



Multidisciplinaire
Richtlijnontwikkeling

GGZ

MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJN

Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) en Somatoforme Stoornissen

Richtlijn voor de diagnostiek
en behandeling van
SOLK en Somatoforme
Stoornissen

2010

Onder auspiciën van de Landelijke Stuurgroep
Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (v&vn)
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP)
Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)

In samenwerking met de deelnemende beroepsverenigingen.

Ondersteuning en begeleiding: het Trimbos-instituut
en het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO

v&vn
Beroepsvereniging van zorgprofessionals

nhg
nederlands huisartsen
genootschap

NIP

**Nederlandse
Vereniging
voor
Psychiatrie**
HOOFDLIJK TOEGESPREKEN 1871

NVP
Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie

Multidisciplinaire richtlijn Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten en Somatoforme Stoornissen

Autoriserende Beroepsverenigingen:

- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP)
- Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB)
- Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN)
- Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)
- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)
- Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)



Naast de autoriserende beroepsverenigingen is de richtlijn tot stand gekomen in samenwerking met:

- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (v&vn)
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)



Somatisch Onvoldoende Verklaarde Lichamelijke Klachten en Somatoforme Stoornissen

2010

Onder auspiciën van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, GGZ Verpleegkunde (V&VN)

Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)

Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)

In samenwerking met de deelnemende beroepsverenigingen.

Ondersteuning en begeleiding:
het Trimbos-instituut en het Kwaliteitsinstituut
voor de Gezondheidszorg CBO

Colofon

Financiering

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
ZonMw

Organisatie

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO

Trimbos-instituut

Projectleiding

Eva Fisher

Ina Boerema

Gerdien Franx

Productiebegeleiding

Joris Staal

Uitgever

Trimbos-instituut in opdracht van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling
in de GGZ

Vormgeving omslag

Conefrey/Koedam BNO, Zeist

Vormgeving binnenwerk en druk

Ladenius Communicatie BV, Houten

ISBN: 978-90-5253-699-6

Deze uitgave is te bestellen op www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer **AF0945**.

Deze en andere multidisciplinaire richtlijnen voor de GGZ zijn ook beschikbaar op: www.ggzrichtlijnen.nl

Trimbos-instituut

Da Costakade 45

Postbus 725

3500 AS Utrecht

T: 030-2971100

F: 030-2971111

www.trimbos.nl

©2010, Trimbos-instituut, Utrecht

Alle rechten voorbehouden. De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de uitgever.

Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de uitgever aanvragen.

Inhoudsopgave

Organisatiestructuur	5
1 Algemene inleiding	9
1.1 Definities van Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) en somatoforme stoornissen	9
1.2 Variatie aan termen voor onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten en keuze van de werkgroep voor SOLK en somatoforme stoornissen	12
1.3 Samenhang met angst en depressie	14
1.4 Aanleiding voor de richtlijn	15
1.5 Doelgroep en doel van de richtlijn	18
1.6 Werkwijze van de werkgroep	18
1.7 Afbakening in de richtlijn	20
1.8 Uitgangsvragen	26
1.9 Opzet van de richtlijn	27
2 Diagnostiek	29
2.1 Inleiding	29
2.2 Uitgangspunten voor het diagnostisch proces bij SOLK en somatoforme stoornissen	30
2.3 Uitgangsvragen op basis van de knelpuntenanalyse	31
2.4 Diagnostisch stappenplan voor de eerste en tweede lijn	36
2.5 De rol van de diagnostiek bij bedrijfsarts	40
3 De behandeling van SOLK en somatoforme stoornissen	43
A PATIËNTKENMERKEN	44
B ZORGVERLENERS	46
C ZORGSTRATEGIE	49
D BEHANDELING VAN SOMATOFORME STOORNISSEN	53
3.1 Somatisatiestoornis	53
3.2 Conversiestoornis	60
3.3 Hypochondrie	62
3.4 Body Dysmorphic Disorder (BDD)	66
3.5 Ernstige somatoforme stoornissen	69
E BEHANDELING VAN SOLK	71
3.6 Chronisch buikpijn bij vrouwen	71
3.7 Dysmenorroe	76
3.8 Prikkelbaredarmsyndroom	83

4	Preventie	95
4.1	Inleiding	95
4.2	Effectiviteit van universele preventie	96
4.3	Effectiviteit van selectieve preventie	97
4.4	Effectiviteit van geïndiceerde preventie	98
5	Onderzoeksaanbevelingen en methodologische en inhoudelijke adviezen voor de update	105
5.1	Onderzoeksaanbevelingen	105
5.2	Aandachtspunten voor de update	107
Bijlage I	DSM-IV-criteria somatoforme stoornissen	109
Bijlage II	Systematische literatuursearch	115
Bijlage III	Evidencetabellen	123
Bijlage IV	Afkortingenlijst	177
Bijlage V	Literatuurlijst	179

Organisatiestructuur

De multidisciplinaire richtlijn Somatisch Onvoldoende Verklaarde Lichamelijke Klachten en Somatoforme Stoornissen is op initiatief en onder auspiciën van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ en de daaronder ressorterende Commissie Cliëntenparticipatie tot stand gebracht door de werkgroep Somatoforme Klachten en Stoornissen, waarin de deelnemende verenigingen en organisaties hebben samengewerkt.

Methodologische en organisatorische ondersteuning en begeleiding werden verzorgd door het Trimbos-instituut en het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.

Samenwerkende beroepsverenigingen

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, GGZ Verpleegkunde (V&VN)
 Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
 Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
 Nederlandse Internisten Vereeniging (NIV)
 Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN)
 Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
 Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)
 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)
 Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB)
 Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)
 Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
 Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG)
 Fonds Psychische Gezondheid

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ

Voorzitter

Dhr. R.M.W. Smeets - Raad van Bestuur GGZ Friesland

Vice-voorzitter

Dhr. prof.dr. G. Hutschemaekers - De Gelderse Roos

Secretaris

Dhr. dr. A.L.C.M. Henkelman - Trimbos-instituut

Leden

Dhr. dr. P.M.A.J. Dingemans - Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
 Dhr. dr. A.N. Goudswaard - Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
 Dhr. dr. H.H.G.M. Lendemeijer - Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, GGZ Verpleegkunde (V&VN)

- Dhr. dr. D.P. Ravelli
Dhr. prof.dr. R.W. Trijsburg †
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
 - Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)

Agendaleden

- Dhr. drs. W.P.H. Brunenberg
Mw. dr. G.H.M.M. ten Horn
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
 - Voorzitter Commissie Cliëntenparticipatie

Adviseurs

- Dhr. ir. T.A. van Barneveld
Dhr. prof.dr. J.A. Swinkels
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO
 - AMC De Meren/Trimbos-instituut

Commissie Cliëntenparticipatie

Voorzitter

Mw. dr. G.H.M.M. ten Horn

Secretaris

- Mw. drs. M.T. Vink
- Trimbos-instituut

Leden

- Mw. M.H. van der Aar-Peulen
Mw. drs. A.K. Bols
Mw. drs. H. Boumans
Mw. A. Faber
Mw. J.T.E. van Hamersveld
Mw. drs. A. Kal
Dhr. I. Keuchenius
Dhr. Ir. B.H. Kraaijenbrink
Mw. M. Mannak-Bouman
Mw. M.C. Muis
Mw. L. van 't Veen
Dhr. M.P. Vermeulen
Dhr. dr. T.F. van Wel
Mw. L. Westerhof
Mw. I.R.M. Wijne
Mw. drs. J. Zwanikken-Leenders
Dhr. drs. H. Zwol †
- Stichting Labyrinth~In Perspectief
 - Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa
 - Ypsilon
 - Stichting Labyrinth~In Perspectief
 - Angst, Dwang en Fobiestichting
 - Ypsilon
 - Angst, Dwang en Fobiestichting
 - Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa
 - Stichting Labyrinth~In Perspectief
 - Anoïksis
 - Cliëntenbond in de GGZ
 - Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen (VMDB)
 - Gezondheidszorgpsycholoog, medisch socioloog
 - Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen (VMDB)
 - Landelijke Stichting Zelfbeschadiging (LSZ)
 - GGZ Den Bosch
 - Landelijke Stichting Ouders en Verwanten van Druggebruikers (LSOVD)

Werkgroep Somatoforme klachten en stoornissen

Voorzitter

Dhr. prof. dr. J.A. Swinkels

Vice-voorzitter (en werkgroep lid)

Mw. prof. dr. C.M. van

der Feltz-Cornelis

- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Leden

Mw. dr. I. Arnolds

- Nederlands Huisartsen Genootschap

Mw. dr. A.H. Blankenstein

- Nederlands Huisartsen Genootschap

Dhr. dr. T.K. Bouman

- Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie

Dhr. prof.dr. J.H. Bolk

- Nederlandse Internisten Vereeniging

Mw. drs. K. Bozelie *(vanaf 270807)*

- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, GGZ Verpleegkunde (V&VN)

Dhr. drs. R. Broeders *(vanaf 010108)*

- Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde

Mw. dr. M.E.F. Bühring

- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Dhr. dr. D.J.S. Donker *(tot 011207)*

- Nederlands Instituut van Psychologen

Mw. drs. C.E. Flik

- Nederlands Instituut van Psychologen

Dhr. J.L.M. van Gestel *(tot 050109)*

- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie

Dhr. dr. P.H.T.G. Heuts

- Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen

Mw. prof.dr. H.E. van der Horst

- Nederlands Huisartsen Genootschap

Dhr. drs. R. Hoederman

- Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde

Mw. drs. C.H. Kaufmann *(tot 200307)*

- Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie

Dhr. drs. E.J.W. Keuter

- Nederlandse Vereniging voor Neurologie

Dhr. prof.dr. H.E. Kremer *(tot 250907)*

- Nederlandse Vereniging voor Neurologie

Dhr. drs. T.C. Olde Hartman

- Nederlands Huisartsen Genootschap

Mw. dr. Y.R. van Rood

- Nederlands Instituut van Psychologen

Dhr. drs J.A. Spaans

- Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie

Mw. B. Vanderschuren *(tot 260607)*

- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, GGZ Verpleegkunde (V&VN)

Mw. drs. Ph.Th.M. Weijnenborg

- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie

Adviseurs

Mw. drs. E.R. Fischer

- Trimbos-instituut

Mw. drs. J.W. Hagemeijer *(tot 010908)*

- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO

Redactiecommissie

Mw. dr. A.H. Blankenstein

Dhr. dr. T.K. Bouman

Mw. prof. dr. C.M. van der Feltz-Cornelis

Mw. drs. E.R. Fischer

Mw. prof.dr. H.E. van der Horst

Dhr. prof. dr. J.A. Swinkels

Methodologische ondersteuning en begeleiding

Trimbos-instituut

Het Trimbos-instituut is het landelijk kennisinstituut voor de geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke zorg en lichamelijke ziektes en legt zich toe op de ontwikkeling, verspreiding, toepassing en evaluatie van kennis. De centrale vraag is op welke manieren deze kennis kan worden ingezet om de geestelijke gezondheid en de kwaliteit van leven van de Nederlandse bevolking te verbeteren. Het Trimbos-instituut werkt hierbij nauw samen met partners in de wetenschap, praktijk en politiek.

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO

Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, gevestigd in Utrecht, heeft tot doel de individuele beroepsbeoefenaren, hun beroepsverenigingen en zorginstellingen te ondersteunen bij het verbeteren van de patiëntenzorg. Sinds zijn oprichting in 1979 heeft het CBO zich ontwikkeld tot een toonaangevend en ook internationaal erkend instituut dat via programma's en projecten ondersteuning en begeleiding geeft bij systematisch en gestructureerd meten, verbeteren, herontwerpen en borgen van kwaliteit van de patiëntenzorg.

1 Algemene inleiding

In deze inleiding definiëren we allereerst de termen Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) en somatoforme stoornissen, die het onderwerp van deze richtlijn vormen. Daarbij beschrijven we welke verwante termen er in omloop zijn en waarom de werkgroep juist voor deze termen heeft gekozen. Daarbij is voor wat betreft de definities van SOLK uitgegaan van beschrijvingen in het *Handboek Somatisatie* (Van der Feltz-Cornelis, 2009). Voor de classificatie is uitgegaan van de DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), aangezien in de GGZ breed voor dit systeem gekozen is. Vervolgens komt de aanleiding tot het ontwikkelen van de richtlijn aan de orde. Daarna benoemen we de doelgroep en de doelen van de richtlijn en leggen we de werkwijze van de werkgroep uit, met de daarbij gemaakte keuzes en afbakening. In een paragraaf over verklaringsmodellen expliciteert de werkgroep haar keuze voor het biopsychosociaal model. Vervolgens vermelden we de door de werkgroep opgestelde uitgangsvragen. Op basis van deze uitgangsvragen zetten we de opzet van de richtlijn uiteen.

1.1 Definities van Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) en somatoforme stoornissen

Het hebben van lichamelijke klachten hoort bij het normale leven, in die zin dat 85-95% van de algemene bevolking in enquêtes aangeeft de afgelopen twee weken minstens één lichamelijke klacht te hebben gehad, één op de drie mensen geeft aan voortdurend moe te zijn. Of mensen met hun lichamelijke klacht naar een dokter gaan, blijkt sterker samen te hangen met de betekenis die de klacht voor hen heeft en de ideeën die zij over hun klacht hebben dan met de ernst van hun klacht. Als mensen wel een arts bezoeken, vindt deze lang niet altijd een ziekte als oorzaak: bij de huisarts blijft 30-50% van de lichamelijke klachten medisch onverklaard (Khan e.a., 2003), ook bij de neuroloog, reumatoloog, longarts, gastro-enteroloog, cardioloog, tandarts en gynaecoloog (Nimnuan e.a., 2001) en internist (Speckens e.a., 1995) liggen deze percentages hoog, tussen de 40 en 60%. De meeste klachten gaan over in de loop van enkele weken. Artsen kunnen hieraan bijdragen door een positieve uitleg, geruststelling en een prognose te geven (Salmon e.a., 2004; Dowrick e.a., 2004).

Definitie SOLK

We spreken van Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) bij lichamelijke klachten die langer dan enkele weken duren en waarbij bij adequaat medisch onderzoek geen somatische aandoening wordt gevonden die de klacht voldoende verklaart.

Bij sommige patiënten met lichamelijke klachten wordt wél een somatische aandoening gevonden, maar zijn de klachten ernstiger of langduriger ofwel beperken ze het functioneren sterker dan op grond van de aandoening te verwachten is. Ook dan spreken we van SOLK. Daarom staat in de definitie van SOLK niet 'somatisch onverklaarde...', maar 'somatisch onvoldoende verklaarde...'.

De werkgroep benadrukt dat het bij SOLK gaat om klachten waarvoor nú na adequate diagnostiek geen ziekteoorzaak gevonden wordt. Dat wil niet zeggen dat er niet ooit een ziekte ontdekt zal worden die de klachten kan verklaren, bijvoorbeeld wanneer het klachtenpatroon zich verder ontwikkelt of wanneer er nieuwe diagnostische tests komen. Daar heeft de patiënt nu echter niets aan. Het pad van verdere somatische diagnostiek zal hem nu niets opleveren.

Naar schatting 20-30% van de patiënten met SOLK houdt langdurig last van deze klachten (Khan e.a., 2003; Verhaak e.a., 2006; Jackson e.a., 2005). Bij deze patiënten is de lijdensdruk groot. Deze patiënten voelen zich ongezond en vaak ongerust, hebben een verminderde kwaliteit van leven, ervaren belemmeringen in dagelijks functioneren en hebben een hoog werkverzuim. Bovendien bezoeken deze patiënten veel (verschillende) artsen en ondergaan ze veel medische onderzoeken en behandelingen, zonder dat dit hun gezondheid ten goede komt (Barsky e.a., 2005). In veel gevallen hebben deze patiënten niet slechts één klacht, maar meerdere samenhangende symptomen.

Patiënten met meerdere SOLK/ syndromen blijken in vergelijking tot mensen met één SOLK gemiddeld meer beperkt te zijn in hun dagelijks functioneren en langduriger klachten te houden (Jackson e.a., 2006).

Over de oorzaken van hun SOLK hebben patiënten (anders dan artsen denken) meestal veelzijdige ideeën; ze overwegen zowel ziekte, alsook stress en psychosociale problemen (Rief e.a., 2004; Salmon e.a. 2005). Sommige patiënten echter somatiseren, dat wil zeggen dat ze eenzijdig hun aandacht richten op de somatische aspecten van hun klacht en ook nadat hun arts heeft uitgelegd dat de klacht niet op ziekte berust, blijven aandringen op een medisch-somatische aanpak.

Definitie somatisatie

Somatisatie is een neiging lichamelijke klachten te ervaren en te uiten, deze toe te schrijven aan lichamelijke ziekte en er medische hulp voor te zoeken, terwijl er geen somatische pathologie gevonden wordt die de klachten voldoende verklaart (Lipowski, 1988).

Somatisatie is dus een benaming voor het proces dat ertoe leidt dat patiënten met SOLK zich met hun klachten (blijven) wenden tot een arts in de hoop dat deze een ziekte vindt.

Definitie somatoforme stoornis

We spreken van een somatoforme stoornis bij somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten die voldoen aan de criteria van een van de somatoforme stoornissen volgens de DSM-IV-Text Revision (American Psychiatric Association, 2000).

De DSM-IV-TR is het wereldwijd meest gebruikte psychiatrische classificatiesysteem waarin alle psychiatrische stoornissen worden omschreven. Hier gaat het dus niet om het benoemen van een proces, maar om het diagnosticeren van stoornissen. In onderstaande tabel staan de zeven somatoforme stoornissen, met een korte omschrijving en een schatting van de prevalentie op het spreekuur van de huisarts (De Waal e.a., 2004).

Tabel 1: Somatoforme stoornissen volgens de DSM-IV-TR

	Omschrijving	Prevalentie bij huisarts
Somatisatiestoornis	multi-symptomatische aandoening die vaak begint voor het dertigste levensjaar, langdurig aanhoudt en gekarakteriseerd wordt door een combinatie van pijn, gastro-intestinale, seksuele en pseudoneurologische klachten.	<0,5%
Pijnstoornis	onverklaarde pijn die ernstig genoeg is om het functioneren te beperken en medische hulp in te roepen. Ontstaan, ernst, verergering en voortbestaan worden in verband gebracht met psychische factoren.	2%
Conversiestoornis	onverklaarde symptomen of uitvalsverschijnselen die de willekeurige motorische of sensorische functies treffen, die doen denken aan een neurologische of andere somatische aandoening. Verband met psychische factoren wordt aannemelijk geacht.	0,2%
Ongedifferentieerde somatoforme stoornis	minstens één somatisch onverklaarde lichamelijke klacht die minimaal langer dan zes maanden belemmeringen veroorzaakt in het dagelijks leven. Functionele syndromen kunnen vallen binnen de groep ongedifferentieerde somatoforme stoornis.	13%
Somatoforme stoornis niet anderszins omschreven	somatoforme klachten en syndromen die niet voldoen aan de criteria voor een van de specifieke somatoforme stoornissen.	30%
Hypochondrie	sterke preoccupatie en angst een ernstige ziekte te hebben, als gevolg van verkeerde interpretatie van lichamelijke symptomen gedurende minstens zes maanden.	1-5%
Gestoorde lichaamsbeleving	preoccupatie met een vermeende onvolkomenheid van het uiterlijk.	0%

Strikt genomen kan SOLK binnen de DSM benoemd worden als somatoforme stoornis niet anders omschreven. De werkgroep kiest ervoor SOLK apart te benoemen omdat zij niet de indruk wil wekken dat iedere lichamelijke onvoldoende verklaarde klacht die enige weken duurt, ook zonder hardnekkige ziekte-attributies en sterke belemmeringen, een psychiatrische stoornis zou zijn.

Samenvattend ziet de werkgroep een continuüm, dat loopt van enerzijds de bij het normale leven behorende ongecompliceerde kortdurende lichamelijke klacht, via de langer dan enkele weken aanhoudende SOLK met meer of minder uitgesproken somatisatie, en de uit meerdere samenhangende SOLK bestaande syndromen tot de somatoforme stoornissen, met als ernstigste vorm de somatisatie stoornis.

