hoewel de ernst van de klachten kan wisselen in de tijd.

De DSM-III gaat uit van een grote overlap tussen de verschillende persoonlijkheidsstoornissen. Een relatie tussen de somatisatiestoornis en (andere) persoonlijkheidsstoornissen mag dan ook worden opgevat als een aanwijzing dat de somatisatiestoornis tot de persoonlijkheidsstoornissen gerekend mag worden. In een familie-studie blijkt een duidelijke relatie tussen de zogenaamde antisociale persoonlijkheidsstoornis (de oude term hiervoor is 'sociopathie') en de somatisatiestoornis.²⁶ De somatisatiestoornis is zelfs het vrouwelijk equivalent van de antisociale persoonlijkheidsstoornis genoemd.²⁷

Hyler & Sussman vinden het leven met vele lichamelijke klachten van patiënten met de somatisatiestoornis suggestief voor een persoonlijkheidsstoornis, en baseren daarop hun therapie.²⁸ In één van de weinige goed opgezette interventiestudies op dit gebied werd gebruik gemaakt van een therapie die is toegesneden op een conceptualisering van de somatisatiestoornis als een persoonlijkheidsstoornis.¹⁹ De therapie bestaat uit een eenmalig psychiatrisch consult en verdere begeleiding vanuit de eerste lijn. Daarbij ligt de nadruk op een continue

relatie met één arts, en het vermijden van diagnostische procedures als de patiënt wel klachten heeft, maar geen aantoonbare afwijkingen bij lichamelijk onderzoek. Deze aanpak – meer begeleiding dan behandeling – leidde tot een halvering van de medische kosten voor deze patiënten, zonder dat de tevredenheid over de ontvangen zorg veranderde.

Katon *et al.* gaan a priori uit van somatisatie als een persoonlijkheidstrekk: zij definiëren somatisatie als een probleemoplossend (coping) mechanisme op cognitief en gedragsmatig niveau, en dus niet als een DSM-III-diagnose op as I.¹² In hun onderzoek onder ziekenhuispatiënten voor wie een psychiatrisch consult was aangevraagd, bleken somatiserende patiënten meer (DSM-III-)persoonlijkheidsstoornissen te hebben dan niet-somatiserende patiënten.

Er zijn duidelijke aanwijzingen dat persoonlijkheidsstoornissen de kans op het ontstaan van as-I-stoornissen en het beloop daarvan beïnvloeden.²⁹ Vooral in beschouwende artikelen over somatisatie wordt van een dergelijk model uitgegaan, waarbij somatisatie dan wordt opgevat als persoonskenmerk.^{9, 10} De bevindingen van Katon *et al.* passen goed in een dergelijk model: zij vonden een veel sterker verband tussen somatisatie en (DSM-III-)depressie dan tussen somatisatie en de DSM-III-somatisatiestoornis.¹² Ook in ander onderzoek is een duidelijk verband tussen somatisatie en affectieve en angststoornissen gevonden.¹⁵

Conclusies en aanbevelingen

Dit literatuuronderzoek heeft geleid tot de conclusie dat een definitie voor huisartsgeneeskundig onderzoek ruimer moet zijn dan de definitie van de DSM-III-somatisatiestoornis, een continuümdefinitie moet zijn (en dus geen psychiatrische stoornis moet impliceren) en logisch in verband moet staan met de DSM-III-definitie. Empirisch onderzoek is nodig om te kunnen beoordelen of in de definitie een relatie met psychosociale problemen moet worden gelegd.

Gegeven deze onzekerheid kan onze conclusie met betrekking tot de operationalisatie van een huisartsgeneeskundige definitie slechts voorlopig zijn: de afge-

zwakte versie van de DSM-III-criteria van *Escobar* (4 dan wel 6 klachten in plaats van 13) biedt de beste perspectieven.¹⁵ Deze operationalisatie bevat een zekere mate van ruis: lichamelijke klachten op basis van nog niet gediagnosticeerde lichamelijke ziekten vallen er ook onder. Voor onderzoek lijkt een dergelijke ruis in het kader van de best haalbare oplossing vooralsnog acceptabel.

