

Somatisatie bij patiënten met een hoge consultfrequentie

PIET J.M. PORTEGIJS
FRANS G. VAN DER HORST
IREEN M. PROOT
ET AL.

Portegijs PJM, Van der Horst FG, Proot IM, Kraan HF, Gunther NCHF, Knottnerus JA. Somatisatie bij patiënten met een hoge consultfrequentie. *Huisarts Wet* 1996; 39(13): 604-12.

Samenvatting De operationalisatie van de somatisatiestoornis in de DSM-III is te beperkt voor gebruik in de huisartspraktijk. Een ruimere operationalisatie, zoals de 'Somatic Symptom Index 4/6' (SSI 4/6) is valide gebleken in de open populatie. Een operationalisatie moet echter ook valide differentiëren binnen een populatie patiënten met een hoge consultfrequentie om een bruikbaar instrument voor huisartsgeneeskundig onderzoek op te leveren. Wij onderzochten een criterium van vijf klachten (vrijwel identiek aan de SSI 4/6) bij 80 patiënten uit de huisartspraktijk. De patiënten waren geselecteerd op leeftijd (20-44 jaar), op buik-, nek-, en/of rugklachten op de probleemlijst en op consultfrequentie: ten minste 12 consulten in de afgelopen drie jaar, gecorrigeerd voor consulten met dwingende somatische contactredenen. Binnen deze geselecteerde groep patiënten was de prevalentie van somatisatie 45 procent. Vrouwen hadden een tweemaal hoger risico op somatisatie dan mannen. Een verband met de leeftijd werd niet gevonden. Somatisatie hing samen met depressieve klachten (relatief risico 2,5) en waarschijnlijk ook met angst. Somatiserende patiënten consulteerden vaker de huisarts en hadden meer gezondheidsproblemen (met name psychische) dan niet-somatiserende patiënten. De resultaten ondersteunen de validiteit van onze operationalisatie van somatisatie. Het achterliggende concept van somatisatie als persoonlijkheidstrekk kan echter niet zichtbaar gemaakt worden binnen de huidige huisartsregistratiesystemen.

Informatie over de auteurs op pag. 611.
Correspondentie: P.J.M. Portegijs, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Universiteit Maastricht, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.

Dit artikel is een bewerking van: Portegijs PJM, van der Horst FG, Proot IM, Kraan HF, Gunther NCHF, Knottnerus JA. Somatization in frequent attenders of general practice. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996; 31: 29-37.

Inleiding

De huisarts heeft een speciale verantwoordelijkheid voor patiënten met chronische of recidiverende somatische klachten die niet adequaat verklaard kunnen worden door een lichamelijke ziekte. Het is niet de taak van de medisch specialist om de vermoedelijke psychosociale oorzaken van de klachten aan te pakken, en een verwijzing naar de geestelijke gezondheidszorg stellen deze patiënten soms niet op prijs. Meestal wordt dit probleem somatisatie genoemd. Hoewel artsen een levendig beeld van hun somatiserende patiënten hebben (deze patiënten krijgen ontluisterende diagnoses als 'dikke status syndroom', 'kneus' of 'simulant'), is het moeilijk gebleken om somatisatie te definiëren voor wetenschappelijk onderzoek.

De introductie van de DSM-III in 1980 heeft het probleem min of meer opgelost voor diegenen die geïnteresseerd zijn in somatisatie als een op zichzelf staande psychiatrische stoornis.¹ De DSM-III-somatisatiestoornis betreft een kleine groep ernstig gehandicapte patiënten met diverse of recidiverende klachten gedurende een lange periode.² Hoewel de somatisatiestoornis geplaatst is op as I van de DSM-III, past de omschrijving beter bij een persoonlijkheidsstoornis (as II).³

Voor de huisarts of de consultatie/liaison-psychiater is somatisatie meestal niet een op zichzelf staand psychiatrisch probleem. Het verschijnsel kan een symptoom zijn van een depressieve of angststoornis.⁴ Het verschijnsel is ook wel beschreven als een persoonlijkheidstrekk: 'een neiging om lijden meer te ervaren en uiten als lichamenlijk dan als psychologisch'.⁵ Binnen de sociale context van de patiënt behoeft deze neiging niet dysfunctioneel te zijn, maar binnen het gezondheidszorgsysteem is er een risico op iatrogene schade.

Bridges en *Goldberg* hebben onderzoek gedaan bij patiënten met een depressieve of angststoornis die zich met somatische klachten bij de huisarts presenteerden.^{4,6} *Escobar et al.* hebben zich meer geconcentreerd op patiëntkenmerken dan op episoden van klachten. Zij introduceerden

een ruimere versie van de DSM-III-somatisatiestoornis als operationalisatie voor somatisatie.⁷ Het criterium voor deze Somatic Symptom Index 4/6 (SSI 4/6 ofwel 'abridged somatization') bestaat uit vier items voor mannen en uit zes items voor vrouwen, in plaats van respectievelijk twaalf en veertien. Zowel *Bridges & Goldberg* als *Escobar et al.* hebben gekozen voor de naam 'somatisatie' voor deze duidelijk verschillende concepten.

Vier deels overlappende fasen kunnen worden onderscheiden bij de ontwikkeling van een theoretisch concept tot een begrip dat bruikbaar is in de reguliere zorg.

- Ten eerste wordt een theoretische definitie gekozen en onderbouwd. In Nederland hebben *Huygen c.s.* met hun onderzoek naar preventie van somatische fixatie op dit terrein pionierswerk verricht.⁸ In een uitgebreid literatuuronderzoek hebben wij onze keuze voor een definitie van somatisatie als een persoonlijkheidstrekk onderbouwd.^{3,9} Deze definitie sluit meer aan bij de recente internationale literatuur dan het concept somatische fixatie.

- Vervolgens komen de keuze van een operationalisatie van deze definitie voor wetenschappelijk onderzoek, en een validering van deze operationalisatie aan de orde. Daaraan is dit artikel gewijd.

- Indien somatisatie valide meetbaar en relevant is gebleken, zullen vervolgens criteria of instrumenten moeten worden ontwikkeld waarmee somatisatie ook binnen de randvoorwaarden van de reguliere zorg kan worden gemeten. *Cox* heeft hierop zijn aandacht gericht voor het concept somatische fixatie.¹⁰ In de beschouwing komen wij hierop terug voor wat betreft somatisatie als persoonlijkheidstrekk.

- Tenslotte zal – zo mogelijk – het begrip moeten worden ingepast binnen bestaande registratiesystemen, in dit geval dus de ICPC. *Lamberts & Hofmans-Okkes* hebben hier voorstellen voor gedaan.^{11,12} Zijdelings komen deze voorstellen in de beschouwing aan de orde.