1.2 Variatie aan termen voor onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten en keuze van de werkgroep voor SOLK en somatoforme stoornissen

Er is een grote variatie in termen in omloop voor SOLK en somatoforme stoornissen. In de eerstelijns geneeskunde worden andere termen gebruikt dan in de somatische tweede lijn, en de GGZ hanteert nog weer andere terminologie.

1.2.1 Termen in de eerstelijns geneeskunde

Een kortdurende somatisch onvoldoende verklaarde klacht wordt in de algemene geneeskunde meestal benoemd en gecodeerd naar tractus door middel van een klachtcode, bijvoorbeeld 'lage rugpijn' of 'opgezet gevoel buik'. Bij langer bestaande klachten, meerdere klachten en/of sterker functionele belemmeringen groeit de behoefte het patroon te benoemen. Op zo'n moment wordt vaker de term SOLK, somatisatie of somatoforme klacht gebruikt. Echter, in het patiëntendossier wordt meestal alleen de klachtcode geregistreerd.

De keuze voor de term die we gebruiken is niet onbelangrijk. Uit interviews op een Engelse poli neurologie blijkt dat het voor patiënten veel uitmaakt hoe de arts de klachten benoemt. 'Tussen de oren', 'hysterisch' en 'psychisch' wordt door bijna alle patiënten als beledigend ervaren. Met 'SOLK' en 'psychosomatisch' beledigt de arts één op de drie patiënten, met 'stressklachten' één op de zes en met 'functionele klachten' één op de negen (Stone e.a., 2002).

De werkgroep kiest voor de benaming 'Somatisch Onvoldeonde verklaarde Lichamelijke Klachten' (SOLK), als meest neutrale term die geen verklarend mechanisme suggereert. Het beschrijft lichamelijke klachten die somatisch niet goed te verklaren zijn.

De term 'vage klachten' vindt de werkgroep misleidend, immers niet de klacht is vaag maar de interpretatie is moeilijk. De termen functionele klachten of psychosomatische klachten zijn niet neutraal en suggereren een directe causale relatie tussen psychische distress en lichamelijke klachten. Bovendien suggereren deze termen dat patiënten vasthouden aan een somatisch attributie van de klachten en dat klachten een functie hebben

in het tot uitdrukking brengen van psychische distress. De term 'onvoldoende verklaarde klachten' doet geen recht aan het onderzoek waaruit de samenhang tussen pathofysiologische mechanismen en dergelijke lichamelijk klachten blijkt en ontkracht de betekenis die de klachten voor de patiënt kunnen hebben (Van Dieren & Vingerhoets, 2007, Van der Feltz-Cornelis, 2007).

In de huisartsgeneeskunde gebruiken artsen voor patiënten met SOLK ook wel de termen somatisatie (zie definitie van Lipowski in 1.1) en somatische fixatie. Somatische fixatie is door Grol (1983) gedefinieerd als een proces van voortdurend inadequaaf omgaan met en reageren op ziekte, klachten of problemen, door henzelf, door hun sociale omgeving of door vertegenwoordigers van de gezondheidszorg. Hoewel het nooit goed gelukt is het begrip somatische fixatie voor onderzoek te operationaliseren, heeft het wel praktische waarde in de zorg, omdat het zo duidelijk aangeeft hoe klachten in stand gehouden worden door een interactie tussen patiënt, gezondheidszorg en sociale omgeving.

1.2.2 Termen in de tweedelijs somatische geneeskunde

Ieder medisch specialisme heeft zijn eigen functionele syndroom. Zo ziet de gastro-enteroloog patiënten met PDS, de gynaecoloog patiënten met PMS, de reumatoloog patiënten met fibromyalgie, de internist patiënten met het chronischvermoeidheidssyndroom enz. Deze syndromen zijn vaak een tijdlang 'populair', en raken dan weer 'uit de mode', zowel bij artsen als bij patiënten. Verschillende auteurs betwijfelen het bestaan van deze specifieke syndromen en denken dat het bestaan van deze syndromen grotendeels een artefact van de medische (sub)specialisaties is. Op basis van een uitgebreide literatuur review concluderen Aaron e.a. (2001) dat er een substantiële overlap is tussen de verschillende functionele syndromen en dat de gemeenschappelijke kenmerken belangrijker zijn dan de verschillen tussen de functionele syndromen. Patiënten die voldoen aan de criteria van één syndroom hebben vaak ook de symptomen van andere syndromen (Aaron e.a., 2001). De syndromen kunnen samengevoegd worden tot twee klachtenclusters: enerzijds pijnvermoeidheid, met als klachten chronische vermoeidheid, verstoorde slaap, buikklachten, hoofdpijn en pijn in het bewegingsapparaat, en anderzijds cardio-respiratoir, met pijn op de borst, hartkloppingen en kortademigheid (Wessely e.a., 1999). En zelfs deze twee clusters komen nog vaak bij dezelfde patiënt voor (Wessely & White, 2004). Wessely pleit dan ook voor een meer dimensionele classificatie, om zo te voorkomen dat patiënten met ongeveer dezelfde eigenschappen/karakteristieken op basis van hun klachten in verschillende subgroepen worden geclassificeerd.

1.2.3 Termen in de GGZ

In de GGZ wordt gewerkt met de definities van somatoforme stoornissen volgens de DSM IV-TR (zie 1.1 en voor de complete diagnostische criteria, zie bijlage I).

Ook binnen de DSM blijft de terminologie en taxonomie aan discussie onderhevig (Wise & Birket-Smith, 2002; Sharpe e.a., 2006). Dit wordt onder andere ingegeven door het feit dat de DSM-IV zeer geschikt is om psychiatrische ziektebeelden te classificeren maar minder geschikt is voor het classificeren van aandoeningen waarbij juist vooral

lichamelijke klachten op de voorgrond staan (Sykes, 2006). Daarnaast is de wijze van classificeren zoals gedaan wordt in de DSM, geen gemeengoed buiten de GGZ en voor patiënten vaak moeilijk te begrijpen. Labeling van onverklaarde klachten als psychische stoornis wekt de indruk dat klachten die niet verklaard kunnen worden vanuit ziekte/pathologie automatisch geïnterpreteerd kunnen worden als psychopathologie. In de literatuur wordt getwijfeld aan deze aanname (Sharpe e.a., 2006). Bovendien blijkt dat bij de meeste patiënten met SOLK in de huisartsenpraktijk géén psychische aandoening wordt gevonden. Wel blijken psychosociale in stand houdende factoren vaak een rol te spelen. Ook introduceert het labelen van onverklaarde klachten als psychische stoornis een dichotomie, omdat daarmee gelijktijdig geïmpliceerd wordt dat verklaarde klachten een medische/organische origine hebben. Daarnaast strookt het labelen van onverklaarde klachten als psychische stoornis vaak niet met opvattingen van de patiënt en ook niet met het idee dat SOLK soms een resultaat is van miscommunicatie tussen arts en patiënt.

1.2.4 Naar gemeenschappelijke termen?

Voor communicatie tussen hulpverleners in de algemene gezondheidszorg en de GGZ zou het handzaam zijn en veel onduidelijkheden voorkomen als alle disciplines dezelfde termen gebruikten voor onverklaarde lichamelijke klachten. Uit bovenstaande blijkt dat in de literatuur en in de zorg nog geen algemeen bruikbare ideale benaming gevonden is.

In deze richtlijn hebben we gekozen voor de term 'Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten' (SOLK), omdat deze term het meest neutraal is en geen verklarend mechanisme suggereert. Het beschrijft lichamelijke klachten die somatisch niet goed te verklaren zijn. Daarnaast onderscheiden we voor de ernstiger beelden de somatoforme stoornissen volgens de DSM-IV-TR. In de tekst van de richtlijn zullen we beide termen regelmatig afkorten tot 'SOLK en somatoforme stoornissen'.

1.3 Samenhang met angst en depressie

Bij patiënten met somatoforme stoornissen komen depressie, angststoornissen, dissociatieve stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen veel vaker voor dan in de algemene populatie. Zo bleek 26% van de patiënten met een somatoforme stoornis in de huisartspopulatie tevens een angststoornis en/of depressie te hebben (De Waal e.a., 2004). Aandacht voor de comorbiditeit is van belang voor de differentiaaldiagnose en het opstellen van een behandelplan. In deze richtlijn wordt geen specifieke aandacht besteed aan de diagnostiek en behandeling van comorbide psychische stoornissen, hiervoor wordt verwezen naar bestaande richtlijnen over depressie en angststoornissen.

Patiënten met een depressie of angststoornis presenteren zich op het spreekuur overwegend met lichamelijke klachten.

1.4 Aanleiding voor de richtlijn

Wanneer somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) lang aanhouden en/of gepaard gaan met belemmeringen in het dagelijks functioneren, ontstaan er problemen voor patiënt, arts en maatschappij. Deze problemen hebben vooral te maken met een verschil in perspectief tussen arts en patiënt, de communicatie tussen arts en patiënt, het versnipperde zorgaanbod en hoog werkverzuim.

1.4.1 Verschil in perspectief tussen arts en patiënt

SOLK en somatoforme stoornissen vormen lastige problematiek voor de geneeskunde in zijn algemeenheid. Artsen vinden dat 5% van de patiënten met door ziekte verklaarde klachten 'zeer tot extreem moeilijk te behandelen' is, dit stijgt naar 20% als de klachten deels door ziekte verklaard konden worden en is 50% bij mensen met medisch onverklaarde klachten (Carson e.a., 2004). Artsen kunnen kennelijk makkelijker omgaan met ziekte (disease) dan met de subjectieve beleving van het ziek zijn (illness), terwijl patiënten omgekeerd juist ervaringsexpert zijn in illness en minder systematische kennis hebben over disease. In het klassieke biomedische model is er een duidelijke focus op ziekte (disease). Dit ziekte focus is nuttig als het gaat om het zoeken naar behandelmethoden. De illness experience van de patiënt, dus hetgeen de patiënt over zijn ziek zijn vertelt is in de verdrukking gekomen.

Sinds de jaren zeventig van de vorige eeuw probeert men in toenemende mate in de geneeskunde een meersporenbeleid toe te passen gebaseerd op het biopsychosociale model. Dit betekent dat de dokter zo goed mogelijk een ziekte als directe lichamelijke oorzaak aantoot of uitsluit, daarnaast psychische en sociale factoren exploreert die invloed op de klacht kunnen hebben, psychische aandoeningen probeert te herkennen en zo nodig een psychotherapeutische behandeling aanbiedt. Wanneer de klachten erger worden, persisteren of veranderen van aard moet de dokter opnieuw denken aan een mogelijke somatische oorzaak.

Zelfs als dokters proberen gebruik te maken van een meersporenbeleid, vallen veel mensen met SOLK tussen de wal en het schip in de gezondheidszorg. Vaak sluit het perspectief van de dokter (disease) niet aan bij het perspectief van de patiënt (illness experience). De patiënt voelt zich niet serieus genomen, niet begrepen en blijft ongerust terwijl de dokter machteloosheid en irritatie voelt opkomen en niet in staat is om met de patiënt tot een gezamenlijk begrip van de klachten en problemen te komen.

1.4.2 Communicatieproblemen tussen arts en patiënt

We weten vanuit de literatuur dat de klachten en beperkingen van patiënten met SOLK verbeteren als tijdens de consulten met de huisarts patiënten zich begrepen voelen (Downes-Grainger e.a., 1998). Patiënten met SOLK willen vooral graag emotionele ondersteuning en een overtuigende uitleg van hun klachten (Peters e.a., 1998, Salmon e.a., 2004). Toch blijkt uit observatie van consulten dat psychosociale aspecten (cognities en angsten) die patiënten naar voren brengen, niet goed worden geëxploreerd door de artsen (Epstein e.a., 2006). De uitleg die dokters geven aan patiënten met SOLK sluit

bovendien vaak niet goed aan op de klachtbeleving van de patiënt en arts en patiënt komen vaak niet tot een gemeenschappelijke formulering van het probleem (Dowrick e.a., 2004).

Ook de patiënt kan het ontstaan van miscommunicatie in de hand werken, bijvoorbeeld door slechts zijn klacht te uiten en niets te zeggen over de context, en door aan te dringen op een eenzijdig somatische aanpak van de klacht. Patiënten bezoeken naast hun reguliere artsen soms ook alternatieve hulpverleners, door wie zij zich vaak meer serieus genomen voelen, ook al zijn uitleg en behandelingen niet evidence-based. Alternatieve hulpverleners rapporteren in het algemeen niet terug naar de huisarts, waardoor deze geen weet heeft van de verschillende, vaak tegenstrijdige verklaringen die een patiënt over zijn klachten krijgt. Het lijkt erop dat het voortbestaan van SOLK in hoge mate een product is van arts-patiënt (mis)communicatie en lang niet altijd alleen afhankelijk is van patiënt gebonden factoren of eigenschappen.

1.4.3 Versnipperd zorgaanbod

Het zorgaanbod voor patiënten met SOLK is versnipperd: diagnostiek wordt uitgevoerd door alle medische hulpverleners die patiëntenzorg verlenen in zowel het reguliere als het alternatieve circuit: artsen, fysiotherapeuten, verpleegkundigen, enz. Daarnaast zijn ook psychologen, psychotherapeuten, psychiatrisch verpleegkundigen, psychiaters in de eerste, tweede en derdelijns GGZ betrokken bij de behandeling en begeleiding. Er is geen scherpe grens te trekken tussen diagnostiek en behandeling: de wijze waarop diagnostische informatie verzameld wordt (bijvoorbeeld bloedonderzoek versus klachtendagboek) beïnvloedt de opstelling (passief of actief) en de ideeën van de patiënt over de klachten (ziekte of levensprobleem).

Tussen hulpverleners is grote variatie in affiniteit met deze patiëntengroep en in diagnostische en therapeutische vaardigheden. Somatoforme stoornissen worden slecht herkend. De Waal e.a. (2004) vonden dat 16% van de patiënten die de huisarts bezoekt voldoet aan de criteria van een somatoforme stoornis, maar dat slechts bij een fractie van deze patiënten een somatoforme stoornis als diagnose werd gesteld.

Veel artsen en patiënten weten niet dat er 'evidence based' (farmacotherapeutische en psychologische) behandelingen zijn en wat deze inhouden. Verwijzing naar de GGZ is voor patiënten vaak niet direct acceptabel, ze hebben lichamelijke klachten en verwachten vaak een medisch-somatische aanpak. Uiteindelijk wordt daardoor slechts een fractie van de patiënten met SOLK en somatoforme stoornissen verwezen.

Bovendien bestaat in veel regio's een tekort aan therapeuten die geschoold zijn in het behandelen van patiënten met SOLK en somatoforme stoornissen.

Binnen de GGZ bestaat de indruk dat veel patiënten met SOLK en somatoforme stoornissen geen adequate hulp krijgen, mogelijk daardoor lang klachten houden (chroniciteit), en pas in aanraking komen met de GGZ als de secundaire problemen aanzienlijk zijn toegenomen (complexiteit) en dit reden is geworden tot zorg. Deze ondoelmatige medische zorg brengt bovendien hoge kosten mee (kosten van medische zorg en maatschappelijke kosten).

1.4.4 Arbeid, arbeidsongeschiktheid en functioneren

De factor arbeid is betrokken in diverse onderzoeken over met name specifieke klachten van het bewegingsapparaat. We verwijzen daarvoor naar 2.3. Er is in Nederland beperkt onderzoek gedaan naar vóórkomen van SOLK bij werknemers en de relatie met ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en functioneren.

In een prospectieve studie hingen subjectieve gezondheidsklachten (met name concentratieproblemen, nerveuze klachten en diverse SOLK) samen met een verhoogde kans op toekomstig verzuim. Hoe meer klachten, hoe groter de kans (Roelen e.a., 2006).

Onder werknemers met verzuim van 4 tot 8 maanden ging het in een derde van de gevallen om moeilijk objectiveerbare klachten (Brenninkmeijer e.a., 2006). In het merendeel van de gevallen noemden ze somatisatie daarvan de oorzaak. In een aselecte steekproef onder 500 werknemers met verzuim (0-2 jaar) die de bedrijfsarts consulteerden voldeed 37% aan het somatisatiecriterium volgens de 4-DKL (Hoedeman, 2008). Braber & Van der Beek (2008) vonden volgens hetzelfde criterium bij een steekproef onder 88 werknemers een percentage van 33%.

In 2002 vormden de belangrijkste functionele syndromen 6,4% en specifieke rugklachten 4,4% van de gehele WAO-instroom in Nederland (UWV, 2005).

Deze Nederlandse bevindingen sluiten aan op die uit de internationale literatuur. Eriksen e.a. (1998) vonden dat 'subjective health complaints' samen gingen met een duidelijk verhoogd risico op frequent en langdurig verzuim. Normén e.a. (2008) en Hansen e.a. (2005) vonden in case-controlonderzoek specifiek gericht op SOLK dat de kans op ziekteverzuim het hoogst was bij lichamelijke klachten zonder duidelijke somatische diagnose.

Diverse onderzoeken (Kroenke 1998, Kroenke 2002) tonen aan dat meerdere SOLK leiden tot vermindering op alle domeinen van het functioneren; het minst voor sociaal functioneren en het meest met betrekking tot ervaren gezondheid en ervaren energie. Hierbij lagen de ervaren beperkingen voor patiënten met de subklinische vormen van somatisatiestoornissen dicht bij het niveau van patiënten met een somatisatiestoornis dan bij het niveau van 'normalen'. Dit geeft aan dat SOLK en somatoforme stoornissen een aanzienlijke bijdrage leveren aan frequent en langdurig verzuim. Het is een belangrijk maatschappelijk probleem omdat het leidt tot afname van het welzijn en tot aanzienlijke kosten. (Voor overige informatie over de factor arbeid, zie: 3.5, 4.4 en 4.7.2.)

Kortom, SOLK en somatoforme stoornissen vormen een ernstig en omvangrijk probleem in de gezondheidszorg en maatschappij: arts-patiëntcommunicatie, herkenning, diagnostiek, behandeling en zorgorganisatie van SOLK en somatoforme stoornissen schieten tekort, terwijl er wel evidence-based consultvoeringstechnieken en behandelingen bestaan. Dit onderbouwt de noodzaak tot het ontwikkelen van een multidisciplinaire richtlijn.

1.5 Doelgroep en doel van de richtlijn

De richtlijn is bedoeld voor alle hulpverleners die betrokken zijn bij patiënten/cliënten-zorg aan mensen met SOLK en somatoforme stoornissen in Nederland. Met de richtlijn beogen we houvast te bieden bij bejegening, herkenning, diagnostiek, voorkómen van verergering, behandeling, verwijzing en begeleiding van mensen met SOLK en somatoforme stoornissen. Patiënten kunnen de richtlijn gebruiken bij het overleg met hulpverleners over passende diagnostiek en behandeling.

De richtlijn biedt aanknopingspunten voor hiervan afgeleide richtlijnen per discipline en voor zorgorganisatie, bijvoorbeeld transmurale afspraken en lokale protocollen. Daarnaast geeft de richtlijn kennislacunes aan en doet aanbevelingen voor wetenschappelijk onderzoek. Ten slotte bevat de richtlijn aanbevelingen voor implementatie.

1.6 Werkwijze van de werkgroep

Deze paragraaf is opgesteld aan de hand van het 'Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation' (AGREE) instrument. Dit instrument is in een Europees verband opgesteld om de kwaliteit van richtlijnen te kunnen beoordelen. Door de aspecten van AGREE te verwerken in de inleiding van de richtlijn, wordt duidelijk aan welke kwaliteitseisen is voldaan.

De werkgroep werkte gedurende twee en een half jaar (14 vergaderingen) aan de totstandkoming van de richtlijn.