Voor de individuele patiëntenzorg is een definitie waarin een relatie met psychosociale problemen wordt gelegd, misschien beter. Deze psychosociale problemen zijn weliswaar moeilijk te operationaliseren voor kwantitatief onderzoek, maar de huisarts heeft er wel informatie over of kan ernaar vragen. In een vervolgartikel komen wij hierop terug.

Een verband tussen een huisartsgeneeskundige (continuüm)definitie en de algemeen geaccepteerde psychiatrische definitie van de DSM-III-somatisatiestoornis kan alleen worden gelegd als de somatisatiestoornis wordt verplaatst van as I naar as II (persoonlijkheidsstoornis) van de DSM-III. Binnen de theoretische opzet van de DSM-III past de somatisatiestoornis evengoed op as II als op as I, zo niet beter. Ook empirische gegevens ondersteunen een verplaatsing.

Hiermee is een antwoord gegeven op de vraag naar een definitie van somatisatie voor huisartsgeneeskundig onderzoek. Opvallend is wat we *niet* hebben gevonden: een Nederlandse bijdrage. In ons internationale bestand vonden we slechts drie Nederlandse artikelen en deze waren gericht op nascholing, niet op wetenschappelijke theorievorming. In een vervolgartikel zullen wij daarom onderzoeken of de artikelen die de laatste 19 jaar over somatisatie zijn verschenen in *Huisarts en Wetenschap* een alternatief bieden voor deze definitie.

Literatuur

- ¹ Huygen FJA, Van den Hoogen HJM, Van de Logt AT, Smits AJA. Nerveus-functionele klachten in de huisartsenpraktijk. I. Een epidemiologisch onderzoek. *Ned Tijdschr Geneesk* 1984; 128: 1321-7.
- ² Grol RPTM, red. Huisarts en somatische fixatie. Theorie en praktijk van de preventie van somatische fixatie. Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1983.
- ³ Huygen FJA. Preventie van somatische fixatie I. Geschiedenis van een onderzoeksproject. *Huisarts Wet* 1978; 21: 363-5.
- ⁴ Koster van Groos GAS. Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van DSM-III-R (vertaling). 2e dr. Amsterdam, Lisse: Swets en Zeitlinger, 1989.
- ⁵ Anonymous. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition. Washington DC: American Psychiatric Association, 1980.
- ⁶ Robins LN, Helzer JE, Weissman MM, et al. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 949-58.
- ⁷ DeGruy F, Columbia L, Dickinson P. Somatization disorder in a family practice. *J Fam Pract* 1987; 25: 45-51.
- ⁸ Verhaak P. Psychische problemen in de huisartspraktijk. *Maandbl Geestelijke Volksgezondheid* 1981; 1: 31-46.
- ⁹ Lipowski ZJ. Somatization: medicine's unsolved problem. *Psychosomatics* 1987; 28: 296-7.
- ¹⁰ Lloyd GG. Psychiatric syndromes with a somatic presentation. *J Psychosom Res* 1986; 30: 113-20.
- ¹¹ Katon W, Ries RK, Kleinman A. The prevalence of somatization in primary care. *Compr Psychiatry* 1984; 25: 208-15.
- ¹² Katon W, Ries RK, Kleinman A. The prevalence of somatization in primary care. Part II: A prospective DSM-III study of 100 consecutive somatization patients. *Compr Psychiatry* 1984; 25: 305-14.
- ¹³ Escobar JI, Randolph ET, Hill M. symptoms of schizophrenia in hispanic and anglo veterans. *Cult Med Psychiatry* 1986; 10: 259-76.
- ¹⁴ Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Ratcliff KS. The NIMH Diagnostic Interview Schedule. Its history, characteristics, and validity. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38: 381-9.
- ¹⁵ Escobar JI, Burnam MA, Karno M, et al. Somatization in the community. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 713-8.
- ¹⁶ Bridges KW, Goldberg DP. Somatic presentation of DSM-III psychiatric disorders in primary care. *J Psychosom Res* 1985; 29: 563-69.
- ¹⁷ De Leon J, Saiz-Ruiz J, Chinchilla A, Morales P. Why do some psychiatric patients somatize? *Act Psychiatr Scand* 1987; 76: 203-9.
- ¹⁸ Weintraub MI. Hypochondriasis and somatization. *JAMA* 1988; 259: 1809-10.
- ¹⁹ Smith GR, Monson RA, Ray DC. Psychiatric consultation in somatization disorder. A randomized controlled study. *N Engl J Med* 1986; 314: 1407-13.
- ²⁰ Quill TE. Somatization disorder. One of medicine's blind spots. *JAMA* 1985; 254: 3075-9.
- ²¹ Spitzer RL, Forman JBW. DSM-III field trials. II. Initial experience with the multiaxial system. *Am J Psychiatry* 1979; 136: 818-20.
- ²² Lipowski ZJ. Somatization. The concept and its clinical application. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 1358-68.
- ²³ Van Eijk JTM. Levensgebeurtenissen en ziekte. Een verkennend onderzoek naar het effect van enkele levensgebeurtenissen op het ontstaan van ziekte bij personen met een sterk en zwak probleemoplossend vermogen. *Utrecht; Huisartsenpers*, 1979.
- ²⁴ Klerman GL, Vaillant GE, Spitzer RL, Michels R. A debate on DSM-III. *Am J Psychiatry* 1984; 141: 539-53.