Uit ons literatuuronderzoek kwam de SSI als beste operationalisatie van somatisatie voor onderzoek in de huisartspraktijk of de

open populatie naar voren.³ Somatisatie, aldus geoperationaliseerd, blijkt meer voor te komen bij vrouwen, bij ouderen en bij mensen met een lagere sociaal-economische status.⁷ Er is tevens een relatie met depressieve stoornis, actueel of in het verleden, en met angst.^{13,14} Voor somatoforme stoornissen (naast somatisatiestoornis onder andere somatoforme pijnstoornis en hypochondrie) wordt de relatie met dysthymie (chronische depressieve klachten) onderstreept.¹⁵ Somatiserende (SSI) patiënten hebben een hogere medische consumptie.^{7,16} Het is niet duidelijk of de huisarts bij somatiserende patiënten ook vaker somatisatie, psychische problemen of sociale problemen diagnosticeert.

De meeste onderzoeken met de SSI zijn gedaan in de Verenigde Staten. Aangezien het gezondheidszorgsysteem invloed moet hebben op de consequenties van somatisatie (en mogelijk ook op het proces zelf), is een validering belangrijk in een land met een ander gezondheidszorgsysteem.

Somatisatie is bijna per definitie gerelateerd aan de consultfrequentie. Een huisarts weet welke patiënten hem vaak consulteren, en is vertrouwd met het risico van deze patiënten op psychische en andere problemen. Het herkennen van somatisatie bij een patiënt is daarom vooral van belang voor de huisarts, indien deze kennis toevoegt aan wat hij al weet op basis van de consultfrequentie. Wij hebben ons onderzoek dan ook gericht op patiënten met een hoge consultfrequentie.

Doel van het onderzoek was het valide-

ren van de SSI voor huisartsgeneeskundig onderzoek. De vraagstelling luidde:

Wat is bij patiënten met een hoge consultfrequentie in de huisartspraktijk het verband van somatisatie met:

- geslacht, leeftijd en opleidingsniveau (als indicator van sociaal-economische status);
- depressieve en dysthyme stoornis, angst en agorafobie;
- consultfrequentie en diagnoses van psychische, sociale en vage somatische problemen door de huisarts?

Methode

Patiënten

Het onderzoek is verricht in zeven van de achttien huisartspraktijken van het RegistratieNet Huisartspraktijken (RNH) van de Universiteit Maastricht.¹⁷ De gegevens van het RNH bestaan uit gezondheidsproblemen, gedefinieerd als 'datgene waarvoor nader onderzoek of handelen door "werkers in de gezondheidszorg" nodig is of iets dat het lichamenlijk of geestelijk welzijn van de patiënt kan verminderen of heeft verminderd.'¹⁸ Problemen worden in de probleemlijst opgenomen als zij blijvend, chronisch (>6 maanden) of recidiverend zijn.¹⁷ Eenmaal opgenomen, worden problemen niet meer uit het bestand verwijderd; als een probleem geen aandacht van de huisarts meer nodig heeft, wordt de probleemstatus gewijzigd van 'actief' in 'blind'.

Via een tweetraps selectieprocedure se-

lecteerden wij een groep patiënten met een hoge consultfrequentie, een min of meer vergelijkbare medische voorgeschiedenis en een lage prevalentie van ernstige lichamelijke of psychiatrische problemen. Eerst werden op de universiteitscomputer uit het centrale RNH-bestand (anoniem om redenen van privacy) patiënten geselecteerd met de volgende kenmerken:

- leeftijd 20–44 jaar;
- buik-, nek- en/of rugklachten als actief of blind probleem (*tabel 1*).¹⁹
- geen ernstige somatische ziekte als actief probleem; dit was verder geoperationaliseerd in 51 codes op diagnosesniveau van de International Classification of Primary Care (ICPC).¹⁹
- geen psychiatrische stoornis als actief of blind probleem; dit was geoperationaliseerd in 10 ICPC-codes (de meeste op diagnosesniveau); problemen die mogelijk gerelateerd zijn aan somatisatie, zoals 'hysterische/hypochondrische neurose' (P75), depressieve of angststoornissen waren geen uitsluitcriterium.

Vervolgens identificeerden de doktersassistente en de huisarts in de deelnemende huisartspraktijken de patiënten, en selecteerden zij diegenen die ten minste twaalf maal in de afgelopen drie jaar de huisarts hadden geconsulteerd zonder *dwingende* somatische contactredenen (de gemiddelde consultfrequentie van patiënten in deze leeftijdsgroep voor alle contactredenen is ongeveer 3,5 per jaar).²⁰ Een dwingende somatische contactredenen was gedefinieerd als: 'een klacht, symptoom of probleem die/dat voor ieder weldenkend mens een reden zou zijn om de huisarts te consulteren'. De interpretatie van dit criterium werd besproken met alle deelnemende huisartsen en enkele voorbeelden werden gegeven ('een griep is geen dwingende somatische contactredenen voor een gezond iemand, wel voor iemand met chronische bronchitis; een uitstrijkje is een dwingende somatische contactredenen als de vorige uitstrijk langer dan drie jaar geleden was') en de gegevens van de eerste patiënten werden gecodeerd in het bijzijn van de eerste auteur. Uiteindelijk bepaalde de huisarts zelf wat een dwingende somati-

Tabel 1 ICPC-codes buik-, nek- en rugklachten

| | | | |
|-----|------------------------------------|-----|-------------------------------------|
| D01 | gegeneraliseerde buikpijn, krampen | D12 | obstipatie |
| D02 | maagpijn | L01 | nekklachten (excl. hoofdpijn) |
| D03 | zuurbranden | L02 | rugklachten |
| D06 | andere gelocaliseerde buikpijn | L03 | lage rugklachten zonder uitstraling |
| D08 | flatulentie, gaspijn, boeren | L08 | schouderklachten |
| D09 | misselijkheid | L83 | syndromen cervicale wervelkolom |
| D10 | braken | L84 | arthrosis deformans wervelkolom |
| D11 | diarree | L86 | discusdegeneratie met uitstraling |

De codes L83, L84, L86 zijn gedefinieerd op diagnosesniveau, maar worden zo vaak gebruikt als indicator voor chronische klachten dat wij ze hebben meegenomen.

sche contactreden was, aangezien hij het beste weet hoe zijn aantekeningen geïnterpreteerd moeten worden.

Het doel van dit criterium was de consultfrequentie te corrigeren voor duidelijk herkenbare, ernstige somatische problemen. Deze gecorrigeerde consultfrequentie moet niet gezien worden als een maat van onnodig gebruik van medische voorzieningen of somatisatie (maar er is natuurlijk wel een verband met somatisatie).

De huisarts sloot een patiënt uit als hij verwachtte dat deelname aan het onderzoek de patiënt zou schaden of zijn relatie met de patiënt zou verstoren. Hij nodigde de geselecteerde patiënten per brief uit om deel te nemen. Namen en adressen van patiënten die wilden deelnemen, werden doorgegeven aan de onderzoekers. De onderzoekers bezochten vervolgens de patiënten thuis voor verdere informatie over het onderzoek en gegevensverzameling.