De werkgroep heeft uitgangsvragen geformuleerd die gebaseerd zijn op knelpunten die door professionals in de zorg worden ervaren. De werkgroep heeft door middel van systematisch literatuuronderzoek onderzoeksgegevens verzameld ter beantwoording van de uitgangsvragen. Dit leverde een zeer grote hoeveelheid potentieel relevante onderzoeken. De beperkte tijd die voor het maken van deze richtlijn stond, dwong de werkgroep prioriteiten te stellen. Vervolgens schreven de werkgroepleden een paragraaf of hoofdstuk waarin de beoordeelde literatuur werd verwerkt. Tijdens vergaderingen lichtten zij hun teksten toe, dachten mee en discussieerden over andere hoofdstukken.

Een redactiecommissie heeft de teksten uiteindelijk tot een samenhangend geheel geredigeerd.

De richtlijn heeft van december 2008 tot maart 2009 op de website van het Trimbos-instituut en het CBO gestaan om beroepsverenigingen en professionals in de gelegenheid te stellen commentaar te leveren. De commentaren zijn door de werkgroep beoordeeld en waar van toepassing in de richtlijn verwerkt.

1.6.1 Wetenschappelijke onderbouwing

De richtlijn is voor zover mogelijk gebaseerd op bewijs uit gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek. We zochten in de databases van Medline (PubMed), Embase, PsycINFO en Cochrane naar publicaties in het Nederlands, Engels en Duits. Indien we een erg

groot aantal treffers vonden, hebben we ons beperkt tot publicaties die tussen 1997 en 2007 zijn verschenen. Voor de gehanteerde zoektermen verwijzen we naar bijlage II: Systematische literatuursearch. Tevens verkregen we artikelen uit referentielijsten van opgevraagde literatuur. Daarnaast raadpleegden we ook andere richtlijnen voor somatofome stoornissen en SOLK. De werkgroepsleden hebben de geselecteerde artikelen beoordeeld op kwaliteit van het onderzoek en ingedeeld naar mate van bewijs. De hierbij gebruikte indeling staat in tabel 2.

1.6.2 Format

De beoordeling van de verschillende artikelen is in de verschillende teksten terug te vinden onder het kopje 'Wetenschappelijke onderbouwing'. Het wetenschappelijke bewijs is vervolgens kort samengevat in een conclusie, met daarbij een niveau van bewijs (zie tabel 1 en 2). Om te komen tot een aanbeveling zijn er naast het wetenschappelijk bewijs nog andere aspecten van belang, zoals patiëntenvoorkeuren, kosten, en beschikbaarheid (in verschillende echelons). Deze aspecten worden vermeld onder het kopje 'Overige overwegingen'. Deze overwegingen, geformuleerd door werkgroepleden, zijn dus niet gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. De aanbevelingen zijn het resultaat van het beschikbare bewijs en de overige overwegingen.

Tabel 2: Indeling van methodologische kwaliteit van individuele onderzoeken

	Interventie	Diagnostisch onderzoek	Etiologie, prognose*
A1	Systematische review van ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau		
A2	Gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit van voldoende omvang	Onderzoek ten opzichte van een referentietest (een 'gouden standaard') met tevoren gedefinieerde afkapwaarden en onafhankelijke beoordeling van de resultaten van test en gouden standaard, betreffende een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten die allen de index- en referentietest hebben gehad	Prospectief cohortonderzoek van voldoende omvang en follow-up, waarbij adequaat gecontroleerd is voor 'confounding' en selectieve follow-up voldoende is uitgesloten.
B	Vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 (hieronder valt ook patiënt-controle onderzoek, cohort-onderzoek)	Onderzoek ten opzichte van een referentietest, maar niet met alle kenmerken die onder A2 zijn genoemd	Prospectief cohortonderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 of retrospectief cohortonderzoek of patiënt-controle onderzoek
C	Niet-vergelijkend onderzoek		
D	Mening van deskundigen		

**Deze classificatie is alleen van toepassing in situaties waarin om ethische of andere redenen gecontroleerde trials niet mogelijk zijn. Zijn die wel mogelijk dan geldt de classificatie voor interventies.*

Tabel 3: Niveau van conclusie

	Conclusie gebaseerd op
1	Onderzoek van niveau A1 of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2
2	Eén onderzoek van niveau A2 of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B
3	Eén onderzoek van niveau B of C
4	Mening van deskundigen

© Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO Handleiding voor werkgroepleden, januari 2006

Voor de leesbaarheid staan alle evidentie tabellen in bijlage III.

1.6.2 Verspreiding en implementatie

De richtlijn wordt verspreid onder de leden van de aan de ontwikkeling van de richtlijn deelnemende wetenschappelijke verenigingen en beroepsverenigingen. Daarnaast wordt een samenvatting van de richtlijn gepubliceerd in relevante tijdschriften.

1.6.3 Juridische betekenis van richtlijnen

Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften, maar zo veel mogelijk op bewijs gebaseerde inzichten en aanbevelingen waaraan zorgverleners kunnen voldoen om kwalitatief zo goed mogelijk zorg te verlenen. Zorgverleners kunnen, als zij dat nodig achten, op basis van hun professionele verantwoordelijkheid afwijken van de richtlijn. Afwijken van richtlijnen is, als de situatie van de patiënt dat vereist, zelfs noodzakelijk. Als van de richtlijn wordt afgeweken, is het voor zorgverleners noodzakelijk om dit te beargumenteren, ook naar de cliënt toe, en te documenteren.

1.6.4 Herziening

Uiterlijk in 2014 bepaalt de opdrachtgever/verantwoordelijke instantie of deze richtlijn nog actueel is. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om de richtlijn te herzien.

De geldigheid van de richtlijn komt eerder te vervallen als nieuwe ontwikkelingen aanleiding geven een herzieningstraject te starten.

1.7 Afbakening in de richtlijn

In de richtlijn ligt de nadruk op algemene principes van herkenning, bejegening, diagnostiek en behandeling van patiënten met SOLK en somatoforme stoornissen. De richtlijn is uitdrukkelijk van toepassing voor alle SOLK en somatoforme stoornissen.

De voornaamste functie van de richtlijn is het bieden van een 'moederrichtlijn' waarin alle hulpverleners het generieke beleid kunnen vinden voor SOLK of somatoforme stoornis. Iedere discipline kan deze moederrichtlijn gebruiken om van daaruit haar eigen disciplinespecifieke richtlijn te specificeren.

De werkgroep heeft derhalve besloten de aandacht voor klachtspecifieke aspecten beperkt te houden. Immers, voor klachtspecifieke diagnostiek en beleid bestaan al veel klachtspecifieke richtlijnen, zoals de huisartsgeneeskundige NHG-standaarden, de verzekeringsgeneeskundige protocollen, de interdisciplinaire CBO-richtlijnen en Gezondheidsraadrapporten en de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken (LESA's). Voor CVS en fibromyalgie is een multidisciplinaire richtlijn in ontwikkeling. Derhalve zal dat hier niet worden behandeld. Ook is besloten om de chronische pijn niet uitgebreid aan bod te laten komen. De werkgroep adviseert om voor chronische pijn een aparte richtlijn te ontwikkelen. Hypochondrie is eerder beschreven in de MDR angststoornissen. We hebben echter besloten deze stoornis toch op te nemen in de richtlijn, omdat hypochondrie in de DSM gerekend wordt tot de somatoforme stoornissen. Bovendien zijn er sinds het verschijnen van de richtlijn angststoornissen nieuwe studies verschenen die voor ons reden waren tot aanpassing van de aanbevelingen.

De richtlijn gaat niet over SOLK en somatoforme stoornissen bij kinderen. Deze problematiek, met de grote invloed van ontwikkelingsfasen en de rol van ouders en andere opvoeders, wettigt ons inziens een aparte richtlijn.

Bij het zoeken naar literatuur is besloten om primair te zoeken op de algemene term 'lichamelijk onverklaarde klacht' (en zijn vele varianten), op de namen van functionele syndromen (zoals prikkelbare darmsyndroom, en niet-cardiale thoraxpijn) en op DSM-IV somatoforme stoornissen.

Tot slot heeft de werkgroep ervoor gekozen in het hoofdstuk behandeling voor één groep klachten, namelijk buikklachten, de klachtspecifieke aspecten wél uit te werken. Aan de hand van enkele gynaecologische pijnsyndromen en het prikkelbare darmsyndroom wordt de rol van verschillende klachtspecifieke aspecten bij buikpijn geïllustreerd.

1.7.1 Het biopsychosociaal model

Sinds de jaren zeventig van de vorige eeuw probeert men in toenemende mate in de geneeskunde een meersporenbeleid toe te passen gebaseerd op het biopsychosociale model. Dit model is gebaseerd op de theorie van Engel (1977) die in die tijd de biopsychosociale benadering introduceerde. Het gaat ervan uit dat bij ziekte en stoornissen in het menselijk functioneren eigenlijk altijd alle drie de factoren – biologische, psychologische en sociale – een significantie rol spelen. Het model blijkt een vruchtbaar tegenwicht tegen de eenzijdige reductionistische (patho)fysiologische benadering, die in het geval van onverklaarde lichamelijke klachten onvoldoende uitkomst biedt. De medische opleiding heeft het biopsychosociale model in zoverre geïncorporeerd, dat zij centraal stelt dat de context (zoals de directe omgeving) van wezenlijk belang is voor de gezondheid (zie bijvoorbeeld de eindtermen raamplan geneeskunde 2001, Metz e.a., 2001). Er wordt van uitgegaan dat de mens is gebouwd om in voortdurende interactie met zijn omgeving te staan.

De werkgroep ziet het biopsychosociale model als een zeer geschikte model om de vele factoren in kaart te brengen die in hun onderlinge samenhang een rol spelen bij het ontstaan en blijven voortduren van SOLK en somatoforme stoornissen. Risicofactoren

kunnen optreden binnen de drie domeinen: biologisch, psychisch en sociaal. Daarnaast kan onderscheid gemaakt worden in drie groepen risicofactoren:

- *Predisponerende of voorbeschikkende factoren* zijn vaak al lang bestaande of genetische kenmerken of vroegere ervaringen die iemand kwetsbaar maken voor het ontstaan van de klacht of stoornis.
- *Luxerende factoren* lokken het optreden van de klacht of stoornis uit.
- *In stand houdende factoren* onderhouden de klacht of stoornis of maken hem erger.

Zo ontstaat een matrix van op elkaar inwerkende risicofactoren.

Tabel 4: Risicofactoren voor het ontwikkelen van SOLK en somatoforme stoornissen

	Biologisch	Psychologisch	Sociaal
Voorbeschikkend	genetische kwetsbaarheid	trauma, hechting	(omgang met) ziekte in familie
Uitlokkend	vermoeidheid	stress	life event
Onderhoudend	conditieverlies	ongerustheid	weinig sociale steun

Hierboven zijn slechts voorbeeldmatig enkele factoren ingevuld. Elke theoretische stroming, maar ook elke discipline geeft deels weer een andere invulling of werkt een van de factoren uitgebreider uit.

Het onderscheid tussen de verschillende factoren bij de individuele patiënt is van wezenlijk belang voor de behandeling: kiest men voor het wegnemen van de voorbeschikkende factoren? Richt men zich op nog aanwezige luxerende factoren? Of probeert men het beloop te beïnvloeden via het bewerken van de onderhoudende factoren?

1.7.2 Andere verklaringsmodellen

In de literatuur en de klinische praktijk komen verschillende mogelijke oorzakelijke en risicofactoren naar voren die van toepassing kunnen zijn op groepen patiënten of op een individueel geval.

Stresstheorie

De stresstheorie ziet als functie van het stresssysteem om bij wisselende omstandigheden een zekere balans binnen het menselijk organisme te bewaren. De reactie op dreigend gevaar (vechten, vluchten, verstijven) is hiermee gemoeid. Wanneer het stresssysteem door extreme of langdurige belasting ontregeld raakt, het overmatig reageert of juist onvoldoende reageert, kunnen langdurige lichamelijke klachten ontstaan. De Gucht en Fischler (2002) tonen onder andere in hun 'analyse van de relatie tussen professionele stress, psychosociale parameters en verschillende dimensies van fysieke gezondheid' aan dat een hoog niveau van professionele stress gecorreleerd is aan vermoeidheid, pijn en somatoforme stoornissen. Psychologische distress speelt in deze relatie een belangrijke rol. Hun hypothese is dan ook dat bepaalde psychosociale factoren in interactie met een chronisch hoog niveau van professionele stress kan resulteren in het ervaren van SOLK.

Leertheorie

De leertheorie benadrukt het belang van gedrag en leerprocessen, zoals conditionering, modellering, verwachtingsleren en bekrachtiging. Verder legt deze visie nadruk op copingstijlen en vaardigheden. De cognitieve theorieën benadrukken daarbij het belang van attributies bij ontstaan maar vooral ook bij het in stand houden van SOLK en somatoforme stoornissen. Cognitieve verklaringmodellen hebben als gemeenschappelijk element dat niet de ervaren klachten, maar de interpretatie ervan en het daaruit volgende ziekte- of hulpzoekgedrag centraal staat in het somatisatieproces. Vanuit leertheoretische hoek wordt nadruk gelegd op in stand houdende factoren. (Salkovskis, 1989; Sharpe e.a., 1992; Speckens e.a., 2004; Van Rood e.a., 2001). Het gaat zowel om fysieke, emotionele, gedragsmatige, cognitieve als om sociale in stand houdende gevolgen. Zo kan iemand met pijnklachten op den duur bijvoorbeeld gaan denken: 'Ik moet goed uitkijken bij wat ik doe anders krijg ik weer die verschrikkelijke pijn.' Het gevolg is dat diegene bang wordt te bewegen en allerlei activiteiten uit de weg gaat. Hierdoor kan conditieverlies ontstaan met als gevolg een toename van gevoeligheid voor pijnprikkels. Door de bewegingsangst onderneemt diegene minder sociale activiteiten en raakt meer en meer sociaal geïsoleerd, met somberheid als gevolg. Deze somberheid zorgt voor een toegenomen pijnervaring.

Somatosensorische amplificatietheorie

Robbins & Kirmayer (1991) benadrukken in hun perceptuele verklaringstheorie dat bij mensen die, om wat voor reden dan ook, gefocust zijn op lichamelijke sensaties, deze sensaties als het ware worden uitvergroot. Ongerustheid over lichamelijke klachten speelt vervolgens een rol bij het in stand houden van klachten en beïnvloedt uiteraard de mate waarin klachten gepercipieerd worden.

Neurowetenschappen

De neurowetenschappen benadrukken de complexe wisselwerking tussen neurobiologische processen (HPA-as, cytokinen) en omgevingsfactoren en aandacht. Veronderstelde afwijkingen in bijvoorbeeld het limbisch systeem zijn uitgangspunt van theorievorming. Neurale endocrinologische en neuronvegetatieve processen zijn ook onderdeel van de neurobiologische benadering. Zo wordt verstoring van de HPA-as (gevormd door de onderlinge afstemming tussen hypothalamus, hypofyse en bijniere) gezien als een mogelijke verklaring voor zowel het ontstaan als het in stand blijven van bepaalde somatoforme aandoeningen. Deze visie is verweven met de stressbenadering (zie hiervoor). Een verstoorde werking van het immuunsysteem wordt ook als verklaringprincipe aangewend. De psycho(neuro-)immunologie beziet de effecten van psychologische aspecten en de daarmee verbonden neurohormonale processen op het immuunsysteem. Het gaat hierbij vaak om een defensieve of mediërende werking van het immuunsysteem. Verder benadrukt de psycho-immunologie ook de gevolgen van somatische ziektes op endocriene processen, immunologische processen, op de stemming en op het gedrag. Dit zou kunnen verklaren waarom bepaalde lichamelijk verklaarde aandoeningen niet herstellen ondanks adequate medische behandeling. Recentelijk is er ook toenemende belangstelling op het

terrein van de 'embodied cognitions', waarbij directe verbanden worden beschouwd tussen lichamelijke processen en psychologische verschijnselen (Damasio, 2002).

Praktische geneeskunde

De praktische geneeskunde baseert het meersporenbeleid op deze matrix. Dit betekent dat de dokter zo goed mogelijk een ziekte als directe lichamelijke oorzaak aantoonst of uitsluit, daarnaast psychische en sociale factoren exploreert die invloed op de klacht kunnen hebben, psychische aandoeningen probeert te herkennen en zo nodig een psychotherapeutische behandeling aanbiedt. Wanneer de klachten erger worden, persistenten of veranderen van aard moet de dokter opnieuw denken aan een mogelijke somatische oorzaak.

Draagkracht/draaglastmodel

Het draagkracht/draaglastmodel gaat ervan uit dat mensen individueel verschillen in hun mogelijkheden om allerlei belastende situaties en gebeurtenissen het hoofd te bieden. Die mogelijkheden, zoals allerlei vaardigheden en copingstijlen, bepalen, naast de mate van sociale steun en de lichamelijke conditie, de omvang van de draagkracht. De draaglast wordt bepaald door allerlei factoren, zoals persoonlijke, materiële, werkgebonden en sociale problemen. Als de draaglast te groot wordt voor de draagkracht van de persoon in kwestie zal dat leiden tot klachten van zowel lichamelijke als van psychische aard. Afhankelijk van de interpretatie van deze klachten (zoals somatiseren) zal iemand hulp zoeken voor zijn klachten. Een model dat invulling geeft aan het draagkracht/draaglast-principe is het zogenaamde SSKK-model (zie De Jonghe & Dekker, 1997). SSKK staat voor: steun, stress, kracht en kwetsbaarheid. Het gaat hierbij om het evenwicht tussen deze factoren.

Psychoanalytische traditie

Volgens de psychoanalytische traditie hebben onverklaarde lichamelijke klachten te maken met het verdringen van emoties. Een innerlijk conflict, met de daarmee gepaard gaande sterke emoties, wordt uit het bewustzijn verdrongen maar komt op een symbolische wijze tot uitdrukking in een functiestoornis.

Een centraal concept in verband met emoties en onverklaarde lichamelijke klachten is alexithymie: het onvermogen gevoelens te ervaren, herkennen en omschrijven, bij zichzelf en bij anderen (Sifneos, 1973). Er zijn verschillende aanwijzingen dat patiënten met somatoforme stoornissen moeite hebben met het herkennen van gevoelens en deze te onderscheiden van fysieke sensaties (De Gucht en Fischler, 2002; Bankier e.a., 2001).

Hechtingstheorie

De Hechtingstheorie legt verband tussen een vroege onveilige hechtingsstijl en een latere kwetsbaarheid voor SOLK en somatoforme stoornissen. Vanuit een ontwikkelingspsychologisch perspectief kunnen tal van verbanden worden gelegd of onderzocht, zoals de invloed van vroege trauma's, vroege affectieve verwaarlozing en vroeg aangeleerde manieren van omgaan met lichamelijke klachten.

1.7.3 Verband predisponerende en uitlokkende factoren en soort klachten

Onderzoek naar predisponerende en uitlokkende factoren is in het belang van een tijdige herkenning en preventie. In de literatuur vonden wij voor verschillende SOLK verschillende verbanden met predisponerende en uitlokkende risicofactoren:

Klachten van het bewegingsapparaat en

- weinig sociale steun op het werk (lage rugpijn: Hoogendoorn e.a., 2000; nekpijn: Ariens e.a., 2001);
- hoge werkdruk (nekpijn: Ariens e.a., 2001; schouder, arm en hand: Bongers e.a., 2002);
- hoge fysieke belasting, waaronder ook lang in één houding werken (lage rugpijn: Hoogendoorn e.a., 1999; nekpijn: Ariens e.a., 2000);
- lage werktevredenheid (lage rugpijn: Hoogendoorn e.a., 2000; nekpijn: Ariens e.a., 2001).

Chronische pijn in de onderbuik bij vrouwen en

- leeftijd, BMI, roken, kenmerken van het menstruatiepatroon, gynaecologische ziekten en ingrepen en seksueel misbruik, psychologische en psychiatrische aandoeningen (Latthe e.a., 2006).