Vervolg op pag. 43.

Abstract

Portegijs PJM, Kraan HE, Knottnerus JA, Stoffers HEJ. What is somatisation? 1. A search of the international literature for a definition to be used in general practice research. *Huisarts Wet* 1992; 35(1): 18-25, 43.

Research on patients regarding somatisation in general practice requires a definition. This definition should be such that it can be applied easily and should be less restrictive than the definition of disturbed somatisation in the generally accepted psychiatric classification (DSM-III). A survey of the recent international literature was done by searching the Index Medicus. In 80 percent of papers somatisation is defined as a psychiatric disturbance according to the classification of DSM-III; the remaining papers – mostly related to primary health care – consider a continuum starting with somatisation as a normal psychologic mechanism and ending with somatisation as a psychiatric disturbance. These so-called continuum definitions are more suitable for research in general practice. A 'softened' version of the criteria of the DSM-III somatisation disturbance appears to be the best for actual use. A change of the structure of DSM-III is required to establish a logical link to the DSM-III definition. The structure of DSM-III and empirical data suggest that such a change might be possible.

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.

Consultatiegedrag: valt er nog wat te verklaren?

Vervolg van pag. 3.

- ¹⁰ Van der Ree CM, Mookink HGA, Post D, Gubbels JW. Het terugbestelgedrag van de huisarts. Een toetsend beschrijvend onderzoek. *Huisarts Wet* 1992; 35(1): 9-12.
- ¹¹ De Maeseneer J. Huisartsgeneeskunde: een verkenning [Dissertatie]. Gent: Rijksuniversiteit Gent, 1989.
- ¹² Verhaak PFM. Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1986.
- ¹³ Bensing JM. Doctor-patient communication and the quality of care. Utrecht: Nivel, 1991.
- ¹⁴ Tielens VCL. Consulanten van huisartsen [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1987.
- ¹⁵ Mookink HGA. Ziekenfondscijfers als parameter voor het handelen van huisartsen [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1986. ■

Wat heet somatisatie?

Vervolg van pag. 25.

- ²⁵ Williams JBW. The multiaxial system of DSM-III. Where did it come from and where should it go? II. Empirical studies, innovations and recommendations. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 181-6.
- ²⁶ Cloninger CR, Reich T, Guze SB. The multifactorial model of disease transmission. III. Familial relationship between sociopathy and hysteria. *Br J Psychiatry* 1975; 127: 23-32.
- ²⁷ Murphy GE. The clinical management of hysteria. *JAMA* 1982; 247: 2559-64.
- ²⁸ Hyler SE, Sussman N. Somatoform disorders. Before and after DSM-III. *Hospital and Community Psychiatry* 1984; 35: 469-78.
- ²⁹ Frances A. The DSM-III personality disorders section. A commentary. *Am J Psychiatry* 1980; 137: 1050-4. ■

De behandeling van dermatomycosen

Vervolg van pag. 28.

Abstract

Grooten A, Meijman FJ. Treatment of dermatomycoses of toes/feet and groins in general practice. A comparative study of the efficacy of miconazol and Whitfield cream. *Huisarts Wet* 1992; 35(1): 26-8.