Instrumenten

Somatisatie, depressieve en dysthyme stoornis werden beoordeeld met de desbetreffende delen van het Diagnostic Interview Schedule (DIS).^{21,22} Voor somatisatie werden hierbij de volgende criteria gebruikt:

- 1 De patiënt heeft ten minste vijf klachten uit de klachtenlijst van de DSM-III-R-somatisatiestoornis (gehad). Deze klachten:
 - waren zo ernstig dat hij er een dokter voor consulteerde, er medicijnen voor nam (anders dan drogisterij-artikelen) en/of zijn levenspatroon aanpaste;
 - en konden niet voldoende worden verklaard door een lichamelijke ziekte of alcohol-, drugs- of medicijngebruik.
- 2 De klachten begonnen vóór het 30e levensjaar.

Deze criteria verschilden alleen in het eerste aantal klachten (vijf in plaats van dertien) van de DSM-III-R-criteria voor somatisatiestoornis.²³ In tegenstelling tot *Escobar's SSI 4/6* (waarin, overeenkomstig de oorspronkelijke DSM-III uit 1980, voor vrouwen een hogere drempel werd gebruikt), was de drempel dus voor man-

nen en vrouwen gelijk.^{3,7} Depressieve (actueel) en dysthyme stoornis werden geoperationaliseerd volgens DSM-III-R-criteria.

Klachten van angst of agorafobie (geen diagnosen) werden beoordeeld met de respectievelijke subschalen van de Symptom Checklist-90 (SCL-90).²⁴ De SCL-90 meet 90 'psychoneurotische' klachten over de afgelopen zeven dagen. In de analyses werden de gestandaardiseerde scores (gecorrigeerd voor geslacht) voor de normale Nederlandse populatie gebruikt.²⁵

Het opleidingsniveau is in het RNH-bestand gecodeerd als 'laag' (LBO of minder), 'middelbaar' (MBO of algemeen voortgezet onderwijs) en 'hoog' (HBO of WO). Het opleidingsniveau is in Nederland een valide maat voor sociaal-economische status.²⁶

Klachten die typisch zijn voor somatisatie – bijvoorbeeld misselijkheid (D09) – worden in de ICPC gecodeerd op klachtniveau (component 1), maar dat gebeurt ook met klachten die bijna altijd een somatische oorzaak hebben, zoals geelzucht (D13) of rectaal bloedverlies (D16). Het aantal problemen op klachtniveau kan dus niet als maat worden genomen voor de huisartsdiagnose 'somatisatie'. Wij hebben daarom de DSM-III-R-lijst van somatisatieklachten vertaald in ICPC-codes (verkrijgbaar bij de auteurs). De DSM-III-R-somatisatieklachten zijn eerder gepubliceerd in dit tijdschrift.³ De insluitcriteria voor het onderzoek werden verwijderd uit deze lijst van 'vage lichamelijke klachten'.

Analyse

De relatie van somatisatie met dichotome variabelen is weergegeven als het relatieve risico op somatisatie voor de risicogroep. Voor statistische toetsing is gebruik gemaakt van de Chi-kwadraattoets of de Fisher-exacttoets. Bij variabelen op ordinaal of intervalniveau werden verschillen tussen somatiserende en niet-somatiserende patiënten getoetst met de Mann-Whitney U-toets. Alle toetsen waren tweezijdig. De analyses werden uitgevoerd met SPSS/PC+ versie 4.0.

Resultaten

Patiëntenselectie

Op 1 maart 1990 waren gegevens van in totaal 25.357 patiënten opgenomen in het RNH-bestand.²⁷ Er waren 2.659 patiënten in de leeftijdsgroep 20-44 jaar ingeschreven bij deelnemende huisartsen. Van deze 'basispopulatie' hadden 460 patiënten buik-, nek- en/of rugklachten op de probleemlijst. Van hen werden er 41 uitgesloten vanwege een ernstige somatische ziekte of psychiatrische stoornis.

Van de overblijvende 419 patiënten hadden er 105 ten minste twaalf maal de huisarts geconsulteerd in de afgelopen drie jaar zonder dwingende somatische contactreden (consultfrequentie onbekend bij 54 patiënten). Vier patiënten werden uitgesloten door de huisarts. Van de 101 overgebleven patiënten hebben er 80 deelgenomen aan het onderzoek.

De deelnemende patiënten waren representatief voor de basispopulatie wat betreft geslacht; oudere patiënten en patiënten met een laag opleidingsniveau waren oververtegenwoordigd (gemiddelde leeftijd 37 versus 34 jaar, laag opleidingsniveau 62 versus 44 procent). Slechts vier patiënten hadden een hoog opleidingsniveau; voor verdere analyses werden deze vier bij de middengroep gevoegd. Het aantal consulten per jaar was gemiddeld 7,5, het aantal consulten zonder dwingende somatische contactreden 5,9.

Prevalentie van somatisatie

Van de 80 deelnemers hadden er 45 minimaal vijf klachten van de DSM-III-R-lijst van somatisatieklachten gehad. Bij 36 van hen was de eerste klacht vóór het 30e levensjaar begonnen; binnen deze geselecteerde patiëntengroep met een hoge consultfrequentie was de prevalentie van somatisatie dus 45 procent (95%-betrouwbaarheidsinterval 35-56 procent). Vijf patiënten hadden een DSM-III-R-somatisatiestoornis.

Demografische variabelen en somatisatie

Vrouwen somatiseerden tweemaal vaker dan mannen (*tabel 2*). Dit werd niet ver-

Tabel 2 Demografische variabelen en somatisatie (n=80)

| 'Risicogroep' | Frequentie n (%) | Percentage somatisatie risico- groep | Percentage somatisatie andere groep | Relatief risico (95%-BI) | Significantie (Chi ² -toets) |
|----------------------------|---------------------|---|---|--------------------------------|--|
| Vrouw* | 45 (56) | 58 | 29 | 2,0 (1,1-3,6) | 0,009 |
| Laag opleidingsniveau* | 49 (62) | 37 | 57 | 0,65 (0,4-1,1) | 0,083 |
| | | Gemiddeld aantal jaren somatisanten niet- somatisanten | | | Significantie (Mann- Whitney U) |
| Leeftijd† | | 37 | 37 | | 0,724 |
| Beginleeftijd (1e klacht)† | | 17 | 23 | | 0,001 |

* Dichotome variabele.

† Ordinale variabele.