Hoofdpijn, chronische pijn, fibromyalgie, somatisatiestoornis, somatoforme pijnstoornis en

- aanranding, kindermisbruik/mishandeling en tegenslagen, geweld of verwaarlozing op kinderleeftijd (met name binnenshuis) (Davis e.a., 2005; Imbierowicz & Egle, 2003; Golding, 1999; Sar e.a., 2004).

Psychosomatische klachten en

- een lage sociaaleconomische status (Hurre e.a., 2005);
- werkloosheid (Viinamaki e.a., 1996).

SOLK, functionele stemproblemen, IBS en chronischvermoeidheidssyndroom en

- neuroticisme (Deary e.a., 2007; Roelofs & Spinhoven, 2007; Huygen, 2006). Onder neuroticisme verstaat men met elkaar samenhangende eigenschappen of persoonlijkheidstrekken op het vlak van emotionele labiliteit, angstigheid, tobberigheid, somberheid en sensitiviteit.

Hypochondrie en

- het obsessief omgaan met lichamelijke gewaarwordingen (Abramowitz & Braddock, 2008).

1.8 Uitgangsvragen

In de richtlijn zijn de volgende uitgangsvragen behandeld:

Diagnostiek

1. Wat is de prognose van SOLK?
2. Hoe groot is de kans dat bij SOLK alsnog een somatische eindiagnose wordt gesteld die de klachten verklaart?
3. Kan op basis van de aanwezigheid van psychosociale stressoren de patiënt met SOLK worden onderscheiden van de patiënt met somatisch verklaarde klachten?
4. Beïnvloedt de kwaliteit van de arts-patiëntrelatie bij SOLK de klinische prognose?
5. Welke instrumenten om een onderliggende psychiatrische stoornis te diagnosticeren bij patiënten met SOLK zijn toepasbaar in de eerste, tweede en derde lijn?

Behandeling

6. Op welke wijze kan de zorg voor patiënten met somatoforme klachten en stoornissen het best worden georganiseerd, zodat er een klinisch significant en kosteneffectief behandelresultaat wordt gerealiseerd?
7. Wat is de wetenschappelijke evidentie voor behandeling van SOLK en somatoforme stoornissen?
8. Wat is de wetenschappelijke evidentie voor specifieke behandeling van de volgende afzonderlijke somatoforme syndromen:
 - a. chronische buikpijn bij vrouwen;
 - b. dysmenorroe;
 - c. prikkelbare darmsyndroom?

Preventie

9. Welke wetenschappelijke onderbouwing is er voor de effectiviteit van universele preventie van SOLK en somatoforme stoornissen?
10. Welke wetenschappelijke onderbouwing is er voor de effectiviteit van selectieve preventie van SOLK en somatoforme stoornissen?
11. Welke wetenschappelijke onderbouwing is er voor de effectiviteit van geïndiceerde preventie bij SOLK op preventie van somatoforme stoornissen?
 - 9a. Welke wetenschappelijke onderbouwing is er voor de invloed van arts-patiëntcommunicatie bij SOLK op preventie van somatoforme stoornissen?
 - 9b. Welke wetenschappelijke onderbouwing is er voor de invloed van geruuststellen bij SOLK op preventie van somatoforme stoornissen?
 - 9c. Welke wetenschappelijke onderbouwing is er voor de invloed van patiënteninformatie over SOLK op preventie van somatoforme stoornissen?

1.9 Opzet van de richtlijn

1.9.1 Keuzes

Hoewel de werkgroep ervan uitgaat dat de richtlijn zo veel mogelijk gebaseerd moet zijn op resultaten van wetenschappelijk onderzoek, bleek gaandeweg dat de grote hoeveelheid onderzoeksgegevens slechts zeer fragmentarische kennis representeert. Enkele voorbeelden: over werkgerelateerde factoren bij rugpijn bestaat veel onderzoek, terwijl over de rol van de factor werk bij SOLK en somatoforme stoornissen in het algemeen heel weinig bekend is; kortetermijneffecten van antidepressiva worden vaak onderzocht, terwijl relevanter langetermijnonderzoek ontbreekt; naar bepaalde kruiden is verrassend veel onderzoek gedaan; over organisatie van zorg (stepped care, disease-management, effectiviteit van dezelfde therapie uitgevoerd door verschillende disciplines of in verschillende settings) bestaat vrijwel geen onderzoek. De meeste uitgangsvragen bleken niet of slechts zeer gedeeltelijk op basis van bestaand onderzoek te beantwoorden. De werkgroep heeft daarom op veel punten haar eigen praktische expertise laten spreken.

Ter wille van de transparantie van de richtlijn noemen we hier enkele belangrijke keuzes die de werkgroep gemaakt heeft op basis van haar eigen ervaring en consensus:

- De werkgroep beschouwt SOLK en somatoforme stoornissen als een *continuüm*, lopend van enerzijds een enkelvoudige lichamelijk onvoldoende verklaarde klacht die nog niet al te lang bestaat en weinig functionele beperkingen met zich meebrengt, via langdurige SOLK met functionele beperkingen en vaak meerdere klachten naar somatoforme stoornissen die voldoen aan de DSM-criteria, met als ernstigste de somatisatiestoornis. Daarbij zien we SOLK vooral als het gevolg van gebrekkige communicatie en verschillen in klachtinterpretatie tussen arts en patiënt, terwijl bij somatoforme stoornissen de rol van psychische stoornissen en aangeboren kwetsbaarheid bij de patiënt toeneemt. Dit leidt tot aanbevelingen over communicatietraining voor alle hulpverleners.
- De werkgroep ziet een consequent *tweesporenbeleid* in de eerste lijn als de basis van het beleid bij patiënten met SOLK en somatoforme stoornissen.
- De werkgroep hanteert *stepped care* als basisprincipe voor de organisatie van zorg. Dit houdt in dat begonnen wordt met de lichtste vorm van behandeling, en dat alle patiënten die hierop niet verbeteren een tweede en zo nodig derde stap aangeboden krijgen. Het is nog onduidelijk of patiënten met een complexe lang bestaande somatoforme stoornis met grote belemmeringen in het dagelijks leven er baat bij hebben de eerste stappen over te slaan en direct een hooggespecialiseerde behandeling aangeboden te krijgen.
- De werkgroep benadrukt het *belang van tijdige herkenning en adequate hulp* bij SOLK en somatoforme stoornissen. De werkgroep beschouwt somatoforme stoornissen, inclusief de somatisatiestoornis, als *goed behandelbare aandoeningen*, waarbij nog niet te zeggen is welk percentage van de patiënten chronisch last van hun somatoforme stoornissen zullen houden als zij meer dan nu tijdig adequate hulp krijgen.
- Werken met patiëntprofielen die het risico op iatrogene schade dan wel een chronisch beloop aangeven biedt de mogelijkheid om mensen die een hoog risico hebben op

ongunstig beloop te identificeren en adequaat te behandelen en begeleiden, door de patient op geleide van diens profiel ergens in de stepped care behandeling in te laten stappen.

Bovenstaande keuzes vormen, naast de wetenschappelijke literatuur, de peilers onder de opzet van de richtlijn.

1.9.2 De indeling van de richtlijn

De indeling van de hoofdstukken volgt de uitgangsvragen.

1.9.3 Slotopmerking

Daar waar de werkgroep in deze richtlijn 'hij' schrijft, wordt ook 'zij' bedoeld.

Daar waar de richtlijn 'patiënt' schrijft, erkent de werkgroep dat de term 'cliënt' in de geestelijke gezondheidszorg veel wordt gebruikt. Omwille van de eenheid binnen deze richtlijn en binnen alle GGZ-richtlijnen is echter de term patiënt aangehouden.

2 Diagnostiek

2.1 Inleiding

Mensen ervaren bijna dagelijks allerlei signalen in hun lichaam die zij, afhankelijk van de hinder of ongerustheid die de signalen opleveren, als klachten duiden. Voor een deel van deze klachten bestaan eenvoudige fysiologische verklaringen, zoals hartkloppingen bij iemand die opgejaagd is, voor een ander deel is een onderliggend pathofysiologisch mechanisme waarschijnlijk. Voor een groot deel van de klachten vinden artsen echter geen bevredigende verklaring. Bij deze laatste categorie is het de vraag hoe ver je moet gaan bij het uitsluiten van een lichamelijke oorzaak voor de klachten. In principe kan elke klacht – of het nu gaat om duizeligheid, buikpijn of kniepijn – berusten op een fysiologisch of een pathofysiologisch proces, maar het kan ook onderdeel zijn van het brede palet van de SOLK. Een eenvoudig diagnostisch algoritme is dan ook niet op te stellen.

Lichamelijke klachten kunnen ook uiting zijn van een depressie of angststoornis, waarbij nogal eens de lichamelijke klachten op de voorgrond staan.

Het beloop van SOLK is erg variabel, bij een aanzienlijk deel van de mensen verdwijnen de klachten na verloop van tijd weer, maar bij 10-30% verergeren de klachten. Het identificeren van mensen die at risk zijn voor een ongunstig beloop is een belangrijk onderdeel van het diagnostisch proces. De patientprofielen die beschreven staan in hoofdstuk 4 kunnen daarbij een handvat bieden. Op basis van een knelpuntenanalyse heeft de werkgroep de volgende uitgangsvragen geformuleerd.

Uitgangsvragen

Vraag 1 Wat is de prognose van SOLK?

Vraag 2 Hoe groot is de kans dat bij SOLK alsnog een somatische eindiagnose wordt gesteld die de klachten verklaart?

Vraag 3 Kan op basis van de aanwezigheid van psychosociale stressoren de patiënt met SOLK worden onderscheiden van de patiënt met somatisch verklaarde klachten?

Vraag 4 Beïnvloedt de kwaliteit van de arts-patiëntrelatie bij SOLK de klinische prognose?

Vraag 5 Welke instrumenten om een onderliggende psychiatrische stoornis te diagnosticeren bij patiënten met SOLK zijn toepasbaar in de eerste, tweede en derde lijn?

Opbouw van dit hoofdstuk

Eerst beschrijven we enkele uitgangspunten voor het diagnostisch proces. Vervolgens komen de uitgangsvragen aan bod. Het hoofdstuk eindigt met een diagnostisch stappenplan voor de eerste en tweede lijn. Dit stappenplan is bij gebrek aan wetenschappelijke onderbouwing gebaseerd op consensus in de werkgroep en moet gezien worden als een aanbeveling.

2.2 Uitgangspunten voor het diagnostisch proces bij SOLK en somatoforme stoornissen

Bij het verrichten van diagnostiek zijn drie differentiaal diagnostische overwegingen van groot belang: het uitsluiten van een onderliggende organische aandoening of middelenmisbruik voor de klachten, het vaststellen van tevens bestaande lichamelijke comorbiditeit, en het vaststellen van eventuele psychiatrische comorbiditeit. Met name angst en depressie komen veel voor bij mensen met SOLK en somatoforme stoornissen.

Belangrijk onderdeel van het diagnostisch proces is het opstellen van een patiëntprofiel waarin het risico op iatrogene schade en chroniciteit houvast kan bieden voor het behandelbeleid.

Fysiologie of pathologie?

Om de klachten die onderdeel uitmaken van het dagelijkse leven - 80% van de mensen ervaart in een willekeurige periode van twee weken, een of meer lichamelijke klachten- te onderscheiden van SOLK is de mate van ervaren hinder en beperkingen in het dagelijks functioneren een belangrijke maatstaf. De interpretatie van de lichamelijke verschijnselen bepaalt voor een deel de hinder die mensen ervaren. Misinterpretatie van normale fysiologische verschijnselen kan fysiologische effecten versterken of nieuwe effecten oproepen. Als iemand bonzen van het hart bij lichamelijke inspanning interpreteert als een het signaal dat er iets mis gaat met het hart, kan dat paniek of stress veroorzaken. Die stress kan leiden tot een drukkend gevoel op de borst en mogelijk tot een 'dreigend' hartinfarct. In deze situatie is het lastig om vast te stellen of er een lichamelijke 'oorzaak' voor de symptomen is. Angstig, depressief of meer in het algemeen gestrest zijn gaat altijd gepaard met lichamelijke equivalenten. Deze equivalenten zijn soms oorzaak van de depressieve klachten, maar vaker waarschijnlijk het gevolg. De aanvankelijke fysiologische verstoring kan leiden tot pathofysiologie omdat terugkeer naar de normale basale fysiologie niet meer lukt, de balans is zoek (allostasis). Anders gezegd: de *allostatic load* is teveel geweest. Deze processen worden vermoed maar kunnen niet makkelijk worden bewezen. Daarom spreken we ook van somatisch *onvoldoende* verklaarde lichamelijke klachten.

De eerste diagnostische opdracht is dan ook aannemelijk maken dat ziekte of midde-
lengebruik geen verklaring voor de klachten vormt.

In veel gevallen is tevens sprake van comorbide lichamelijke ziekte, maar verklaart die de klacht niet of slechts gedeeltelijk. In dat geval is het van belang om duidelijk te onderscheiden welke klachten door een ziekteproces worden veroorzaakt, en welke klachten op een ander wijze begrepen en behandeld moeten worden (de tweede diagnostische opdracht).

De derde diagnostische opdracht is nagaan of de lichamelijke klachten uiting kunnen zijn van een psychiatrische stoornis zoals een depressie of angststoornis. Met name depressie en angststoornissen komen veel voor bij mensen met SOLK.

Een biopsychosociale benadering waarbij de arts aandacht besteedt aan alle relevante dimensies van de klachten, is een voorwaarde om juist op het terrein van de SOLK en somatoforme stoornissen een zorgvuldig diagnostisch proces tot stand te brengen.

2.3 Uitgangsvragen op basis van de knelpuntenanalyse

Uitgangsvraag 1

Wat is de prognose van SOLK?

Inleiding

Er is maar weinig prospectief onderzoek verricht naar de prognose van SOLK. Lastig bij het interpreteren van de gegevens van onderzoek naar de prognose is dat de startsituatie in de verschillende onderzoeken vaak verschillend is. Wanneer en op welke gronden is vastgesteld dat er sprake is van SOLK? In welk stadium van het proces bevonden de patiënten zich?

Samenvatting van de literatuur

De auteurs van een meta-analyse identificeerden na een uitgebreide search slechts 6 onderzoeken naar de prognose van SOLK in een brede patiëntenpopulatie, dat wil zeggen een populatie die overeenkomt met een eerstelijns populatie (Olde Hartman e.a., in druk). Uit deze onderzoeken blijkt dat bij 50 tot 75% van de patiënten de klachten verbeteren tijdens de follow-upperiode die varieert van 6 tot 15 maanden. 10-30% van de patiënten verslechtert echter tijdens de follow-upperiode. Bij de meeste onderzoeken is het onduidelijk in hoeverre er sprake is geweest van behandeling. Uit deze 6 onderzoeken blijkt dat een groter aantal symptomen bij de eerste meting een slechtere prognose heeft. Dat geldt ook voor de ernst van de symptomen; hoe ernstiger de klachten bij de eerste meting hoe groter de kans dat de klachten niet verdwijnen. Bij psychiatrische comorbiditeit bleek er sprake van tegengestelde effecten, daar is op basis van deze onderzoeken geen uitspraak over te doen.

Conclusie

Niveau 1	<p>Bij 50-75% van de mensen met SOLK in een eerstelijns populatie nemen de klachten af in de loop van het eerste jaar tot vijftien maanden. Bij 10-30% nemen de klachten echter toe in de tijd.</p> <p><i>A1 Olde Hartman e.a., 2009</i></p>
-----------------	--

Overige overwegingen

Onderzoek in tweedelijns populaties bij mensen met lichamelijk onverklaarde buikpijn of met functionele syndromen laat zien dat de prognose veel ongunstiger is. Vaak duren de klachten vijf jaar of langer. Voor een deel hangt dit samen met het feit dat bij deze populatie de klachten ernstiger zijn en dat – bij de functionele syndromen per definitie – sprake is van meer klachten. Dit zijn de twee factoren die samenhangen met een ongunstig beloop bij SOLK in de eerste lijn.

Uitgangsvraag 2

Hoe groot is de kans dat bij SOLK alsnog een somatische einddiagnose wordt gesteld die de klachten verklaart?

Inleiding

Een belangrijke onzekere factor voor arts en patiënt is de kans dat een patiënt ten onrechte wordt gediagnosticeerd als lijdend aan een somatoforme stoornis, maar uiteindelijk een ernstig lichamelijk lijden onder de leden blijkt te hebben. Daarbij wordt ervan uitgegaan dat de klachten gerelateerd waren aan de niet gediagnosticeerde ziekte en geen toeval zijn. Die kans is de afgelopen jaren door betere mogelijkheden tot beeldvormend en ander geavanceerd onderzoek weliswaar gedaald, maar nog steeds aanwezig.

Bij deze uitgangsvraag hebben we ons beperkt tot gastro-intestinale klachten, namelijk het prikkelbaredarmsyndroom, en tot de conversiestoornis. Voor afzonderlijke klachten, zoals moeheid en duizeligheid zijn wel enige gegevens bekend over de verdeling van diagnoses die gesteld worden bij die klacht. Maar gegevens over hoe vaak er alsnog een specifieke diagnose gesteld wordt, zijn niet goed te interpreteren omdat informatie ontbreekt in hoeverre de klachten als SOLK werden beschouwd.

Samenvatting van de literatuur

In twee onderzoeken werd prospectief nagegaan hoe betrouwbaar de diagnose prikkelbaredarmsyndroom (PDS) was. Harvey e.a. (1987) volgde 104 patiënten met PDS 5 jaar. In alle gevallen bleek de diagnose correct gesteld te zijn.

Owens e.a. (1995) volgde 112 patiënten met PDS gemiddeld 29 jaar. Bij 3 mensen werd in de loop van de tijd een ziekte van het maagdarmkanaal vastgesteld, waarbij het in 2 van de 3 gevallen zeer onwaarschijnlijk was dat de PDS-klachten voortkwamen uit de aandoening. In 1 geval hielden de als PDS geduide klachten mogelijk wel verband met de aandoening die later gevonden werd.

Voor de invoering van nieuwe beeldvormende technieken als MRI en CT-scans bleek dat tussen de 10 en de 30% van de als conversie geduide klachten na jaren follow-up mogelijk toch verklaard werd door een lichamelijke aandoening. Deze kans is echter afgenomen nu beter beeldvormend onderzoek mogelijk is geworden (Moene e.a., 2000). Bij de differentiatie tussen conversieve symptomen en organische beelden blijken drie variabelen voorspellende waarde te hebben: het bestaan van een eerdere verdenking op een neurologische aandoening, oudere leeftijd bij het ontstaan en langere duur van de symptomen zijn gecorreleerd met organiciteit. In een systematische review kwamen zij uit op een kans van 11,8% op een organische aandoening bij conversie (Moene e.a., 2000).

Conclusie

Niveau 1	<p>De kans dat uiteindelijk een organisch ziektebeeld de als SOLK geduide klachten blijkt te kunnen verklaren, is alleen onderzocht voor conversieverschijnselen en voor de diagnose prikkelbaredarmsyndroom (PDS). Bij PDS is die kans uitermate klein, bij conversie varieert de kans van 0-12%.</p> <p><i>A1 Harvey e.a., 1987; Owens e.a., 1995; Moene e.a., 2000</i></p>
-----------------	---

Overige overwegingen

Gezien de onzekerheid over de kans op een onderliggend lichamenlijk ziektebeeld bij SOLK is het van meet af aan inzetten van een tweesporenbeleid in de hulpverlening gewenst. Het ene spoor volgend dienen huisartsen en andere hulpverleners de patiënt te begeleiden bij het (leren) omgaan met zijn klachten. Het andere spoor is het volgen van de klachten in de tijd. Bij een veranderd klachtenpatroon of bij toename van de ernst van de klachten in de tijd dienen huisartsen, maar ook andere hulpverleners, opnieuw de klachten zorgvuldig te evalueren. Soms is alsnog aanvullende diagnostiek nodig om een somatische aandoening op te sporen.