The use of Whitfield cream or miconazol cream in the treatment of dermatomycoses of toes/feet

or groins was evaluated in a double-blind randomised study. The study was done in a general practice (9000 patients) with 121 young adults during a period of approximately nine months. No statistically significant differences were found in efficacy, speed of healing, number of relapses, side-effects and convenience of use. It was remarkable that the results for both creams were rather mediocre, even after long-term treatment. One wonders whether any results obtained might not have been due to spontaneous recovery or increased hygiene.

Key words Dermatomycoses; Family practice; Therapy.

Correspondence J.A.M. Grooten, MD, 20 Hemonylaan, 1074 BH Amsterdam, The Netherlands.

Het oordeel van huisartsen over deelname aan wetenschappelijk onderzoek

Vervolg van pag. 34.

Abstract

Kocken RJJ, Prenger-Duchateau A, Smeets-Rinkens PELM, Knottnerus JA. The opinion of general practitioners about participation in research. *Huisarts Wet* 1992; 35(1): 32-4

Academic research groups increasingly depend on collaboration with general practitioners. An enquiry was organised that covered two representative samples of general practitioners; one group participating regularly or incidentally in research at the University of Limburg, and the other not doing so. The survey included questions as to criteria used, problems encountered, what kind of information the general practitioners want to have before and after evaluation of the study, and the extent to which the daily activities of the general practitioners are influenced by participation in research. There was 68 percent and 51 percent response respectively. In general, there was great willingness to participate in research. Interest in the subject selected and the burdens on patient and physician are the most important factors when considering participation. Good feedback is appreciated and a considerable number of general practitioners appreciate being mentioned somewhere as participants in the study. About half the responding general practitioners considered it reasonable to be financially compensated on the basis of NLG 50,- to 100,- per (extra) hour for the additional time spent.

Key words Family practice; Research.

Correspondence R.J.J. Kocken, Department of General Practice, University of Limburg, PO Box 616, 6200 MD Maastricht, The Netherlands.

In deze Agenda worden geen cursussen van uitsluitend regionale of lokale betekenis opgenomen. Mededelingen voor de Agenda in nummer 3 (maart 1992) moeten op uiterlijk 30 januari in het bezit zijn van het redactiesecretariaat.

Februari

■ De gynaecologische kankerpatiënt: uw en onze zorg (Utrecht, 21 februari, 14.30-19.00 uur). Congres Stichting Olijf, Postbus 1478, 1000 BL Amsterdam.

April

Therapietrouw, patiëntenvoorlichting en chronische ziekten (Amsterdam, 10 april). Interdisciplinair congres onder auspiciën van de Nederlandse Behavioral Medicine Federatie. Inlichtingen: Vrije Universiteit, telefoon 020-548.5070 (9.00-12.00 uur).

North American Primary Care Research Group 20th Annual Meeting (Richmond Va, 12-15 april). Inlichtingen: May Lynn Fothergill, Box 48, Richmond Va 23298-0048.

Mei

Second Congress of the European Society of Contraception (ESC) (Athene, 6-9 mei). Onderwerp: geboortenregeling in een verenigd Europa. Inlichtingen: Pieter Wibaut, Nieuwendammerdijk 221, 1025 LK Amsterdam; telefoon 020-636.0086.

■ 4th European Congress on Obesity (Noordwijkerhout, 7-9 mei). Inlichtingen: QLT/Congrex, Keizersgracht 782, 1017 EC Amsterdam; telefoon 020-6261372; fax 020-6259574.

Family medicine in the 21st century (Vancouver, 9-14 mei). 13e WONCA-wereldcongres. Inlichtingen: NHG-bureau.

Juni

Referatendag Vlaams Huisartsen Instituut (Antwerpen, 20 juni). Inlichtingen: Anne Marie Rycckaert, Vlaams Huisartsen Instituut, St. Hubertusstraat 58, 2600 Berchem; telefoon 09-32.3.239.7930.

Juli

Meeting van de Association of University Teachers of General Practice (AUTGP) (Manchester, 15-17 juli). Inlichtingen: Dr. Alex Brown, Department of General Practice, Rusholme Health Centre, Manchester, M14 5NP, United Kingdom; telefoon 09-44.61.225.6699.

Second International Congress of Behavioral Medicine (Hamburg, 15-18 juli). Inlichtingen: Dr. Irmela Florin, Department of Psychology, University of Marburg, W-3550 Marburg, Bondsrepubliek Duitsland; fax 09-49-6421-286.716.