Tabel 3 Somatisatie in relatie tot depressie en angst (n=80)

| 'Risicogroep' | Frequentie n (%) | Percentage somatisatie risico- groep | Percentage somatisatie andere groep | Relatief risico (95%-BI) | Significantie (Chi ² -toets) |
|--|---------------------|--|---|--------------------------------|--|
| Depressie/dysthymie | 12 (15) | 75 | 40 | 1,9 (1,2-2,9) | 0,030‡ |
| Depressieve stemming of interesseverlies (ooit) | 50 (63) | 58 | 23 | 2,5 (1,2-5,0) | 0,003 |
| | | Gemiddelde scores somatisanten niet- somatisanten | | | Significantie (Mann- Whitney U) |
| Angst (SCL-90) | | 4,6 | 4,0 | | 0,075 |
| Agorafobie (SCL-90) | | 4,2 | 4,1 | | 0,753 |
| Depressie (SCL-90) | | 4,3 | 3,6 | | 0,085 |

‡ Fisher-exacttoets;

§ Score gestandaardiseerd naar de normale Nederlandse populatie van hetzelfde geslacht: 1 zeer laag; 2 laag; 3 beneden gemiddelde; 4 gemiddeld; 5 boven gemiddelde; 6 hoog; 7 zeer hoog.

Tabel 4 Somatisatie in relatie tot gezondheidsproblemen en consultfrequentie. Gegevens uit de praktijkregistratie met behulp van de ICPC (n=80)

| 'Risicogroep' | Frequentie n (%) | Percentage somatisatie risico- groep | Percentage somatisatie andere groep | Relatief risico (95%-BI) | Significantie (Chi ² -toets) |
|---|---------------------|---|---|--------------------------------|--|
| Psychisch en/of sociaal (klachten/diagnosen) | 31(39) | 55 | 39 | 1,4 (0,9-2,3) | 0,159 |
| Psychisch (klachten/ diagnosen) | 25 (31) | 68 | 35 | 2,0 (1,3-3,1) | 0,005 |
| Psychische klachten | 19 (24) | 68 | 38 | 1,8 (1,2-2,8) | 0,019 |
| Psychische diagnosen | 7 (9) | 71 | 43 | 1,7 (1,0-2,9) | 0,234‡ |
| Sociale klachten | 12 (15) | 50 | 44 | 1,1 (0,6-2,1) | 0,706 |
| Vage somatische klachten (excl. buik-, nek-, rug- klachten) | 16 (20) | 56 | 42 | 1,3 (0,8-2,2) | 0,312 |
| | | Gemiddeld aantal jaren somatisanten niet- somatisanten | | | Significantie (Mann- Whitney U) |
| Actieve problemen | | 3,9 | 2,9 | | 0,021 |
| Inactieve problemen | | 2,7 | 1,8 | | 0,059 |
| Consulten/jaar* | | 8,3 | 6,8 | | 0,027 |
| Consulten/jaar zonder dwingende somatische contactredent† | | 6,1 | 5,7 | | 0,385 |

* Gemiddeld over de afgelopen drie jaar.

† Gemiddeld over de afgelopen drie jaar; n=61 (gegevens van één praktijk zijn zoekgeraakt).

‡ Fisher-exacttoets.

oorzaakt door geslachtsgebonden DIS-items als menstruatieklasten of impotentie; indien deze werden uitgesloten, was het relatief risico 1,9. Volgens de SSI 4/6 somatiseerden mannen even vaak als vrouwen (relatief risico 1,0).

Een relatie met leeftijd werd niet gevonden; de gemiddelde leeftijd van somatiserende en niet-somatiserende patiënten was 37 jaar. Bij somatiserende patiënten waren de klachten op een jongere leeftijd begonnen dan bij niet-somatiserende patiënten. Als het criterium van een begin voor het 30e levensjaar geen onderdeel van de operationalisatie van somatisatie was geweest, zou de gemiddelde leeftijd van 'somatiserende' patiënten 38 jaar zijn geweest, tegen 35 jaar voor 'niet-somatiserende' patiënten (p=0,043). De leeftijd waarop de eerste klacht begonnen was, zou dan voor beide groepen 20 jaar zijn geweest.

De prevalentie van somatisatie was waarschijnlijk verhoogd bij patiënten met een middelbaar of hoog opleidingsniveau. Verschillen in burgerlijke staat of gezinssamenstelling werden niet gevonden.

Depressie, angst en somatisatie

Vier patiënten hadden een depressieve episode ten tijde van het interview, en acht een dysthyme stoornis. Het relatieve risico op somatisatie voor patiënten met een affectieve (= depressieve of dysthyme) stoornis was 1,9 (tabel 3). Naar depressieve episoden in het verleden was niet gevraagd, maar de kernsymptomen ervan waren wel bekend: een matte of bedroefde stemming, dan wel interesseverlies gedurende ten minste twee weken. Vele patiënten hadden (ooit) deze symptomen gehad, en zij waren sterk gerelateerd aan somatisatie.

Somatiserende patiënten leken een hogere score op de SCL-90 angst-subschaal te hebben. Een relatie met agorafobie werd niet gevonden.

Probleemlijst, consultfrequentie en somatisatie

Er waren 31 patiënten met een psychisch en/of sociaal probleem (hoofdstuk P respectievelijk Z van de ICPC - tabel 4). Een

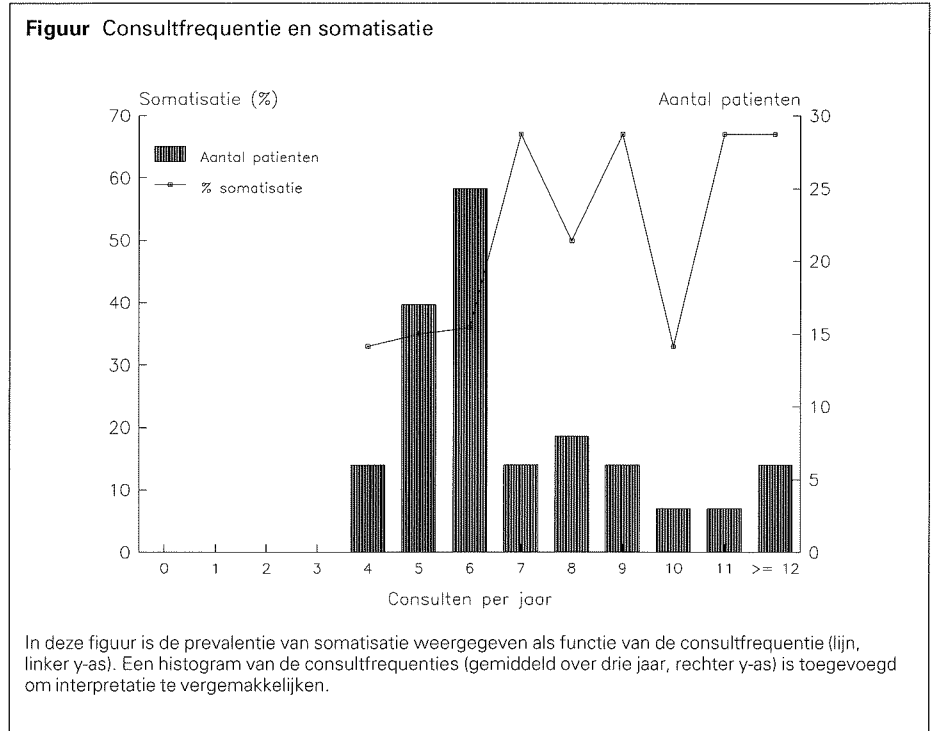
relatie met somatisatie werd niet gevonden. Een onderscheid tussen psychische en sociale problemen leverde een sterk verband op met psychische problemen, en geen enkel verband met sociale problemen. Een verdere differentiatie in psychische klachten (ICPC-codes P01-P29) en psychische diagnoses (codes P70-P99) leverde vergelijkbare relatieve risico's op. De relatie van psychische problemen met somatisatie werd niet verklaard door specifieke problemen; de meeste kwamen meer voor in de somatiserende groep, maar alleen voor code P02 ('crisisituatie of voorbijgaande situationeel bepaalde reactie') was er een significant verband.