Aanbeveling

De werkgroep beveelt aan om van meet af aan een tweesporenbeleid te hanteren dat bestaat uit: (1) de klachten monitoren en bij verandering van klachtenpatroon of niet goed te verklaren toename van de klachten opnieuw diagnostiek inzetten, en (2) psychosociale aspecten in kaart brengen en zo nodig de patiënt leren om te gaan met zijn klachten en zich er zo min mogelijk door te laten beperken.

Uitgangsvraag 3

Kan op basis van de aanwezigheid van psychosociale stressoren de patiënt met SOLK worden onderscheiden van de patiënt met somatisch verklaarde klachten?

Inleiding

Bij SOLK spelen vaak psychosociale stressoren een rol, bijvoorbeeld werkproblemen, stress, een ernstig trauma zoals een ramp of vroege traumatisatie zoals seksueel misbruik op kinderleeftijd. Veel artsen hebben het idee dat dit soort factoren veel vaker aanwezig is bij patiënten met SOLK en somatoforme stoornissen dan bij patiënten met lichamenlijk verklaarde klachten. De vraag is in hoeverre de aanwezigheid van psychosociale stressoren de kans dat de klachten uiteindelijk onder de noemer SOLK te scharen zijn vergroot.

Samenvatting van de literatuur

Walker (1993) heeft kinderen met steeds terugkerende buikpijn vergeleken met kinderen met een organische maagaandoening, met kinderen met emotionele problemen en met gezonde kinderen. Kinderen met RAP rapporteerden minder negatieve life events dan kinderen met emotionele problemen, ze hadden in dezelfde mate last van emotional distress als kinderen met een maagaandoening.

Bleijenberg (1989) heeft in de jaren tachtig onderzocht of patiënten met functionele buikklachten te onderscheiden waren van mensen met organische verklaarde buikklachten op basis van anamnese en psychologische factoren. Dat bleek niet het geval te zijn.

Uit een onderzoek in een derdelijnspopulatie van patiënten met buikklachten blijkt dat seksueel misbruik in de voorgeschiedenis vaker voorkomt bij mensen met PDS dan bij mensen met colitis (Drossman, 1990).

Conclusie

Niveau 3	<p>Er is weinig onderzoek verricht naar de voorspellende waarde van psychosociale factoren bij de diagnostiek van SOLK en somatoforme stoornissen. Voor zover onderzoek daarnaar is verricht, blijkt er geen eenduidige conclusie te trekken over de voorspellende waarde van levensomstandigheden en negatieve live events als seksueel misbruik voor het bestaan van SOLK dan wel een somatoforme stoornis.</p> <p><i>B Drossman, 1990; Walker, 1993; Bleijenberg, 1989</i></p>
-----------------	---

Overige overwegingen

Onderzoek naar de diagnostische waarde van dergelijke psychosociale factoren voor de 'diagnose' SOLK en somatoforme stoornissen is er nauwelijks gedaan. Psychosociale factoren kunnen waarschijnlijk alleen maar gebruikt worden in een multivariaat model waarin ook altijd andere factoren zijn opgenomen, zoals andere gegevens uit anamnese en lichamelijk onderzoek dan wel aanvullende diagnostiek.

Uitgangsvraag 4

Beïnvloedt de kwaliteit van de arts-patiëntrelatie bij SOLK de klinische prognose?

Inleiding

De kwaliteit van de arts-patiëntrelatie speelt in het hulpverleningsproces een belangrijke rol, daar is iedereen het over eens. Als er geen vertrouwensrelatie is tussen hulpverlener en hulpvrager, verloopt niet alleen het contact stroef, maar kan ook het hulpverleningsproces niet goed op gang komen. Dat klemt misschien wel het meest bij SOLK en somatoforme stoornissen, waar vaak een discrepantie bestaat tussen de verwachtingen van de patiënt en de mogelijkheden van de arts. De vraag is of de kwaliteit van de hulpverlener-patiëntrelatie ook de prognose gunstig kan beïnvloeden, en aan welke kenmerken die relatie dan zou moeten voldoen.

Samenvatting van de literatuur

Grepmaier e.a. (2007) toonden in een RCT aan dat als psychotherapeuten mindfulness toepasten, dus gericht bezig waren met waar hun aandacht naartoe ging, hun patiënten minder klachten hadden dan een vergelijkbare groep patiënten, onder andere op een somatisatieschaal.

Aiarzaguena e.a. (2007) toonden in een cluster RCT aan dat als huisartsen speciale communicatietechnieken toepasten, hun somatiserende patiënten significant verbeterden op een aantal schalen van de SF-36, waaronder de fysieke gezondheid, lichamelijke pijn en mental health. Het effect was tot 12 maanden aanwezig. De communicatietechnieken hielden in dat de arts een fysiologische uitleg (hormonale factoren) gaf en gevoelige onderwerpen indirect benaderde.

Bieber e.a. (2006) onderzochten het effect van 'shared decision making' in een RCT bij 85 patiënten met fibromyalgie. Zowel artsen als patiënten waren significant meer tevreden over de kwaliteit van de relatie als 'shared decision making' werd toegepast, maar er waren geen verschillen tussen beide groepen op gezondheidsuitkomsten.

Dobkin e.a. (2006) keken welke factoren compliantie met het beleid, en in het bijzonder met het medicamenteuze beleid, voorspelden bij 142 patiënten met fibromyalgie. Hoe minder discordantie tussen arts en patiënt, hoe beter de patiënten zich hielden aan het voorgestelde beleid en hoe beter ze zich voelden.

Owens e.a. (1995) toonden aan dat een positieve arts-patiëntrelatie, aan de hand van te voren opgestelde criteria afgeleid uit het dossier van 112 PDS-patiënten, samenhang met minder consulten tijdens de follow-upperiode.

Conclusie

Niveau 1	<p>Er is weinig onderzoek gerapporteerd naar de invloed van de arts-patiëntrelatie op de prognose van patiënten met SOLK. Als patiënten de arts-patiëntrelatie positief waarderen neemt de kans toe dat ze minder klachten ervaren, een grotere mate van welbevinden hebben en zich beter aan het voorgestelde beleid houden.</p> <p><i>A2 Grepmair e.a., 2007; Ayarzaguena e.a., 2007; Dobkin e.a., 2006</i></p>
-----------------	---

Overige overwegingen

Het operationaliseren van het begrip 'kwaliteit van de arts-patiëntrelatie is lastig. Daar vallen zowel verbale en non-verbale communicatieve aspecten onder, alsook meer emotionele aspecten, zoals empathie. Kwalitatief onderzoek zou een bijdrage kunnen leveren aan het vergroten van inzicht in de bijdrage van de arts-patiëntcommunicatie aan het herstelproces bij SOLK. Tevens is onderzoek naar het effect op lange termijn gewenst.

Uitgangsvraag 5

Welke instrumenten om een onderliggende psychiatrische stoornis te diagnosticeren bij patiënten met SOLK zijn toepasbaar in de eerste, tweede en derde lijn?

Inleiding

Om het profiel van de patiënt met betrekking tot risico op iatrogene schade dan wel chronisch beloop te bepalen is het zinvol om bij het doorlopen van het diagnostisch proces bij patiënten met SOLK of somatoforme stoornis ook diagnostiek te verrichten naar een comorbide depressie of angststoornis. Er zijn diverse screeningslijsten en

meetinstrumenten in omloop die gebruikt worden om een psychiatrische stoornis op te sporen. Sommige lijsten, zoals de PHQ en de 4-DKL die ontwikkeld zijn voor eerste-lijns populaties, bestaan uit een aantal schalen voor verschillende psychiatrische aandoeningen, waaronder steeds angst en depressie. Andere instrumenten, zoals de CES-D, zijn alleen bedoeld om een specifieke aandoening, in dit geval depressie, op te sporen. Deze lijsten worden zowel in de open populatie als in eerste- en tweedelijns populaties toegepast in onderzoek en in de dagelijkse praktijk.

Samenvatting van de literatuur

Een zoekactie naar onderzoek waarin de waarde en toepasbaarheid van instrumenten om een onderliggende psychiatrische stoornis te diagnosticeren bij patiënten met SOLK en somatoforme stoornissen in de eerste, tweede en derde lijn, leverde geen relevante hits op. Instrumenten zoals de MINI of de SCID objectiveren de symptomen en geven een indicatie van de classificatie van de stoornis. Het Mini Internationaal Neuropsychiatrisch Interview (MINI en de uitgebreidere versie MINI-Plus) is een gestructureerd diagnostisch interview dat op systematische wijze DSM-IV- en ICD-10-diagnosen vaststelt. Het afnemen ervan neemt minder tijd in beslag dan bestaande diagnostische interviews, zoals het Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders (SCID), het Composite International Diagnostic Interview (CIDI) of de Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN). De goede psychometrische karakteristieken suggereren dat de MINI(-Plus), in tegenstelling tot andere gestructureerde interviews, breed ingezet kan worden bij onderzoek, ook bij grote groepen. In de dagelijkse klinische praktijk is de MINI(-Plus) door zijn korte afnameduur van 20-30 minuten eveneens zeer bruikbaar.

Conclusie

Niveau 4	De validiteit, betrouwbaarheid en toepasbaarheid van instrumenten om een onderliggende psychiatrische stoornis te diagnosticeren bij patiënten met SOLK en somatoforme stoornissen in de eerste, tweede en derde lijn is niet onderzocht.
-----------------	---

Overige overwegingen

In de eerste lijn gebruiken met name huisartsen en fysiotherapeuten de 4-DKL en de PHQ om te screenen op psychiatrische aandoeningen. Op basis van het beschikbare onderzoek kan de werkgroep deze lijsten niet aanbevelen voor dit doel. Wel blijkt dat het bespreken van de scores op deze lijsten met de patiënt een handvat biedt om over andere aspecten van de klachten te spreken dan alleen lichamelijke aspecten.

2.4 Diagnostisch stappenplan voor de eerste en tweede lijn

Vaststellen of het bij patiënten met lichamelijke klachten om SOLK of een somatoforme stoornis gaat is niet eenvoudig. In principe kan elke klacht die patiënten presenteren, na verloop van tijd en na nadere analyse lichamelijk niet of onvoldoende te verklaren blijken.

Uit het tot nu toe verrichte onderzoek zijn wel een paar kenmerken van patiënten en klachten naar voren gekomen die de kans dat er sprake is van SOLK, vergroten, maar ze bieden onvoldoende houvast voor een onderscheid tussen lichamelijk verklaarde en lichamelijk onvoldoende verklaarde klachten. In het kader van deze richtlijn is het ondoenlijk om voor elke klacht een volledig diagnostisch protocol op te stellen. Voor de afzonderlijke klachten en klachtenclusters verwijzen we naar de monodisciplinaire en multidisciplinaire richtlijnen die uitgebracht zijn. Zoals in de inleiding gesteld, biedt een biopsychosociale benadering de mogelijkheid om zowel diagnostiek als beleid bij klachten die mogelijk lichamelijk onvoldoende verklaard zijn, optimaal vorm te geven.

2.4.1 Diagnostisch stappenplan in de huisartsenpraktijk

Als na adequate, dat wil zeggen bij de klachten en context passende diagnostiek geen lichamelijke verklaring voor de klachten wordt gevonden, is (per definitie) sprake van SOLK. In het merendeel van de gevallen accepteert de patiënt de gegeven uitleg en adviezen en blijft het bij één consult. Als een patiënt terugkomt voor dezelfde klacht kan blijken dat er toch sprake is van een onderliggende aandoening (de huisarts heeft de tijd als diagnosticum 'gebruikt').

De eerste stap is dan opnieuw een anamnese afnemen, waarbij alle relevante dimensies van de klachten aan bod komen, en gericht lichamelijk onderzoek doen. De tweede stap is nagaan of er mogelijk sprake is van een psychiatrische stoornis. De derde stap is nagaan welke in stand houdende of klachten bevorderende factoren mogelijk een rol spelen bij deze patiënt. In toenemende mate melden patiënten met klachten van het bewegingsapparaat zich rechtstreeks bij de fysiotherapeut. Ook hier kan het beschreven stappenplan met name voor psychosomatische fysiotherapeuten een handreiking bieden.

Eerste stap: anamnese en lichamelijk onderzoek

Exploratie (anamnese)

Bij de diagnostiek bij patiënten met mogelijk SOLK of somatoforme stoornissen dient de arts de tijd te nemen voor een grondige exploratie van de klachten en de gevolgen daarvan. Idealiter omvat deze exploratie vijf klachtdimensies: de somatische, de cognitieve, de emotionele, de gedrags- en de sociale dimensie (SCEGS).

Aandacht besteden aan de *somatische dimensie* van de klacht houdt in: grondig uitvragen van de klachten, begeleidende symptomen, gebruikte medicatie (en alcohol/ drugsgebruik) en gericht lichamelijk onderzoek.

Vragen passend bij de *cognitieve dimensie* zijn: Wat ziet de patiënt als verklaring voor zijn klachten, heeft hij zelf ideeën over de mogelijke oorzaak? Ziet hij zichzelf als iemand die vatbaar is voor ziektes, denkt hij dat bepaald gedrag ziektebevorderend is of de klachten verergert? Welke verwachting heeft hij over het beloop van de klachten? Wat verwacht hij van medische hulp?

De *emotionele dimensie* omvat vragen als: Wat doet de klacht met iemand? Wordt hij er wanhopig, moedeloos of juist opstandig van? Is hij erg ongerust over

de klachten? Waarover maakt hij zich dan precies ongerust? Wat is de aanleiding voor die ongerustheid?

Bij de *gedragsdimensie* horen vragen als: Wat doet iemand als hij klachten heeft? En helpt dat of juist niet? Zijn er activiteiten die achterwege gelaten worden sinds er klachten zijn of toen de klachten toenamen? Welke activiteiten? Wat is de reden om ze achterwege te laten? Denkt de patiënt dat ze schadelijk zijn, of heeft hij ook daadwerkelijk gemerkt dat ze de klachten verergeren?

Bij de *sociale dimensie* ten slotte gaat het om vragen als: Welke gevolgen hebben de klachten in sociaal opzicht? Hoe reageert de omgeving erop: (over)bezorgd, negatief of juist steunend? Welke invloed hebben de klachten op het werk en thuis? Kan de patiënt nog werken met de klachten en naar tevredenheid functioneren in allerlei opzichten?

Lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek

Het lichamelijk onderzoek wordt gedaan op geleide van de klachten. Dat geldt ook voor aanvullend laboratorium- of beeldvormend onderzoek. Voor een aantal veelvoorkomende klachten (zoals lage rugpijn, duizeligheid en prikkelbaredarmsyndroom) zijn NHG-standaarden beschikbaar.

Tweede stap: nagaan psychiatrische stoornissen

Na deze eerste exploratie maakt de huisarts de balans op: als er geen sprake is van een lichamelijke aandoening, zijn er dan mogelijk aanwijzingen voor een psychiatrische stoornis? Zowel een angststoornis als een depressie, die beide veel voorkomen, kunnen samengaan met lichamelijke klachten en zich vaak in eerste instantie manifesteren in lichamelijke klachten. De diagnostiek van angststoornissen en depressie staat beschreven in de NHG-standaarden en de multidisciplinaire richtlijnen Angststoornissen en Depressie. Indien gewenst kan in deze fase een consulent psychiater worden geraadpleegd.

Derde stap: nagaan in stand houdende en prognostisch ongunstige factoren

Om de prognose te kunnen inschatten en een adequaat beleid te kunnen opstellen is het belangrijk om prognostisch gunstige en ongunstige factoren te identificeren. Ernstige klachten en een grotere hoeveelheid klachten zijn prognostisch ongunstig. Als de huisarts concludeert dat er sprake is van SOLK zonder prognostisch ongunstige factoren, kan hij de patiënt zelf begeleiden.

Afsluiting diagnostisch proces in de eerste lijn

De huisarts vat de bevindingen samen uit de exploratie, het lichamelijk onderzoek en eventuele aanvullende diagnostische testen. Belangrijk is dat de huisarts hierbij zo veel mogelijk positieve termen gebruikt, dus niet 'er is niets gevonden', maar 'uw rug is recht en kan alle bewegingen maken die hij moet maken'. vervolgens geeft de huisarts uitleg over de klachten, waarbij hij aansluit bij de vragen, zorgen of angst van de patiënt. De huisarts vertelt dat er geen aanwijzing voor ziekte als oorzaak voor de klachten zijn, maar dat klachten om allerlei redenen aanwezig kunnen blijven. Hij geeft uitleg over vicieuze cirkels en over de gevolgen daarvan voor de klachten.

2.4.2 Verwijzing naar de somatische tweede lijn

Als de huisarts een onderliggende somatische aandoening naar eigen oordeel onvoldoende kan uitsluiten, is een verwijzing naar de somatische tweede lijn geïndiceerd. Als de patiënt hardnekkige somatische attributies koestert, c.q. erg ongerust is over een mogelijk somatische aandoening, kan een verwijzing naar de somatische tweede lijn eveneens een noodzakelijke volgende stap zijn, omdat de patiënt in dat geval niet open staat voor een ander beleid.

Diagnostiek in de somatische tweede lijn

Anamnese

Bij de diagnostiek van SOLK en somatoforme stoornissen dient de arts de tijd te nemen voor een uitgebreide anamnese om de klachten zo goed mogelijk in kaart te brengen. Ook in de tweede lijn omvat de exploratie idealiter alle klachtdimensies (SCEGS, zie hiervoor 3.4.1). Met name in de somatische tweede lijn staat het aantonen dan wel uitsluiten van een somatische oorzaak voor de klachten op de voorgrond. Reden voor de verwijzing is immers dat de huisarts onvoldoende zekerheid hierover kan verkrijgen, dan wel dat de patiënt niet gerust te stellen is. Ook in de tweede lijn dient de arts aandacht te hebben voor de mogelijkheid dat er sprake is van een psychiatrische stoornis.

Lichamelijk onderzoek

Ook in de tweede lijn geldt dat de klachten uitgangspunt vormen voor het lichamelijk onderzoek dat verricht wordt. Zowel in het kader van geruststelling als in het kader van het aantonen dan wel uitsluiten van een diagnose kan men besluiten tot een gericht lichamelijk onderzoek.

Aanvullend onderzoek

Aanvullend laboratoriumonderzoek of beeldvormende diagnostiek dient op geleide van de klachten plaats te vinden. Het risico van ongerichte oriënterende diagnostiek is dat er afwijkingen gevonden worden die bij nadere analyse geen betekenis hebben. Het geruststellende effect dat dan beoogd wordt, wordt door een foutpositieve uitslag teniet gedaan. Als de patiënt zich niet laat geruststellen door een grondige anamnese en lichamelijk onderzoek, is het een optie om toch aanvullende diagnostiek te (laten) doen. Voorwaarde is dan dat de patiënt ervan overtuigd is dat dit het juiste onderzoek is om de ziekte in kwestie aan te tonen en dat hij zich neerlegt bij de uitslag van dat onderzoek.

Afronding van het diagnostisch proces in de tweede lijn

Als het diagnostisch proces in de tweede lijn tot doel heeft een lichamelijke verklaring van de klachten aan te tonen dan wel af te sluiten, bespreekt de specialist zijn bevindingen met de patiënt en rapporteert die tevens aan de huisarts. Mocht er geen verklaring voor de klachten gevonden zijn en de patiënt accepteert dat er niet verder gezocht hoeft te worden naar een lichamelijke oorzaak, dan verwijst de specialist terug

naar de huisarts. Mocht er wel een lichamelijke verklaring zijn gevonden, dan zet de specialist het daarbij gewenste beleid in en verwijst desgewenst terug naar de huisarts of behandelt de patiënt zelf.

Als tijdens het consult in de tweede lijn duidelijk wordt dat psychosociale problematiek een belangrijke rol speelt bij (het in stand houden van) de klachten overlegt de specialist met de huisarts over het verdere beleid.

Als er tevens sprake is van een psychiatrische stoornis overlegt de specialist met de huisarts of deze wil verwijzen naar de GGZ of de patiënt zelf wil begeleiden. Ook de behoefte aan nadere psychiatrische diagnostiek kan een reden voor verwijzing naar de tweedelijns GGZ zijn.

Diagnostiek in de tweedelijns GGZ

Veel wat in de vorige paragrafen gezegd is over diagnostiek geldt ook voor de tweedelijns GGZ. Bij voorkeur ziet een psychiater of een huisarts een patiënt die naar de tweedelijns GGZ verwezen wordt met SOLK of een somatoforme stoornis. De diagnostiek bestaat uit vijf stappen:

1. Stilstaan bij de vraag of de klachten of stoornis niet beter verklaard kunnen worden door middelengebruik in de ruimste zin (geneesmiddelen, drugs, alcohol e.d.).
2. Nagaan of er sprake is van een nagebootste stoornis of simulatie of aggraviatie van de klachten. Bij een nagebootste stoornis weet de patiënt wat hij of zij doet, maar snapt zijn motieven niet (meestal de ziekenrol of aandacht verkrijgen). Bij simulatie is er sprake van bewust gewin en bij aggraviatie van 'normale' klachten is er vaak angst voor een ziekte.
3. Nagaan of de klachten beter te verklaren zijn door een andere psychiatrische stoornis, zoals een depressie, een angststoornis of een psychotische stoornis.
4. Nagaan of het klachtenpatroon voldoet aan een van de somatoforme stoornissen
5. Nagaan of de klachten voldoen aan een somatoforme stoornis in ruime zin. Is er sprake van een subklinische (niet aan het vereiste aantal symptomen voldoende) somatisatiestoornis, verstoorde lichaamsbeleving of hypochondrie? Als er bij de voorgaande stappen geen specifieke diagnose te stellen valt, is er per definitie sprake van SOLK.

2.5 De rol van de diagnostiek bij bedrijfsarts

De bedrijfsarts start een consult met een multifactoriële probleemanalyse. Onderstaande aandachtspunten zijn met name van belang in de bedrijfsgeneeskundige of een verzekeringsgeneeskundige setting bij patiënten met SOLK of somatoforme stoornissen.

Klacht en behandeling

Het stappenplan zoals hierboven beschreven voor de eerste lijn is ook in deze setting goed toepasbaar. Bij werknemers met SOLK kan het functioneren op alle domeinen, maar met name het fysiek functioneren, beperkt zijn. Ook dient er aandacht te zijn voor eerder verzuim, omdat het een belangrijke voorspellende factor is voor nieuw langdurig verzuim.

Werkstelsysteem

Van belang is na te gaan of de werknemer het idee heeft dat zijn werkomgeving hem serieus neemt in zijn klachtbeleving en of er consensus is over de mate waarin de werknemer kan functioneren. De bedrijfsarts dient te exploreren of er oorzakelijke of onderhoudende factoren in de werkomgeving zijn. Hij gaat na of de werknemer controleverlies ervaart in de re-integratie ten aanzien van de aard van het werk of in de communicatie met werkgever.

Privésysteem

De bedrijfsarts gaat na hoe het privésysteem functioneert. Een ondersteunend privésysteem kan een positieve invloed op het beloop van klachten hebben. Als het privésysteem de klachten medicaliseert, dan wel oorzakelijke of onderhoudende factoren bevat, dan werkt dat remmend op het beloop.

Coping

De bedrijfsarts dient met name cognities, emoties en gedrag ten aanzien van de klacht te exploreren en toe te spitsen op ervaren beperkingen en mogelijkheden. De eigen opvatting over de prognose van de werknemer is een belangrijke prognostische factor voor de duur van het verzuim (Hansen e.a., 2005; Koopmans e.a., 2008).

Bovenstaande factoren dient de bedrijfsarts te betrekken bij het vaststellen van de problemdiagnose bij de werknemer met SOLK. De probleemanalyse is uitgangspunt voor het bepalen welke interventies mogelijk effectief zijn.

Een apart aandachtspunt is de overlap van SOLK met distress, angst en depressie. De herziene NVAB-richtlijn psychische klachten (NVAB, 2008) en de LESA overspanning geven hier handvatten voor.

Arbeidsongeschiktheid

Voor de beoordeling van langdurige arbeidsongeschiktheid door de verzekeringsgeneeskundige wordt verwezen naar de criteria van het medisch arbeidsongeschiktheids criterium (MAOC) (LISV, 1996) en de relevante verzekeringsgeneeskundige protocollen. In algemene zin is de wetenschappelijke onderbouwing van de beoordeling tot functioneren en participeren ronduit mager. Om de beeldvorming te voorkomen dat SOLK op dit punt een uitzonderingspositie innemen, hecht de werkgroep eraan dat de openstaande vraagstukken rond de beoordeling van de mogelijkheden tot functioneren en participeren niet anders zijn dan bij veel andere aandoeningen.

Ook voor de bedrijfsarts is het aangewezen om bij langer bestaande SOLK te beoordelen of de aangegeven beperkingen consistent, congruent en objectiveerbaar zijn. Het serieus nemen van de beleefde beperkingen sluit aan op het serieus nemen van de beleefde klachten (Smith, 1995). Dit is iets anders dan de ervaren beperkingen als uitgangspunt nemen voor de reïntegratie. Zie hiervoor verder onder 4.7.2.

3 De behandeling van SOLK en somatoforme stoornissen

In dit hoofdstuk wordt de evidentie besproken van een tweetal hoofdgroepen van stoornissen en klachten, namelijk: (1) de somatoforme stoornissen (zoals die in de DSM-IV-TR (APA, 2000) zijn opgenomen) en (2) de somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). Gezien de grote omvang van laatstgenoemde domein zullen daaruit slechts enkele klachten als voorbeeld worden besproken. Het betreft met name die klachten waarover uit een literatuursearch enige vorm van systematisch onderzoek naar voren kwam.

De werkgroep heeft voor een aantal SOLK en somatoforme stoornissen aanbevelingen opgesteld naar aanleiding van evidence vanuit interventiestudies. Daarnaast heeft de werkgroep bestaande richtlijnen geraadpleegd en andere wetenschappelijke literatuur over de diagnostiek, de prognose en de behandeling van SOLK en somatoforme stoornissen. Op grond daarvan heeft de werkgroep een aantal overwegingen en aanbevelingen geformuleerd die in dit hoofdstuk aan de orde zullen komen. Hierbij is een stapsgewijze procedure gevolgd.

Eerst is een knelpuntenanalyse gedaan. Hieruit kwam naar voren dat, omdat SOLK vanuit verschillende disciplines worden behandeld en onderzocht, onderzoek niet alleen te vinden is onder DSM-IV-categorieën, maar ook onder andere omschrijvingen. Bovendien was een knelpunt dat er aandoeningen bestonden die weliswaar tot op zekere hoogte lichamelijk verklaard werden, maar waar de presentatie dan wel het omgaan met de klachten toch dermate disfunctioneel kon zijn dat van een SOLK gesproken kon worden. Dit is bijvoorbeeld bij dysmenorroe en het prikkelbaarheidsyndroom het geval. Derhalve worden deze syndromen ook in dit hoofdstuk behandeld. Een derde knelpunt was dat chronische pijn, dat door de werkgroep als SOLK wordt opgevat, dermate omvangrijke literatuurvermeldingen had, dat het in het tijdsbestek van de werkgroep en in het format van deze richtlijn niet doenlijk was om chronische pijn daarin op te nemen. Derhalve adviseert de werkgroep voor chronische pijn een aparte richtlijn te ontwikkelen en zal dit niet in dit hoofdstuk behandeld worden.

Voordat de evidentie voor de behandeling van specifieke stoornissen wordt beschreven (in D en E), zal beargumenteerd worden dat de problematiek van de hier beschreven patiënten op een aantal factoren kan worden beschreven (zie A: patiëntenkenmerken).

Ook in de verleende zorg is er een sprake van grote diversiteit en het (samen) werken van diverse disciplines in verscheidene echelons. Een korte opsomming beoogt de beroepsgroepen te inspireren tot het formuleren van eigen competenties en profielen ten aanzien van het werken met de hier genoemde patiënten (zie B: zorgverleners).

Ten derde wordt een begin gemaakt met het formuleren van aanbevelingen voor een mogelijk effectieve aanbieding van zorg aan patiënten met verschillende soorten en ernst van klachten (zie C: zorgstrategie).

A PATIËNTKENMERKEN

Het vertrekpunt van de organisatie van de zorg is de problematiek van de patiënt. Er is echter sprake van grote verscheidenheid in de klachten en stoornissen die de patiënten presenteren, alsook in de hulp die zij zoeken of aangeboden krijgen, en de resultaten van deze hulpverlening. Somatoforme stoornissen en SOLK variëren van kortdurend tot chronisch en van enkelvoudig tot complex. Ook worden zij gekenmerkt door verschillende factoren die elkaar op hun beurt beïnvloeden. In de diagnostiek en indicatiestelling zal daarmee rekening gehouden moeten worden. Idealiter zou de praktijk gebaat zijn bij specifieke profielen van patiënten waarop eenduidige beslissing omtrent behandeling kunnen worden gebaseerd. De werkgroep heeft hierover lang van gedachten gewisseld, heeft verschillende voorstellen daartoe besproken en is tot de conclusie gekomen dat het nog te vroeg is om nu al risicoprofielen of patiëntprofielen te presenteren. De voornaamste reden is dat het vooralsnog aan empirische steun ontbreekt voor een dergelijke profilering.

Er zijn in de werkgroep echter wel mogelijke indicatoren naar voren gekomen voor het in kaart brengen van de problematiek van patiënten met SOLK en somatoforme stoornissen. Deze zijn als volgt samen te vatten:

De aard, ernst en duur van SOLK en somatoforme stoornissen

In termen van de DSM-IV-criteria (As-I) wordt de aard van de problematiek benoemd, alsmede de mate waarin deze voorkomt en de duur van de klachten of symptomen. Van belang daarbij is voorts om de cognities, emoties en gedragingen van de patiënt met betrekking tot de lichamelijke klachten in kaart te brengen, en om zicht te krijgen op mogelijke pathofysiologische processen.

De aard van de klachten (bijzonder of gewoon, enkele of veel klachten), de ernst (intensiteit, en beperkingen) en de duur van de klachten zijn mogelijk voorspellend voor het verloop.

De mate van inzicht van de patiënt

Het inzicht dat de patiënt in zijn omstandigheden heeft, zou een belangrijke prognostische factor kunnen zijn. Het betreft dan met name het inzicht in het zien van een verband tussen lichamelijke verschijnselen enerzijds en vroegere of actuele psychische en psychosociale factoren anderzijds.

De mate van functionele en sociale beperkingen

De gevolgen van SOLK en somatoforme stoornissen kunnen variëren van licht tot zeer ingrijpend. Beperking kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op beweging, ADL en

sociale en arbeidsparticipatie. De mate van functionele en sociale beperkingen kunnen worden omschreven conform de *International Classification of Functioning* ICF; WHO), dan wel worden uitgedrukt in termen van de DSM, As-IV (sociale probleemgebieden) en As-V (Global Assessment of Functioning; GAF-scores).

Comorbiditeit met andere psychische en lichamelijke stoornissen

Hieronder wordt verstaan het samen voorkomen van SOLK of somatoforme stoornissen met andere psychische stoornissen op DSM As-I (klinische syndromen) en As-II (persoonlijkheids en ontwikkelingsstoornissen), alsook op As-III lichamelijke comorbiditeit. Het gaat hierbij om de aard zowel als de ernst van de bijkomende problematiek. Verwacht wordt dat patiënten met comorbide stoornissen op de As-I een betere prognose hebben dan patiënten zonder comorbide stoornissen op de As-I, terwijl een comorbide stoornis de As-II een slechtere prognose voorspelt.

Predisponerende factoren

In verband met het vaststellen van de aard van het risicoprofiel is het belangrijk mogelijke predisponerende in kaart te brengen. De relatie tussen deze factoren en SOLK/ somatoforme stoornissen wordt in het hoofdstuk over de etiologie nader belicht. Verwacht wordt dat de kans op succesvolle behandeling bij patiënten die in hun jeugd verwaarloosd zijn of slachtoffer waren van geweld of seksueel misbruik kleiner is dan bij patiënten die deze ervaringen niet hebben.

Luxerende factoren

Stressvolle gebeurtenissen en verandering van levensomstandigheden (zoals onder meer financieel, relationeel of arbeidsgerelateerd) kunnen aanleiding geven tot het optreden van SOLK. Dergelijke stressoren brengen meestal een verergering of verminderen van de symptomen teweeg. Het heeft dus zin om bij een opleving van de klachten de agenda te verbreden en naar opgetreden stressvolle gebeurtenissen te vragen.

De kwaliteit van de behandelaar-patiëntrelatie in de huidige en eerdere hulpverlening

Een mogelijke invloed op de effectiviteit van de behandeling is de kwaliteit van de behandelaar-patiëntrelatie in de huidige en eerdere hulpverlenersrelaties. Daaronder wordt onder meer verstaan de mate van overeenstemming over de diagnose, over de behandeling, en over de rollen (zoals een actieve opstelling van de patiënt, de rol van terughoudende deskundige van de arts) die door behandelaar en patiënt vervuld dienen te worden.

Positieve of negatieve iatrogene effecten

Behandelingen kunnen zowel leiden tot positieve (gewenste) resultaten, als tot negatieve (ongewenste) resultaten. Het is bij de diagnostiek en het formuleren van een behandelplan voor SOLK en somatoforme stoornissen belangrijk om te weten wat de resultaten tot dusverre zijn geweest, aangezien ze prognostische waarde kunnen hebben. Iatrogene schade, dat wil zeggen lichamelijke of psychische complicaties door medisch

handelen, is een zeer reële risicofactor bij deze patiënten, want iedere diagnostische of therapeutisch bedoelde ingreep brengt nu eenmaal risico's met zich mee in de zin van toegenomen morbiditeit, traumatisering of zelfs mortaliteit.

Aanbevelingen

De werkgroep beveelt aan onderzoek te doen naar de voorspellende waarde van de indicatoren en de validiteit en betrouwbaarheid van mogelijke risicoprofielen.

B ZORGVERLENERS

De International Classification of Functioning (ICF; WHO, 2002) onderscheidt drie aspecten aan het functioneren, namelijk fysieke afwijking, activiteiten en participatie, en geeft aan dat er op veel niveaus verstoringen kunnen optreden en dat er op al deze niveaus mogelijkheden tot aanpak zijn. Dit onderscheid impliceert tevens dat voor verschillende disciplines rollen weggelegd zijn in de zorg voor patiënten met SOLK en somatoforme stoornissen.

Uitgangspunt bij dit deel is de vraag welke professionals een rol spelen in de diagnostiek, behandeling en begeleiding van patiënten met SOLK en somatoforme stoornissen. In de (te ontwikkelen) monodisciplinaire richtlijnen van de respectievelijke disciplines kan dit aspect nader worden uitgewerkt. De werkgroep beoogt hiertoe een bescheiden aanzet te geven. Een niet uitputtende lijst van beroepen en hun activiteiten in de diagnostiek en behandeling van SOLK en somatoforme stoornissen ziet er als volgt uit:

Huisarts

De huisarts vervult als medisch generalist in de eerste lijn de belangrijkste rol aan de poort, verzorgt de primaire diagnostiek en behandeling in de eerste lijn, en treedt op case manager bij complexe problematiek. De huisarts volgt een 'tweesporenbeleid' dat wil zeggen aandacht voor zowel somatische als psychische/psychosociale factoren in de diagnostiek en behandeling.

Psychiater

De psychiater vervult een rol in de tweede en derde lijn als behandelaar, en functioneert in de eerste lijn als consulent van de huisarts. Tot de taken kunnen onder andere worden gerekend de diagnostiek, de behandeling inclusief farmacotherapeutische behandeling, indicatiestelling voor behandeling en verwijzing, de supervisie en de coördinatie van behandelingen, het formuleren van een behandelplan en overdragen daarvan op andere behandelaars en de patiënt.

Psycholoog

De psycholoog werkt in de eerste, tweede en derde lijn. In de eerste lijn werkt de psycholoog nauw samen met de huisarts, onder meer door het geven van patiënteneducatie en

het toepassen van kortdurende ondersteunende begeleiding of therapie. In de tweede en derde lijn treden GZ-psychologen, psychotherapeuten en klinisch psychologen en medisch-psychologen op als behandelaars die getraind zijn in de behandeling van patiënten met SOLK en somatoforme stoornissen. Kort- en langdurende behandelingen worden daarbij vaak uitgevoerd in de context van multidisciplinaire teams.

Medisch specialist

In de tweede en derde lijns somatische gezondheidszorg komen patiënten met SOLK en somatoforme stoornissen op verwijzing van hun huisarts of collega-specialist. Soms wordt de specialist gevraagd een somatische oorzaak voor de aanhoudende klacht(en) vast te stellen dan wel uit te sluiten en daarna de patiënt terug te verwijzen. Het kan ook zijn dat een advies voor behandeling gevraagd wordt gezien het maar voortduren van de lichamelijke klachten.

Bedrijfsarts

Wettelijk is vastgelegd dat werkgevers de bedrijfsarts moeten inschakelen voor advies bij verzuim (in het kader van de Wet verbetering poortwachter) en ten aanzien van de medische aspecten bij risico-inventarisatie en preventief medisch onderzoek. Het advies van de bedrijfsarts is gericht op herstel of behoud van functioneren en op de aanpak van werkgerelateerde factoren die een oorzakelijke of onderhoudende rol spelen. Hiertoe adviseert deze werknemer en werkgever.

Verzekeringsarts

De verzekeringsgeneeskundige heeft de taak een medische beoordeling te doen als een werknemer een beroep doet op de WIA (na twee jaar arbeidsongeschiktheid), op vergelijkbare uitkering door particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeringen of op de ziektewet (werknemers van met name uitzendburo's, bij doorlopende ziekte na afloop van een tijdelijk contract en bij ziekmelding van zwangere vrouwen). De verzekeringsgeneeskundige stelt vast of de arbeidsongeschiktheid in rechtstreeks verband staat met ziekte of gebrek en wat de beperkingen en mogelijkheden voor arbeid zijn.

Verpleegkundige

Als *nurse practitioner* of praktijkondersteuner GGZ of wijkverpleegkundige treedt deze op in de eerste lijn, en daarnaast in de tweede en derde lijn als mede-uitvoerder van behandelingen. Opvallend bij de bestudering van de literatuur is het relatieve gebrek aan literatuur op verpleegkundig gebied ten aanzien van de somatoforme stoornissen.

Fysiotherapeut

De fysiotherapeut richt zich op het voorkomen en behandelen van klachten in het bewegend functioneren van de mens. Een gerichte anamnese, observatie, onderzoek en analyse van het bewegen enerzijds en het in overleg opstellen van een behandelplan anderzijds, behoren tot de specifieke deskundigheid van de fysiotherapeut. Klachten aan het bewegingsapparaat worden gezien als een neerslag van de interne wensen,

mogelijkheden en beperkingen van een individu (biologisch-medisch én psychologisch) enerzijds en de externe mogelijkheden en beperkingen van de omgeving anderzijds. Meer dan algemene fysiotherapeut houdt de psychosomatische fysiotherapeut zich bezig met het beïnvloeden van de complexiteit van de relatie tussen lichamelijke functies en psychisch functioneren.

Aanbevelingen

De werkgroep doet de aanbeveling om per beroepsgroep specifieke competenties te formuleren die bijdragen aan een optimale zorg voor patiënten met SOLK en somatoforme stoornissen.

Onderwijs in het herkennen en behandelen van SOLK en somatoforme stoornissen dient herkenbaar deel uit te maken van opleidingen voor beroepen die onder de wet BIG vallen en met name voor artsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, GZ-psychologen, psychotherapeuten, verzekeringsartsen, klinisch psychologen, psychiaters, bedrijfsartsen en medisch specialisten.

De werkgroep doet de aanbeveling om per beroepsgroep specifieke nascholing te organiseren met het doel de algemene en discipline specifieke competenties voor de begeleiding en behandeling van patiënten met SOLK en somatoforme stoornissen op peil te brengen.