Een relatie van somatisatie met vage lichamelijke klachten (buik-, nek- en rugklachten uitgezonderd) werd niet gevonden. Wel steeg de prevalentie van deze problemen met iedere stap in de selectieprocedure, van 12 procent in de basispopulatie tot 25 procent bij somatiserende patiënten ($p=0,011$). Of men buik-, nek- of rugklachten had, differentieerde niet tussen somatiserende en niet-somatiserende patiënten, en ook het aantal van deze problemen maakte geen verschil.

Somatiserende patiënten hadden een langere probleemlijst dan niet-somatiserende patiënten. Dit gold zowel voor actieve als voor blinde problemen. Ook hier zagen we het aantal problemen stijgen met iedere stap van de selectieprocedure; gemiddeld 3,1 in de basispopulatie, 4,4 bij patiënten met buik-, nek- en/of rugklachten en 5,5 bij de geïnterviewde patiënten. Somatiserende patiënten hadden in de afgelopen drie jaar vaker hun huisarts gesignaleerd dan niet-somatiserende patiënten (zie ook de *figuur*). Een verschil in het aantal consulten zonder dwingende somatische contactredenen werd niet gevonden.

Beschouwing

In open populaties zijn relaties van somatisatie (SSI) met geslacht, sociaal-economische status, depressie en angst voldoende onderzocht.⁷ In dit onderzoek is de validiteit van de SSI zwaarder beproefd; we



hebben onderzocht of de SSI valide differentieert binnen een groep patiënten met een hoge consultfrequentie. De SSI kwam goed door de test. Voor het huisartsgeneeskundig onderzoek is dit een belangrijk gegeven; het concept somatisatie heeft immers alleen praktische betekenis als het meer zegt dan de – veel gemakkelijker meetbare – consultfrequentie. Deze inperking tot patiënten met een hoge consultfrequentie heeft het contrast tussen somatiserende en niet-somatiserende patiënten verkleind. Positieve bevindingen van het onderzoek zijn daarom vrij sterk, terwijl negatieve bevindingen slechts weinig bewijskracht hebben. Resultaten van dit onderzoek zijn daarmee ook niet direct vergelijkbaar met de uitkomsten van andere onderzoeken.

In het vervolg bespreken wij eerst kort onze bevindingen ten aanzien van de validiteit van de SSI; voor een uitvoeriger uiteenzetting zij verwezen naar de Engelstalige versie van dit artikel.²⁸ Vervolgens komt aan de orde welke consequenties hieraan verbonden kunnen worden voor

de 'diagnostiek' van somatisatie in de onderzoekssituatie en in de reguliere zorg.

Demografische variabelen en somatisatie

De gevolgen van onze – noodzakelijkerwijs arbitraire – beslissingen bij de operationalisatie worden goed geïllustreerd door de uitkomsten met betrekking tot beide seksen. Wij hadden besloten om, analoog aan de DSM-III-R, voor mannen en vrouwen dezelfde drempel te hanteren en rapporteerden hier dus dat vrouwen tweemaal zo vaak somatiseren als mannen. Als we echter, zoals *Escobar et al.*, hadden vastgehouden aan de oorspronkelijke DSM-III uit 1980 en een drempel van vier items voor mannen, en zes voor vrouwen hadden gekozen, dan zouden we hebben geconstateerd dat in Nederland mannen even vaak somatiseren als vrouwen, net als in Puerto Rico.⁷

Wij stellen voor om voorsnog één drempel te hanteren voor mannen en vrouwen. Uiteindelijk zullen waarschijnlijk seksespecifieke drempels nodig zijn om te

corrigeren voor seksebias in de beantwoording van de vragen; voor mannen is er waarschijnlijk een sterker taboe op klagen of het tonen van zwakte. Op dit moment zijn er echter geen gegevens om de grootte van een aanpassing op te baseren.

Ondanks deze onzekerheid mag men concluderen dat het relatieve risico voor vrouwen om te somatiseren toeneemt met de drempel van de gekozen operationalisatie; onderzoeken naar de somatisatiestoornis of 'persistent somatization' hebben grotere sekseverschillen opgeleverd dan onderzoeken naar de SSI of de definitie van somatisatie van *Bridges & Goldberg*.^{7,29-32} Dit was te verwachten; als de definitie van somatisatiestoornis alleen het topje van de ijsberg 'ziet', zal een ruimere definitie betrekking hebben op een bredere – meer heterogene – groep. Meer algemeen betekent dit, dat als de huisarts of consultatie/liaison psychiater mildere vormen van somatisatie wil herkennen, hij niet kan bouwen op de nogal stereotype beschrijving van patiënten met somatisatiestoornis (vrouw, chaotische levensstijl, etc.) als diagnostische leidraad.

Bij oudere patiënten is een hogere prevalentie van (SSI) somatisatie beschreven.^{7,33} Waarschijnlijk moet dit worden geïnterpreteerd als een artefact van de SSI. Het theoretisch concept van somatisatie kan het best worden omschreven als een persoonlijkheidstrek, dat is; min of meer stabiel in de tijd.^{3,5,34} De SSI echter werkt cumulatief, sommeert het aantal verschillende klachten waarin de persoonlijkheidstrek zich tot op het moment van meting heeft gemanifesteerd. Als dus een patiënt vanaf zijn 15e levensjaar om het jaar een nieuwe klacht krijgt, zal de diagnose 'somatisatie' afhangen van de vraag of hij vóór of ná zijn 25e levensjaar wordt geïnterviewd. Dit artefact speelt blijkbaar slechts een beperkte rol, en het additionele criterium van een begin van de klachten voor het 30e jaar neutraliseert het effect ervan.

De ijsberg-analogie is eveneens toepasbaar op de beginleeftijd. *Fink* vond dat 'persistent somatizers' op jongere leeftijd begonnen met hun ziekenhuis carrière dan andere patiënten.³¹ Dit is ook het geval bij

de DSM-III-R-somatisatiestoornis.¹³ In ons onderzoek differentieerde de leeftijd waarop de eerste klachten begonnen waren niet tussen 'somatiserende' en 'niet-somatiserende' patiënten, tenzij de beginleeftijd onderdeel was van de definitie.