De werkgroep beveelt aan dat de bedrijfsarts en verzekeringsgeneeskundige aanvullend geschoold worden voor consulten met werknemers met SOLK. Belangrijke elementen zijn:

- hantering van de multifactoriële probleemanalyse met een toegespitst werkmodel. Het SCEGS-model is ons inziens hiertoe geëigend;
- toepassen van gedragsregels voor communicatie;
- toepassen van de specifieke diagnostische beslisboom.

De werkgroep doet de aanbeveling om per beroepsgroep specifieke nascholing te organiseren met het doel de algemene en discipline specifieke competenties voor de begeleiding en behandeling van patiënten met SOLK en somatoforme stoornissen op pijl te brengen.

Onderwijs in het herkennen en behandelen van SOLK en somatoforme klachten en stoornissen dient herkenbaar deel uit te maken van opleidingen voor beroepen die onder de wet BIG vallen en met name voor artsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, GZ-psychologen, psychotherapeuten, verzekeringsartsen, klinisch psychologen, psychiaters, bedrijfsartsen en medisch specialisten.

De werkgroep beveelt aan om meer cognitiefgedragstherapeuten te trainen in de behandeling van patiënten met een somatisatiestoornis, hypochondrie en body dysmorphic disorder.

De werkgroep beveelt aan om interdisciplinaire teams, in de eerste, tweede en derde lijn integraal bij te scholen.

C ZORGSTRATEGIE

Uitgangsvraag 6

Op welke wijze kan de zorg voor patiënten met SOLK en somatoforme stoornissen het best worden georganiseerd, zodat er een klinisch significant en kosteneffectief behandelresultaat wordt gerealiseerd?

Inleiding

Vaak komt het voor dat patiënten ofwel niet op de juiste plek of niet bij een gespecialiseerde behandelaar terecht komen, ofwel lang moeten wachten alvorens vervolgzorg geboden kan worden. Bij de ontwikkeling van deze richtlijn is een knelpuntenanalyse gedaan. Vanuit de verschillende disciplines kwam als knelpunt de complexiteit en de heterogeniteit van de patiëntengroep waarover deze richtlijn gaat naar voren. Dit leidt in de dagelijkse praktijk tot problemen in de afstemming tussen behandelaar en patiënt, en tussen de vele behandelaars die bij de zorg van deze patiënten betrokken raken. Dit strekt zich uit over alle zorgsettingen. Tegelijkertijd was de werkgroep van mening dat een advies over een gemeenschappelijke visie en zorgmodel juist tot die nodige onderlinge afstemming zou kunnen leiden.

Stepped care

Henningsen e.a. (2007) doen op grond van uitvoerig literatuuronderzoek de aanbeveling om in eerste en tweede lijn een stepped-carebenadering te hanteren. Stepped care is een meer flexibele behandelmethodede dan traditionele vormen van behandeling. Het houdt in dat verschillende interventies van een verschillende intensiteit na elkaar aangeboden worden afhankelijk van het effect van een eerdere stap (Bower & Gilbody, 2005). Stepped care behandeling steunt op een drietal aannamen. De eerste is dat de minimale interventies die gebruikt worden in stepped care (zoals bijvoorbeeld patiënteneducatie) significant positief effect op de klachten kunnen hebben gelijk aan dat van traditionele psychologische behandelingen, ten minste voor een gedeelte van de patiënten. Ten tweede is er de aanname dat het gebruik van minimale interventies ervoor zal zorgen dat voorzieningen binnen de geestelijke gezondheidszorg effectiever gebruikt gaan worden. De derde aanname stelt dat minimale interventies en de gehele stepped care benadering acceptabel zijn voor zowel de patiënt als de behandelaar (Bower & Gilbody, 2005).

In het geval van SOLK en somatoforme stoornissen houdt stepped care in dat op grond van het risicoprofiel van de patiënt de lichtst mogelijke effectieve behandeling wordt gekozen. De keuze hangt onder meer af van de ervaringen met en effecten van eerdere behandelingen, en van de aard van de klachten.

De navolgende stappen zijn gerangschikt in de mate van intensiteit en volgen de aanbevelingen van Henningsen e.a. (2007). De algemene lijn is het beginnen bij de focale klachten, en de aanpak desgewenst (op geleide van behaalde resultaten) uit te breiden tot het bredere functioneren van de patiënt.

- a. vraagverheldering
- b. doelmatige diagnostiek

- c. uitleg en patiënteneducatie
- d. behandeling van comorbiditeit zoals bijvoorbeeld depressie en somatische aandoeningen
- e. verwijzing binnen de eerste lijn
- f. consultatie van de tweede lijn.

Bij al deze benaderingen is het belangrijk dat een expliciet doel wordt geformuleerd, en dat monitoring van het verloop en de uitkomst van de interventie plaatsvindt. Bij onvoldoende effect wordt doorgedaan naar een volgende (intensievere) stap in het zorgaanbod. Aangezien in deze stepped-carebenadering verschillende disciplines een rol spelen, is hun onderlinge communicatie van eminent belang, alsmede de centrale rol van de huisarts als case manager.

Monitoring

Bij een patiënt met een ernstiger vorm van SOLK die verwezen wordt is de grote lijn bij het doorlopen van het zorgkanaal stapsgewijze diagnostiek en behandeling, revalidatie en terugvalpreventie, ingegeven door de risicoprofielen. Zoals reeds eerder aangeduid, is het uitgangspunt om ook indien de klachten c.q. het risicoprofiel ernstig lijken, na te gaan of in de behandelvoorgeschiedenis geen essentiële eerste stappen, zoals bijvoorbeeld patiënteneducatie, zijn overgeslagen. Indien dat het geval is, kan het zinvol zijn om toch die lichte interventie te doen, alvorens tot zwaardere behandelingen over te gaan. Het stepped-careprincipe vereist bij actieve behandeling een regelmatige evaluatie van het behandelresultaat. Dit betekent dat de huisarts of andere casemanager bijvoorbeeld elke zes weken nagaat hoe het gaat met lichamelijke klachten, welbevinden en voortgang van de behandeling. Een dergelijke monitoring bij behandeling is reeds door Smith e.a. (1986) effectief bevonden.

De empirische evidentie voor een stepped-carebenadering voor SOLK en somatoforme stoornissen ontbreekt echter vooralsnog.

Aanbevelingen

De werkgroep beveelt aan bij actieve behandeling een stepped-carebenadering toe te passen waarbij evaluatie van het behandelresultaat (monitoring) regelmatig plaatsvindt, bijvoorbeeld elke zes weken.

Cognitieve gedragstherapie dient onderdeel te zijn van het standaard medisch handelen in bij SOLK en somatoforme stoornissen niet anderszins omschreven.

De toepassing van een meer intensieve psychologische behandeling, zoals klinische opname, moet worden gelimiteerd tot de categorie patiënten met hardnekkige klachten.

Zorgprogramma

In de tweede en derde lijn zijn de laatste jaren steeds meer zorgprogramma's ontwikkeld voor het optimaliseren van de zorg voor specifieke doelgroepen. Deze programma's integreren de kennis en het handelen die nodig zijn voor het aanbieden van een effectieve

en op evidentie gebaseerde zorg voor patiënten met SOLK en somatoforme stoornissen. In de zorgprogramma's is per stoornis een aantal onderdelen van het zorgproces nader uitgewerkt. Dat betreft de diagnostiek en de differentiaaldiagnostiek, de beslissingen op grond waarvan tot een volgende stap wordt besloten (bijvoorbeeld doorverwijzing, of een bepaalde interventie), en de overweging om een specifieke behandeling toe te passen. Een zorgprogramma organiseert in principe de beslissingen en de handelingen die daaruit voort vloeien.

Disease management

Disease management gaat uit van een stoornisspecifieke benadering waarbij rekening gehouden wordt met de context van de patiënt, de verschillen in aard, ernst en beloop van de problematiek en eventuele comorbide problematiek. Disease management sluit aan bij vraaggestuurde en vraaggerichte zorg. In het disease-managementmodel wordt in de samenwerking tussen huisarts, patiënt en medisch specialist de rol van casemanager geïntroduceerd. Ziektebeelden die zich goed lenen voor disease management kenmerken zich door een chronisch of episodisch beloop en een complexe of langdurige zorgbehoefte. Er valt veel gezondheidswinst en verbeterde behandelresultaten te behalen door kwaliteits- en doelmatigheidsbevordering van de verleende zorg (Van der Feltz-Cornelis e.a., 2006). Disease-managementmodellen blijken werkzaam en kosteneffectief voor depressie (o.e. Neumeijer-Gromen e.a., 2004; Badamgarav e.a., 2003; Gilbody, 2007). Hoewel nog onderzoek verricht moet worden naar de haalbaarheid en kosteneffectiviteit van disease management voor somatoforme stoornissen, zijn er enkele redenen om dit model hier verder uit te werken. In de eerste plaats zijn de somatoforme stoornissen zeker op te vatten als chronisch en complex, en de patiënten met deze stoornissen neigen tot sterke medische consumptie in velerlei settingen. In de tweede plaats heeft de NICE-richtlijn voor CVS (2007) ook disease-managementprincipes aanbevolen. En in de derde plaats blijkt uit het onderzoek dat is besproken in het hoofdstuk over behandeling dat goede afstemming van de zorg, multidisciplinaire samenwerking en een behandeling gericht op het beheersen van de medische consumptie effectief en kosteneffectief zijn.

Met een diseasemanagement benadering zou deze problematiek voor de praktiserend arts en collega hulpverleners goed te hanteren kunnen zijn. Dit vanwege de neiging tot chroniciteit van de klachten, de hoge zorgconsumptie, de problemen in de arts-patiënt communicatie, de versnippering in de zorg, en de daardoor optredende complicaties en sociale problematiek bij patiënten.

Patiëntprofielen

De hoofdlijnen van deze aanpak liggen in (1) het hanteren van patiëntprofielen, waarbij het risico op iatrogene schade en langdurig beloop wordt ingeschat; (2) het hanteren van een stepped care benadering, waarbij de patiënt instapt op een niveau passend bij diens profiel; en (3) het optreden van de huisarts, en in ernstige gevallen van de medisch specialist of psychiater, als caremanager die de zorgconsumptie kanaliseert.

De kans op iatrogene schade en op een langdurig beloop neemt toe bij bepaalde patiënt kenmerken, die onder A reeds zijn genoemd, zoals reeds langdurig bestaande

klachten, hoge zorgconsumptie, het ondergaan hebben van operatieve ingrepen vanwege SOLK, ernstig verstoorde behandelrelaties, het verloren gaan van sociale competenties (relaties, beroep), en het optreden van comorbiditeit. Een indeling in drie profielen wordt aangeraden.

Licht

Het lichte profiel is dat van de facultatieve somatiseerder, die wanneer daar door de huisarts een opening voor wordt geboden niet alleen somatische, maar ook psychosociale aspecten exploreert, die nog niet lang klachten heeft, met minder dan 6 weken arbeidsverzuim. In dit geval is behandeling door de huisarts met een tweesparenbeleid en psychoeducatie aangewezen, eventueel in combinatie met kortdurende Cognitieve Gedragstherapie (CGT). De prognose is goed.

Matig ernstig

Het matig ernstige profiel is dat waarbij comorbiditeit een rol speelt, hetzij een comorbide depressie of angststoornis, dan wel een lichamelijke comorbide ziekte, die het beeld compliceert. Het functioneren kan flink belemmerd zijn en ook het ziekteverzuim kan langer zijn, hetgeen risico's met zich meebrengt op het gebied van werkhervatting. Hoewel dit een aanpak vereist waarin hier expliciet aandacht aan wordt geschonken, en waarin de comorbiditeit expliciet herkend, benoemd en behandeld wordt, is de prognose gunstig indien dit gebeurt. Afhankelijk van de mate en aard van de comorbide problematiek kan een medisch specialist, psychiater, of de huisarts, al dan niet ondersteund door een consulent psychiater, de casemanager zijn. Voor de behandeling van de comorbiditeit kan zowel aan medicatie als aan CGT worden gedacht.

Ernstig

Het ernstige profiel betreft patiënten met somatoforme stoornissen van langere duur, die al medische ingrepen hebben ondergaan en verstoorde behandelrelaties hebben (gehad). In dit geval is het somatiseren een gegeven dat geaccepteerd moet worden en staat casemanagement en beperken van de iatrogene schade op de voorgrond. Indien de patiënt daartoe te motiveren is, is CGT zeker aangewezen. De prognose is afhankelijk van de mate waarin een goed behandelcontact op te bouwen is, en van de motivatie om daadwerkelijk CGT te volgen. In ernstige gevallen kan opname in een derdelijns instelling en multidisciplinaire behandeling aangewezen zijn.

Aanbevelingen

Een disease management aanpak op geleide van patientprofielen wordt aanbevolen.

Bij behandeling van SOLK en de somatoforme stoornis niet anderszins omschreven is een stepped care benadering, geïnitieerd door de huisarts aan te bevelen.

De werkgroep beveelt aan om voor zowel lichte als ernstige vormen van SOLK en somatoforme stoornissen met de lichtste, effectieve, nog niet toegepaste, interventie te beginnen. Derhalve is van groot belang uit te vragen welke behandelingen in de voorgeschiedenis reeds hebben plaatsgevonden.

Bij niet-farmacologische behandeling van SOLK en somatoforme stoornis niet anderszins omschreven zijn maatregelen die een actieve participatie van de patiënt verlangen aan te bevelen.

De toepassing van meer intensieve psychologische behandeling moet worden gelimiteerd tot de categorie patiënten met hardnekkige klachten.

De werkgroep beveelt aan methoden te ontwikkelen om die patiënten met SOLK en somatoforme stoornissen bij wie de klachten zonder behandeling zullen voortduren, zo snel mogelijk te herkennen.

De werkgroep beveelt aan om bij patiënten met hypochondrie of BDD met een lichte comorbide depressie te kiezen tussen behandeling met een SSRI of cognitieve gedragstherapie en bij patiënten met een ernstige comorbide depressie direct te starten met een SSRI.

D BEHANDELING VAN SOMATOFORME STOORNISSEN

Uitgangsvraag 7

Wat is de wetenschappelijke evidentie voor behandeling van SOLK en somatoforme stoornissen?

Inleiding

Hieronder wordt de evidentie weergegeven van een aantal somatoforme stoornissen, zoals die in de DSM-IV-TR worden beschreven. Indien voorhanden zal de evidentie worden opgesplitst naar de verschillende echelons van de zorg.

3.1 Somatisatiestoornis

3.1.1 De eerste lijn

Zoekstrategie

Somatisatiestoornis wordt in geen van bestaande multidisciplinaire richtlijnen behandeld. Gezocht is naar systematische reviews, meta-analyses en gerandomiseerde en gecontroleerde trials naar de effectiviteit van behandelingen voor somatisatiestoornis volgens de DSM-IV (of III). Er werden geen systematische reviews of meta-analyses gevonden. Wel leverde de zoekactie in PubMed zeven artikelen op die aan de zoekcriteria voldeden en waarbij de primaire uitkomstmaat de ernst van de klachten en/of de beperkingen als gevolg van de lichamelijke klachten was. Hier worden de studies die geheel of gedeeltelijk in de eerste lijn werden verricht besproken. Er werden vier studies gevonden waarbij niet de ernst van de klachten maar de medische kosten de primaire

uitkomstmaat vormden, en een studie waar de ernst van de klachten wel een uitkomst was. In deze studies werd het effect onderzocht van het verstrekken van een 'consultation letter' aan de huisarts na uitvoerige diagnostiek door een multidisciplinair team als eenmalige consultatie bij patiënten met een somatisatiestoornis volgens de DSM-III of -IV, (Smith e.a., 1995; Smith e.a., 1986; Rost e.a., 1994; Dickinson e.a., 2003).

De zeven geïncludeerde gerandomiseerde trials variëren voor wat betreft de methodologische kwaliteit (zie bijlage III evidencetabellen).

Samenvatting van de literatuur

Preventieve interventie gericht op kostenbesparing

'Consultation letter' brief met aanbevelingen aan de huisarts (Rost e.a., 1994; Smith e.a., 1986, Smith e.a., 1995)

De huisarts krijgt van de psychiater, psychotherapeut of het multidisciplinair team dat de patiënt eenmalig in de tweedelijnssetting aan uitvoerige diagnostiek onderwerpt, een brief over de patiënt bij wie een somatisatiestoornis is vastgesteld. In deze brief staat dat bij de patiënt een somatisatiestoornis is vastgesteld en dat deze gekenmerkt wordt door een chronisch verloop met terugvallen, maar een lage morbiditeit en mortaliteit kent. Geadviseerd wordt om de patiënt elke 4-6 weken op het spreekuur te zien volgens vaste afspraken. De frequentie wordt zo gekozen dat spontane bezoeken aan de huisarts worden voorkomen. Geadviseerd wordt bij elke gepland bezoek lichamelijk onderzoek te verrichten gericht op het orgaansysteem of de klacht waar de patiënt zich mee presenteert. Tijdens het onderzoek wordt gekeken naar de aanwezigheid van ziektekenmerken. Ziekenhuisopnames, diagnostische onderzoeken, operaties en laboratoriumonderzoeken worden afgeraden tenzij daarvoor een duidelijke indicatie bestaat. Ten slotte wordt afgeraden om de validiteit van de klachten in twijfel te trekken of de patiënt de indruk te geven dat hij/zij zich aanstelt of zichzelf de klachten heeft aangepraat.

Het effect van de 'consultation letter' op de medische kosten is aanzienlijk en varieert van 33-53% reductie. De reductie is vooral het gevolg van een afname van het aantal opnames en blijft behouden bij follow-up (Smit e.a., 1986). De uitkomsten op de SF-36 (secundaire uitkomstmaat) laten een afname zien in de fysieke beperkingen en een toename van het fysieke functioneren (Smit e.a., 1995; $p = 0,002$; Smit e.a., 1986, ns; Rost e.a., $p < 0,05$).

Preventieve interventie gericht op vermindering van fysieke beperkingen

'Consultation letter' brief met aanbevelingen aan de huisarts (Dickinson e.a., 2003)

In deze studie werd gekeken naar het effect van een 'consultation letter' op de fysieke beperkingen volgens de SF-36. Er werd 12 maanden na het versturen van de brief een afname van 5.5 punten gevonden ($p < 0,001$), hetgeen overeenkomt met een klein effect ($d = 0,48$). Er werd geen effect gevonden op de psychische beperkingen als gevolg van de klachten.

Overige overwegingen

Er is geen duidelijk bewijs dat de gebruikelijke zorg van de huisarts minder effectief is dan meer intensieve behandelingen door de huisarts zelf. Reattributietraining van de huisarts heeft geen aangetoonde meerwaarde voor de patiënt en heeft mogelijk een negatieve effect op de kwaliteit van leven. Het is mogelijk dat een specifieke training van de huisarts in Nederland geen duidelijke meerwaarde heeft omdat de huisartsopleiding onderwijs geeft in strategieën bij SOLK.

Behandelingen die in de eerste lijn wel effectief zijn, maken gebruik van een multidisciplinaire benadering zoals consultatie door een psychiater met daaraan toegevoegd een consultation letter voor de huisarts, bij patiënten met Medically Unexplained Symptoms of patienten die werden omschreven als Distressed High Utilizers (Van der Feltz-Cornelis e.a., 2006; Katon e.a., 1992), of diagnostische screening door een multidisciplinair team met daaraan gekoppeld het verstrekken van een consultation letter aan de huisarts bij de somatisatiestoornis (Rost e.a., 1994; Smit e.a., 1986, Smit e.a., 1995; Dickinson e.a., 2003). Ook uit de review van Kroencke e.a. (2007) kwam naar voren dat er effect is gebleken van de consultatiebrief aan de huisarts. Een consultatiebrief verbetert het fysieke functioneren in vier van vijf RCT's en vermindert de kosten. Effect op de somatische symptomen werd gerapporteerd in 1 RCT. De ernst en frequentie van de lichamelijke klachten is de voor de patiënt meest relevante uitkomstmaat. De onderzoeken naar het gebruik van een consultation letter bij de somatisatiestoornis zijn meer dan 13 jaar geleden uitgevoerd in de Verenigde Staten.