Somatisatie leek minder vaak voor te komen bij patiënten met een laag opleidingsniveau, terwijl we het tegengestelde hadden verwacht. De oververtegenwoordiging van lager geschoolde patiënten zou dit kunnen verklaren; het opleidingsniveau heeft wellicht een sterker verband met de consultfrequentie dan met somatisatie. Dit zou betekenen dat de hogere consultfrequentie van lager geschoolde patiënten voornamelijk afhankelijk is van (sub)culturele normen van hun sociale groep, en dat een neiging tot somatiseren meer individueel of familiair wordt bepaald.

Depressie, angst en somatisatie

In spreekuurpopulaties zijn prevalenties van actuele depressieve stoornis tot wel 10 procent gerapporteerd.³⁵ De lagere prevalentie in dit onderzoek, zelfs binnen onze geselecteerde patiëntengroep, weerspiegelt meer de situatie in het gewone dagelijks leven. Chronische, lichtere vormen van depressie (dysthyme stoornis) leken belangrijker in ons onderzoek, wat *Howland's* conclusie ondersteunt dat de dysthyme stoornis in zijn gevolgen voor de volksgezondheid even belangrijk is als de depressieve stoornis.¹⁵ De vraag of iemand ooit twee weken of langer een negatieve stemming of interesseverlies had ervaren, was de sterkste voorspeller van somatisatie in ons onderzoek. Dit kan alleen worden verklaard door aan te nemen dat ook mildere vormen van depressie, die niet voldoen aan de criteria voor depressieve of dysthyme stoornis, een rol spelen bij somatisatie. Deze subsyndromale vormen van depressie verdienen meer aandacht.¹⁵

Een relatie van somatisatie met angst is vaak beschreven.⁵ De term somatisatie wordt echter in veel onderzoeken gebruikt voor de somatische klachten die samen gaan met angsttoestanden, in het verlengde van de definitie van *Bridges & Goldberg*. Indien we deze onderzoeken wegla-

ten, blijven er maar een paar over; een relatie met angst (-symptomen of -stoornissen) is gevonden voor zowel milde somatisatie als de somatisatiestoornis.^{14,29} Wij kunnen dit verband bevestigen noch ontkennen; het verband met de SCL-90 angstsubschaal haalde de significantiegrens niet. Maar voor de depressiesub-schaal gold hetzelfde, terwijl het verband van somatisatie met depressie onmiskenbaar is.

Onze gegevens over psychiatrische problemen zijn een mooie illustratie van het verschil tussen onze operationalisatie (somatisatie als persoonlijkheidstrek) en de definitie van *Bridges & Goldberg* van somatisatie als patroon van symptomen bij een psychiatrische stoornis.⁶ Hoogstwaarschijnlijk voldoet minder dan de helft van de patiënten die somatiseren volgens de SSI aan de criteria voor een (actuele) psychiatrische stoornis. De overlap tussen beide definities kan dus niet groot zijn. De huisarts zij gewaarschuwd als hij in een specialistenbrief iets leest over 'somatisatie'.

Probleemlijst, consultfrequentie en somatisatie

Men zou verwachten dat somatisatie op een of andere manier zichtbaar zou zijn in de probleemlijst, gezien de definitie van een 'probleem' en het belang van preventie van somatisatie als thema in de huisartsgeneeskunde. We vonden een relatie met psychische problemen. Verdere specificatie van deze relatie was echter niet mogelijk. Een relatie met vage somatische klachten op de probleemlijst werd niet gevonden, al was het toenemen van de prevalentie van deze problemen met iedere stap in de selectieprocedure een indirecte aanwijzing voor een relatie. Somatiserende patiënten hadden een langere probleemlijst dan niet-somatiserende patiënten. Zij consulteerden ook vaker de huisarts. Maar een verschil in het aantal consulten zonder dwingende somatische contactredenen konden wij niet aantonen. Waarschijnlijk betekent dit dat deze patiënten hun huisarts ook consulteren voor klachten die ernstige somatische problemen suggereren, niet alleen voor onbetekenen-

de of vage klachten. *Huygen et al.* hebben dit gevonden in hun onderzoeken naar somatische fixatie.⁸ Anderzijds kan het ook zijn dat er wel een subtiel verschil is in (de presentatie van) klachten, maar dat dit verschil niet zichtbaar wordt in de medische registratie van de huisarts.

Prevalentie van somatisatie in de praktijkpopulatie

Ongeveer de helft van de geïnterviewde patiënten voldeed aan ons criterium voor somatisatie. Dit illustreert het belang ervan bij patiënten met een hoge consultfrequentie en vage somatische klachten op de probleemlijst (we vonden geen aanwijzingen dat sommige van deze klachten een hoger risico hadden dan andere). Leert dit getal ons iets over de prevalentie van somatisatie in de Nederlandse open populatie, of in de wachtkamer?

Een eenvoudig rekensommetje levert een minimale prevalentie op van 2,2 procent bij 20-44-jarigen in de open populatie (aangenomen dat patiënten met een lage consultfrequentie, en patiënten zonder buik-, nek- of rugklachten nooit somatiseren, gecorrigeerd voor uitsluitcriteria en non-respons). Aangezien deze aannames wat onredelijk zijn, zouden wij schatten dat somatisatie in Nederland ongeveer even vaak voorkomt als in de Verenigde Staten: bij ongeveer 5 procent van de bevolking.² Als dat zo is, dan zou het om een van de meest voorkomende problemen binnen deze leeftijdsgroep gaan; somatisatie zou ongeveer op de 5e plaats staan van de RNH-probleemtop-10. Bovendien, rekening houdend met de hogere consultfrequentie van somatiserende patiënten, zou de prevalentie in de wachtkamer meer dan 10 procent zijn.

Somatisatie, zoals gedefinieerd in dit onderzoek, is een belangrijk probleem voor de Nederlandse huisarts: het komt veel voor en het heeft invloed op welbevinden, risico op iatrogene schade en gebruik van schaarse middelen in de gezondheidszorg.

Onzichtbaarheid van somatisatie

Wij denken dat onze resultaten duiden op een probleem in het gebruik van praktijk-

registraties van huisartsen voor somatisatie-onderzoek. Somatisatie is een waardevol concept, er is een bruikbare operationalisatie, en relaties ervan met andere variabelen tonen een redelijke constructvaliditeit. Maar het concept zelf lijkt gewoon niet in de medische registratie terecht te komen.

Deze onzichtbaarheid van somatisatie is op zichzelf niet verrassend; eerder hebben wij beargumenteerd dat het concept van somatisatie waar het ons om gaat (persoonlijkheidstrek) niet past binnen de structuur van de ICPC.⁹ Somatisatie in deze betekenis kan niet als een diagnose (component 7) worden gecodeerd, want dat impliceert een opvatting als een (psychiatrisch) probleem, een stoornis. Somatisatie is meer een neiging om op een bepaalde manier met problemen om te gaan dan een op zichzelf staand probleem. Slechts als deze neiging zo sterk is dat het functioneren van de patiënt erdoor belemmerd wordt, is een diagnose 'somatisatiestoornis' (code P75, somatisatiestoornis/hypochondrie in de ICPC, of somatisatiestoornis volgens de DSM-III-R) gerechtvaardigd. We zien dan ook dat de prevalenties van somatisatiestoornis in het Transitieproject (4 per 1000 ingeschrevenen) en in het RNH-bestand (5 per 1000 ingeschrevenen) veel lager zijn dan de geschatte prevalentie van somatisatie in dit onderzoek.^{11,27}

Somatisatie kan ook niet zichtbaar worden gemaakt aan de hand van de lichamelijke klachten waarmee somatiserende patiënten hun huisarts raadplegen, of de psychosociale problemen die deze klachten hebben uitgelokt.⁹ Er zijn geen lichamelijke klachten specifiek voor somatisatie. Evenmin zijn er bij somatisatie specifieke psychosociale problemen die tot deze klachten aanleiding geven. Deze onzichtbaarheid belemmert de zorg voor somatiserende patiënten; bij ieder consult confronteert de probleemlijst of groene kaart de huisarts met een lichamelijke klacht die impliciet om een diagnose vraagt, terwijl een eventuele inschatting dat somatisatie meespeelt, verloren gaat. Dit nodigt uit tot het herhaaldelijk uitsluiten van organische pathologie die a priori al onwaarschijnlijk

was als oorzaak van de klachten.³⁶ Ook staat het de langdurige gestructureerde begeleiding die deze patiënten nodig hebben in de weg.^{5,37,38}

Het voorstel van *Lamberts & Hofmans-Okkes* om P75 uitsluitend te coderen als aan de criteria voor somatisatiestoornis is voldaan, en anders te kiezen voor de klacht plus zo mogelijk het achterliggend psychosociaal probleem, is waarschijnlijk de beste optie voor registratie van het probleem aanbod van de huisarts.¹¹ Het is vrijwel onmogelijk om bij een groot deel van de patiënten consistent te differentiëren tussen (bijvoorbeeld) 'rugpijn' en een code voor 'uiting van somatisatie'. Om somatisatie (niet: somatisatiestoornis) zichtbaar te maken is dan een andere oplossing nodig.

Eerder hebben wij gesuggereerd om in huisartsgeneeskundig onderzoek somatisatie te registreren als een aparte variabele, analoog aan de assen IV en V van de DSM-III. Het nut van deze as zou kunnen worden afgemeten aan de effecten ervan op welbevinden en medische consumptie van de patiënten. Anders dan in dit onderzoek is gebeurd zou somatisatie op een ordinale schaal moeten worden weergegeven. Dit past beter bij het theoretisch concept: bij persoonlijkheidstrekken gaat het om de mate waarin deze aanwezig zijn, niet om wel/niet (ons afkappunt van 5 items was alleen nodig om te kunnen vergelijken met ander onderzoek, en om de resultaten inzichtelijk te kunnen presenteren). Dit zou het ook voor de patiënt meer acceptabel kunnen maken; somatisatie is niet het probleem, maar een manier waarop de patiënt soms (of vaak of heel vaak) met problemen omgaat. En net zoals de patiënt een oordeel heeft over relevante aspecten van de persoonlijkheid van de huisarts, is de huisarts gerechtigd tot een oordeel over relevante aspecten van de persoonlijkheid van de patiënt. Het onderscheid tussen somatisatie en andere persoonlijkheidstrekken, zoals achterdocht of afhankelijkheid, is dat somatisatie altijd relevant is in de arts-patiëntrelatie, terwijl andere trekken dat normaliter alleen zijn indien zij zo rigide en maladaptief zijn dat

van een persoonlijkheidsstoornis (ICPC-code P80) gesproken moet worden.

De SSI (weergegeven op een ordinale schaal) is een valide operationalisatie voor deze somatisatie-as. De thans beschikbare gegevens laten geen conclusie toe over de vraag of het ook de meest bruikbare en gevoelige maat is.

Somatisatie en het gezondheidszorg-systeem

Een concept van somatisatie als een persoonlijkheidstrek impliceert niet dat het gezondheidszorgsysteem irrelevant is. Het gezondheidszorgsysteem biedt bepaalde mogelijkheden om steun of vrijstelling van verplichtingen te krijgen, en sluit andere uit. Onze gegevens zijn te beperkt voor een conclusie op dit punt, maar het lijkt erop dat, ondanks de verschillen tussen de gezondheidszorgsystemen van de Verenigde Staten en Nederland, de resultaten aardig overeen komen. Indien dit in andere onderzoeken bevestigd zou worden, zou dit de validiteit van het concept ondersteunen over (verschillen in) gezondheidszorgsystemen heen.

De verschillen tussen de gezondheidszorgsystemen van de Verenigde Staten en Nederland zijn met name voor somatisatie van belang. Bijna iedereen in Nederland is ingeschreven bij een huisarts, en dit bevordert een langdurige relatie en zou 'doctor shoppen' binnen de eerste lijn moeten beperken. De huisarts heeft een expliciete taak in het bewaken van de toegang tot de medisch specialist en dit zou 'doctor shoppen' in de tweede lijn moeten beperken. Bovendien behoeven artsen in Nederland (nog) niet zo bang te zijn voor de rechter te worden gedaagd wegens medische fouten, en dit zou hen meer mogelijkheden moeten bieden om buitensporige eisen van patiënten te weerstaan.

Nut voor de reguliere zorg

Gesteld dat de SSI inderdaad de beste maat voor somatisatie zal blijken te zijn, en dat gebruik ervan leidt tot een verbetering van de gezondheid en verlaging van de medische consumptie; moet invoering ervan in de reguliere zorg dan worden gestimuleerd?

Vooralsnog is ons antwoord 'neen'. De uiteindelijke keuze van een operationalisatie voor gebruik in de reguliere zorg kan een heel andere zijn dan die voor onderzoeksdoeleinden, ook al beogen beide operationalisaties hetzelfde theoretische concept te meten. Deze operationalisatie moet bruikbaar zijn binnen de randvoorwaarden van de gezondheidszorg wat betreft tijdsbelasting, acceptabiliteit voor de patiënt, training van huisartsen, etc. Een andere afweging moet worden gemaakt tussen validiteits- en betrouwbaarheidseisen. In wetenschappelijk onderzoek kan een toevalsfout enigzins gecompenseerd worden door de onderzoeksgroep te vergroten, terwijl een systematische fout altijd zoveel mogelijk vermeden moet worden. In de gezondheidszorg zijn toevalsfouten meestal even erg als systematische fouten. Het zou ons niet verbazen als het subjectieve oordeel van de huisarts meer blijkt te zeggen over somatisatie dan de SSI, en vooralsnog raden wij de huisarts aan daarop af te gaan.

Dankbetuiging

Dit onderzoek was mogelijk dankzij subsidie van het NWO-Stimuleringsfonds Huisartsgeneeskunde (920-01-157). Wij danken de RNH-toetsingscommissie voor toegang tot het RNH-bestand, de deelnemende huisartsen voor hun grote inzet, dr. J.F.M. Metsemakers, coördinator van het RNH, voor zijn hulp bij het vertalen van de somatisatie-items van de DSM-III-R in ICPC-codes en dr. F.J.H. Hulsmans voor zijn hulp bij het vertalen van de tekst.

Auteurs

P.J.M. Portegijs, huisarts;^{a,b} dr. F.G. van der Horst, socioloog;^b drs. I.M. Proot, gezondheidswetenschapper;^{a,c} dr. H.F. Kraan, psychiater;^a drs. N.C.H.F. Gunther, gezondheidswetenschapper;^a prof.dr. J.A. Knottnerus, hoogleraar huisartsgeneeskunde.^b

- a sectie Sociale Psychiatrie en Psychiatrische Epidemiologie, vakgroep Psychiatrie en Neuropsychologie, Universiteit Maastricht;
- b vakgroep Huisartsgeneeskunde, Universiteit Maastricht;
- c tegenwoordig: Instituut voor Gezondheids-ethiek, Maastricht.

Literatuur

- 1 American Psychiatric Association. 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 HEJH. Wat heet somatisatie? 1. Een zoektocht in de internationale literatuur naar een definitie voor huisartsgeneeskundig onderzoek. *Huisarts Wet* 1992; 35: 18-25, 43.
- 4 Goldberg DP, Bridges K. Somatic presentations of psychiatric illness in primary care setting. *J Psychosom Res* 1988; 32: 137-44.
- 5 Lipowski ZJ. Somatization. The concept and its clinical application. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 1358-68.
- 6 Bridges KW, Goldberg DP. Somatic presentation of DSM-III psychiatric disorders in primary care. *J Psychosom Res* 1985; 29: 563-9.
- 7 Escobar JI, Rubio-Stipec M, Canino G, Karno M. Somatic symptom index (SSI): A new and abridged somatization construct. Prevalence and epidemiological correlates in two large community samples. *J Nerv Ment Dis* 1989; 177: 140-6.
- 8 Huygen FJA. Preventie van somatische fixatie I. De geschiedenis van een onderzoekproject. *Huisarts Wet* 1978; 21: 363-5.
- 9 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: 65-9.
- 10 Cox MF. De vroegtijdige herkenning van somatisatie in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1992.
- 11 Lamberts H, Hofmans-Okkes IM. The classification of psychological and social problems in general practice: 1. ICPC in relation to ICD-10. *Huisarts Wet* 1993; 36(Suppl): 5-13.
- 12 Hofmans-Okkes IM, Lamberts H. The classification of psychological and social problems in general practice: 2. The impact of the patient's perspective. *Huisarts Wet* 1993; 36(Suppl): 14-20.
- 13 Simon GE, VonKorff M. Somatization and psychiatric disorder in the NIMH Epidemiologic Catchment Area Study. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 1494-500.
- 14 Katon W, Russo J. Somatic symptoms and depression. *J Fam Pract* 1989; 29: 65-9.
- 15 Howland RH. General health, health care

- utilization, and medical comorbidity in dysthymia. *Int J Psychiatry Med* 1993; 23: 211-38.
- 16 Escobar JI, Golding JM, Hough RL, et al. Somatization in the community. Relationship to disability and use of services. *Am J Public Health* 1987; 77: 837-40.
- 17 Metsemakers JFM, Höppener P, Knottnerus JA, et al. Computerized health information in the Netherlands. A registration network of family practices. *Br J Gen Pract* 1992; 42: 102-6.
- 18 Sandlow LJ, Bashook PG. Problem oriented medical records. Self instruction for practitioners. Chicago: Michael Reese Hospital and Medical Center, 1978.
- 19 Lamberts H, Wood M. *The International Classification of Primary Care*. Oxford: Oxford University Press, 1987.
- 20 Centraal Bureau voor de Statistiek. *Statistisch jaarboek 1991*. 's-Gravenhage: Sdu, 1991.
- 21 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.
- 22 Dingemans P, Van Engeland H, Dijkhuis JH, Bleeker J. De 'diagnostic interview schedule' (DIS). *Tijdschrift Psychiatrie* 1985; 27: 341-59.
- 23 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third Edition, Revised. Washington DC: American Psychiatric Association, 1987.
- 24 Derogatis LR, Cleary PA. Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90. A study in construct validation. *J Clin Psychology* 1977; 33: 981-9.
- 25 Arrindel WA, Ettema JHM. *SCL-90: Handleiding bij een multidimensionale psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1986.
- 26 Van Berkel-van Schaik AB, Tax B. Naar een standaardoperationalisatie van sociaal-economische status voor epidemiologisch en sociaal-medisch onderzoek. Rijswijk: Programmacommissie Sociaal-economische gezondheidsverschillen, Ministerie WVC, 1990.
- 27 Metsemakers JFM, Höppener P, Knottnerus JA, Limonard CBG. *Gezondheidsproblemen en diagnosen in de huisartspraktijk. Rapportage nr 3, maart 1990*. Maastricht: Registratienet Huisartspraktijken, Rijksuniversiteit Limburg, 1990.
- 28 Portegijs PJM, Van der Horst FG, Proot IM, et al. Somatization in frequent attenders of general practice. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996; 31: 29-37.
- 29 Swartz M, Blazer D, George L, Landerman R. Somatization disorder in a community population. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 1403-8.
- 30 Golding JM, Smith GR Jr, Kashner TM. Does somatization disorder occur in men? Clinical characteristics of women and men with multiple unexplained somatic symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 231-5.
- 31 Fink P. The use of hospitalizations by persistent somatizing patients. *Psychol Med* 1992; 22: 173-80.
- 32 DeGruy F, Crider J, Hashimi DK, et al. Somatization disorder in a university hospital. *J Fam Pract* 1987; 25: 579-84.
- 33 Swartz M, Landerman R, Blazer D, George L. Somatization symptoms in the community: A rural/urban comparison. *Psychosomatics* 1989; 30: 44-53.
- 34 Escobar JI. Cross-cultural aspects of the somatization trait. *Hosp Community Psychiatry* 1987; 38: 174-80.
- 35 Schulberg HC, Saul M, McClelland M, et al. Assessing depression in primary medical and psychiatric practices. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 1164-70.
- 36 Fink P. Admission patterns of persistent somatization patients. *Gen Hosp Psychiatry* 1993; 15: 211-8.
- 37 Quill TE. Somatization disorder. One of medicine's blind spots. *JAMA* 1985; 254: 3075-9.
- 38 Smith GR, Monson RA, Ray DC. Psychiatric consultation in somatization disorder: A randomized controlled study. *N Engl J Med* 1986; 314: 1407-13. ■