Gezien het feit dat ook in een Nederlandse studie consultatie in combinatie met een consultation letter bij SOLK, maar ook bij de somatisatiestoornis, effectief bleek in vergelijking met Care As Usual, is het mogelijk dat deze werkwijze ook effectief zou zijn in de huidige Nederlandse situatie. Zowel diagnostiek door een multidisciplinair team in de tweedelijnssetting resulterend in een consultation letter voor de huisarts als een psychiatrisch consult in de huisartssetting met een consultation letter kan zinvol zijn. Consultatie kan de huisarts mogelijkheden bieden ter ondersteuning en kan helpen bij het effectueren van andere mogelijk effectieve strategieën, zoals het voorschrijven van medicatie of verwijzing voor psychotherapie bij een psychiatrische stoornis, en het beperken van overmatige somatische diagnostiek en verwijzingen naar een somatisch specialist. Door de laagdrempeligheid van het consult is de kans groter dat de patiënt daartoe te motiveren is dan naar een rechtstreekse verwijzing naar de GGZ.

In de Nederlandse situatie is geen onderzoek verricht naar de inzet van een praktijkverpleegkundige bij de behandeling van SOLK in de huisartspraktijk in samenwerking met de huisarts. In de Amerikaanse studie bleek hiervoor een intensief trainingsprogramma van 84 uur en een wekelijkse supervisieprogramma nodig.

De review van Henningsen (2007) heeft niet alleen betrekking op somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten en somatoforme stoornissen niet nader gespecificeerd. Het gaat in op het brede scala een ongecompliceerde en gecompliceerde somatoforme klachten en syndromen. Conclusies en aanbevelingen zijn daarom ook van toepassing op het gehele veld van somatoforme stoornissen en klachten.

Conclusies

<p>Niveau 1</p>	<p>Reattributietraining door de huisarts is niet effectief. Er zijn aanwijzingen dat reattributietraining door de huisarts een negatief effect heeft op de kwaliteit van leven.</p> <p><i>B Aiarzaguena, 2007</i> <i>B Blankenstein, 2001</i> <i>A2 Larisch, 2004</i> <i>A2 Morriss, 2007</i> <i>A2 Rosendal, 2007</i></p>
<p>Niveau 1</p>	<p>Het is aangetoond dat behandelingen die in de eerste lijn effectief zijn, gebruikmaken van een multidisciplinaire benadering zoals consultatie door een psychiater of vanuit een multidisciplinair team, waarbij een consultation letter wordt verstrekt. Het is aangetoond dat multidisciplinaire behandeling in de huisartspraktijk waarbij de huisarts samenwerkt met andere disciplines zoals een getrainde en gesuperviseerde verpleegkundige of psychotherapeut effectief is.</p> <p><i>A2 Katon e.a., 1992</i> <i>A2 Van der Feltz-Cornelis, 2006</i> <i>A2 Rasmussen, 2006</i> <i>A2 Smith, 2006</i></p>
<p>Niveau 1</p>	<p>Het is aangetoond dat niet-farmacologische behandeling van SOLK en somatoforme stoornis niet anderszins omschreven die een actieve participatie van patiënten met zich meebrengen, zoals oefening en psychotherapie, effectiever zijn dan behandelingen die passieve fysieke maatregelen betreffen, zoals injecties en operaties. Het is aangetoond dat bij behandeling van SOLK en de somatoforme stoornis niet anderszins omschreven een balans tussen biomedische, orgaan-georiënteerde en cognitieve interpersoonlijke benaderingen het meest geschikt is.</p> <p><i>A1 Henningsen, 2007</i></p>
<p>Niveau 1</p>	<p>Het is aangetoond dat een 'consultation letter' aan de huisarts van een patiënt met een somatisatiestoornis tot afname van de medische kosten leidt.</p> <p><i>A2 Rost e.a., 1994; Smit e.a., 1986; Smit e.a., 1995</i></p>
<p>Niveau 2</p>	<p>Er zijn aanwijzingen dat training van de huisarts in cognitief-gedragsmatige technieken effectief is bij minder ernstige klachten.</p> <p><i>A2 Rief, 2006</i> <i>B Arnold (in druk)</i></p>

3.1.2 Psychologische behandelingen

Samenvatting van de literatuur

Acht studies beschrijven het effect van een psychologische behandeling door een psychotherapeut na verwijzing door de huisarts. Vijf van de 8 studies waren van matige kwaliteit door methodologische problemen zoals kleine omvang, inadequate controlegroep of slechte rapportage van de uitkomstmaten.

In 6 studies betrof het een vorm van cognitieve gedragstherapie, de duur varieerde van 1 sessie van 3-4 uur tot 6 tot 12 sessies van 30 tot 60 minuten. In 1 studie was de methode variabel of eclecticisch en afhankelijk van de expertise van de psychotherapeut.

In 1 studie werd disclosure door een getrainde arts onderzocht gedurende 2-3 sessies van 1-2 uur.

Alle studies die cognitieve gedragstherapie onderzochten rapporteerden positieve effecten. De 2 studies met disclosure en behandeling met variabele of eclecticische methoden vonden geen positieve effecten. De studie van Speckens (1995) betreft een Nederlandse studie waar patiënten in een somatische setting werden geïncludeerd. Speckens bestudeerde de meerwaarde van cognitieve gedragstherapie (N=39) voor patiënten met medisch onverklaarde lichamelijke klachten in vergelijking met geoptimaliseerde medische zorg (N=40) op een polikliniek interne geneeskunde van een universiteits ziekenhuis. De interventiegroep kreeg tussen de zes en zestien sessies cognitieve gedragstherapie. Bij zes en twaalf maanden follow up bleek de interventiegroep beter hersteld.

De reviews van Sumathipala (2007), Kroencke e.a. (2007) en Henningsen (2007) laten zien dat cognitieve gedragstherapie effectief is bij het behandelen van medisch onverklaarde klachten in de tweede lijn.

Conclusies

Niveau 1	<p>Het is aangetoond dat cognitieve gedragstherapie uitvoerbaar en effectief is in de tweedelijs ambulante behandeling van patiënten met SOLK en somatoforme stoornis niet anderszins omschreven.</p> <p><i>A1 Henningsen, 2007; Kroencke, 2007; Sumathipala, 2007</i> <i>A2 Speckens, 1995</i> <i>B Escobar, 2007</i> <i>B Hellman, 1990</i> <i>B Sumathipali, 2000</i></p>
-----------------	--

Aanbeveling

Cognitieve gedragstherapie dient onderdeel te zijn van het standaard medisch handelen in de tweede lijn bij SOLK en somatoforme stoornissen NAO.

Zoekstrategie voor de somatisatiestoornis

De effectiviteit van cognitieve gedragstherapie (Allen e.a., 2006) en van groepstherapie (Kashner e.a. 1995) is steeds slechts in één studie onderzocht. De studie van Kashner e.a. (1995) naar het effect van groepstherapie wordt gekenmerkt door een hoog aantal weigeraars (55%) en uitval. Slechts 11 van de 44 patiënten namen deel aan ten minste 5 van de 8 groepsbijeenkomsten. De uitkomsten van deze studie zijn niet meegenomen in deze richtlijn.

Cognitieve gedragstherapie

In de studie van Allen e.a. (2006) werd het effect van CGt onderzocht bij patiënten van wie de huisarts eerder een 'consultation letter' ontving. De behandeling werd gegeven door cognitief gedragstherapeuten en vond plaats op een polikliniek psychiatrie. De

individuele cognitief gedragstherapeutische behandeling volgens het behandeldraaiboek van Woolfolk & Allen (2006) bestaat uit de volgende onderdelen: ontspanningsoefeningen gericht op het verminderen van de spierspanning, activiteiten verdelen over de dag en op tijd stoppen ('activity pacing'), het opbouwen van de lichamelijke conditie en het uitbreiden van plezierige en betekenisvolle bezigheden, bewuster worden van emoties, veranderen van disfunctionele cognities, verbeteren van de communicatie over gedachten en gevoelens en het verminderen van de bekrachtiging van het ziektegedrag door de partner.

Als primaire uitkomstmaat werd gebruikgemaakt van de CGI voor somatisatie stoornis. Daarnaast werd een klachtendagboek bijgehouden en de SF-36 (fysiek functioneren) afgenomen. In vergelijking tot de wachtlijstcontrole werden 3 maanden na het begin van de behandeling significant ($p=0,001$) meer (40% vs 5%) patiënten die CGT kregen, op basis van de CGI beoordeeld als 'veel' of 'heel veel' verbeterd. De lichamelijke klachten (dagboek) namen significant af ($p<0,001$), het fysiek functioneren verbeterde significant ($p=0,02$) en de medische kosten namen meer af dan in de controle groep ($p<0,1$). De resultaten bleven behouden bij follow-up na 9 en 15 maanden.

Conclusie

Niveau 2	<p>Het is aannemelijk dat cognitieve gedragstherapie effectief is als behandeling voor somatisatiestoornis en tot een verdere afname van de kosten leidt boven op die van een 'consultation letter'.</p> <p>A2 Allen e.a., 2006</p>
-----------------	---

Overige overwegingen

De cognitieve gedragstherapie is uitgeschreven en gepubliceerd en bestaat uit tien individuele sessies (Woolfolk en Allen, 2006). De behandeling wordt nog niet breed aangeboden binnen de GGZ in Nederland. De werkgroep is dan ook van mening dat meer cognitief gedragstherapeuten getraind moeten worden in de behandeling van mensen met een somatisatiestoornis.

3.1.3 Farmacologische behandeling bij de somatisatiestoornis

Samenvatting van de literatuur

Farmacologische middelen met een werking op het centraal zenuwstelsel lijken meer consistent effectief dan geneesmiddelen die zich richten op herstel van de perifere fysiologisch disfunctie (Henningsen e.a., 2007).

Het effect van farmacologische behandelingen die zich primair richten op perifere fysiologische verstoringen verband houdend met de verschillende SOLK's en somatoforme stoornissen niet anders omschreven lijken variabel over de verschillende klachten en stoornissen waarbij het meeste effect wordt gezien bij functioneel gastrointestinale syndromen, en een klein effect bij vele andere functionele somatische syndromen. Het middelmatig tot goede effect van een antidepressieve behandeling lijkt echter wel gelijkmatig verdeeld over de verschillende functionele somatische syndromen.

Conclusie

Niveau 1	<p>Het is aangetoond dat farmacologische middelen met een werking op het centraal zenuwstelsel bij behandeling van SOLK en somatoforme stoornis niet anderszins omschreven meer consistent effectief lijken dan geneesmiddelen die zich richten op herstel van de perifere fysiologisch disfunctie.</p> <p><i>A1 Henningssen e.a., 2007</i></p>
-----------------	---

Sint-janskruid

Sint-janskruid LI 160 (600 mg/d) is effectief gebleken in twee gerandomiseerde gecontroleerde trials bij patiënten met een somatisatiestoornis of een ongedifferentieerde somatoforme stoornis. De duur van de studie was 6 weken. Het effect trad op na 28 dagen. Onbekend is wat er gebeurt na het staken van de medicatie. Als uitkomstmaat werd in beide studies gebruikgemaakt van de Hamilton Anxiety Scale (somatische angst, psychische angst en totaal score), de SCL-90-R (somatische klachten en totaal score) en de Clinical Global Improvement-schaal.

In beide studies wordt een reductie vastgesteld van meer dan 50% op de HAM-schalen (HAM-SOM $p=0,001$) en de SCL-90 (SCL-90-R SOM $p=0,0001$) en een significante reductie op de CGI.

In vergelijking tot de wachtlijstcontrole werden na afloop van de behandeling significant meer patiënten die sint-janskruid kregen, beoordeeld als 'veel' of 'heel veel' verbeterd (Muller e.a., 2004; 45% vs 21% ($p=0,0006$); Volz e.a., 2002; 81% vs 50% ($p=0,0001$)).

De gecombineerde Cohens' size (Muller e.a., 2004) voor de HAM, SCL-90 en CGI, is 0,68 hetgeen overeenkomt met een middelgroot effect. De behandeling is effectief en veilig gebleken. Er worden weinig bijwerkingen gerapporteerd. De effectiviteit is onafhankelijk van de aanwezigheid van een depressieve stemming (Volz e.a., 2002).

Conclusie

Niveau 1	<p>Het is aangetoond dat sint-janskruid LI 160 (600 mg/d) effectief is als behandeling voor de somatisatiestoornis.</p> <p><i>A2 Muller e.a., 2004; Volz e.a., 2002</i></p>
-----------------	---

Overige overwegingen

Het effect van sint-janskruid is aanzienlijk (81% 'veel' of 'heel veel' verbeterd), maar er is ook sprake van een groot (50%) placebo-effect. Daar staat tegenover dat de medicatie weinig bijwerkingen geeft en tot weinig uitval leidt. Sint-janskruid wordt in Nederland niet regulier voorgeschreven en staat niet vermeldt in het *Farmacotherapeutisch Kompas*. We adviseren het preparaat niet voor te schrijven zo lang de vermelde dosis en de samenstelling van het preparaat niet is gegarandeerd. Daarnaast is weinig bekend over de langetermijneffecten.

3.2 Conversiestoornis

Inleiding

De conversie stoornis behelst een verandering in of verlies van fysiek functioneren, dat een lichamelijke ziekte suggereert, maar waar na adequaat onderzoek, geen lichamelijke oorzaak voor gevonden wordt. Het gaat om niet opzettelijke uitval van een of meer sensorische of motorische functies. Veelvoorkomend zijn spierzwakte, spierspasmen, moeite met praten, ongevoeligheid voor pijn, doofheid, visuele verstoringen, toevallen en convulsies. Deze verschijnselen doen denken aan een neurologische aandoening, maar missen daarvoor de medische verklaring. Psychische factoren (stress en/of conflict) worden geacht een etiologische betekenis te hebben in interactie met culturele opvattingen, opvattingen over ziekte en aangeleerde tekorten in aanpassingsgedrag (Silver, 1996). De incidentie wordt geschat op 5 tot 10 per 100.000 en de prevalentie op 40 per 100.000. 60 tot 80% van de patiënten is vrouw en de gemiddelde leeftijd is 39 jaar (Krem, 2004). De meeste conversiebeelden zijn van het motorische type. Prognostisch heeft men volgens de weinige studies die er zijn, een goede kans op snel herstel, maar er is een grote kans op terugval. Wanneer het conversieve beeld een acuut begin kent en snel wordt behandeld, is de kans op herstel groter.

Zoekstrategie

Een search in PubMed leverde een systematische Cochrane review (Ruddy & House, 2005) op waarin twee artikelen van Moene (2002, 2003) en de studie van Ataoglu (2003) waren geïncludeerd. Andere studies werden in de search niet aangetroffen. In de systematische review werden 260 artikelen op het gebied van psychosociale interventies bij de conversie stoornis beoordeeld. Puur biologische interventies werden niet meegenomen. Alleen de gerandomiseerde gecontroleerde trials die voldeden aan de richtlijnen van de Cochrane Foundation werden geselecteerd. Omdat in de PubMed search ook geen puur biologische interventies werden gevonden kunnen alleen conclusies worden getrokken over psychologische interventies.

Samenvatting van de literatuur

De drie geïncludeerde RCT's (Ataoglu, 2003; Moene, 2002 en Moene, 2003) in de systematische review van Ruddy & House (2005) zijn over het algemeen van matige methodologische kwaliteit, onder meer omdat de controlecondities volgens Ruddy & House onvoldoende vergelijkbaar zijn met de behandelcondities. In de controlecondities werd behandeling geboden of het was een wachtlijstgroep, hetgeen zij methodologisch als een zwak punt beschouwden. Ruddy & House meenden ook dat de studies te veel verschilden qua interventie en dat daardoor de resultaten niet gecombineerd konden worden. Zij concludeerden dan ook dat vanwege de slechte methodologische kwaliteit en de onderlinge verschillen van de studies geen uitspraken gedaan kunnen worden over het nut (en de schade) van psychosociale interventies bij de behandeling van de conversiestoornis.

Indien echter een wachtlijstgroep wel als voldoende relevante controlegroep wordt beschouwd met betrekking tot de vraag of de behandeling effectief is (afgezien van de

vraag wat er effectief was), kan de studie van Moene (2003) wel tot een op zichzelf staande conclusie leiden. Moene (2003) vergeleek het effect van hypnotherapie met geen behandeling (wachtlIJstgroep) bij poliklinische patiënten met een conversie van het motorische type (N=44). Deze patiënten kregen gedurende de studie geen andere therapieën en de medicatie werd constant gehouden. De interventie bestond uit tien wekelijkse sessies van één uur waarin met hypnotische technieken gewerkt werd aan klachtreductie en aan het oplossen van het onderliggende conflict. De hypnosegroep vertoonde een hoog significante verbetering wat betreft de fysieke symptomen vergeleken met de wachtlIJstgroep.

Ruddy & House zijn van mening dat de studies van Moene (2002, 2003) suggereren dat psychosociale interventies in het algemeen acceptabel zijn voor mensen met een conversiestoornis omdat de uitval laag blijkt. Dit is van belang omdat mensen met een conversiestoornis er vaak van overtuigd zijn dat er een duidelijke biologische basis voor hun invaliditeit is en zij daarom een biologische interventie verwachten (Ruddy & House, 2005).

Daarnaast stellen zij dat meer gecontroleerd onderzoek naar de effectiviteit van psychosociale interventies bij conversies gedaan moet worden.

Conclusie

Niveau 2	Er zijn aanwijzingen dat hypnotherapie conversieve klachten van het motorisch type kan verminderen. A2 Moene, 2003
-----------------	---

Overige overwegingen

Mensen met een conversiestoornis zijn er vaak van overtuigd dat er een duidelijke biologische basis voor hun invaliditeit is en daarom verwachten zij een biologische interventie. Het wordt in brede kring door clinici onderkend dat een voor de patiënt acceptabele rationale essentieel is willen psychosociale interventies acceptabel zijn voor mensen met een conversiestoornis. De ambulante interventie met hypnotherapie bij patiënten met een motorische conversie is een interventie met geringe veiligheidsrisico's die een relatief geringe tijdsinvestering van patiënten en therapeuten (dus geringe kosten) vraagt.

Belangrijk is dat er voldoende BIG geregistreerde psychotherapeuten, klinisch psychologen of psychiaters zijn met een officiële hypnotherapie-opleiding (NvvH).

Aanbevelingen

Een ambulante interventie met hypnotherapie voor patiënten met motorische conversieklachten is aan te bevelen.
--

3.3 Hypochondrie

Inleiding

Hypochondrie wordt omschreven als de preoccupatie met de vrees of opvatting een ernstige ziekte te hebben, gebaseerd op een verkeerde interpretatie van lichamelijke verschijnselen. Deze preoccupatie houdt aan ondanks adequaat medisch onderzoek en geruststelling. Wanneer betrokkene voor het grootste deel van de tijd in de huidige episode niet beseft dat de bezorgdheid over het hebben van een ernstige ziekte overdreven of onredelijk is, dan wordt gesproken van hypochondrie met gering inzicht. Hier wordt de hypochondrie behandeld zoals in bijlage I van de DSM-IV-TR wordt omschreven.

Zoekstrategie

Hypochondrie is opgenomen in de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling, 2009). In deze richtlijn zijn ook de resultaten gegeven van open medicatie trials en case series. De resultaten van deze studies zijn in de huidige/onderhavige aanbeveling buiten beschouwing gelaten. Sinds het verschijnen van de richtlijn is er nog een aantal studies en een Cochrane Review gepubliceerd. Met de resultaten van deze studies is rekening gehouden bij het opstellen van de aanbeveling.

Gezocht is naar systematische reviews, meta-analyses en gerandomiseerde en gecontroleerde trials naar de effectiviteit van behandelingen voor hypochondrie. Een zoekactie in PubMed leverde acht artikelen op die aan deze criteria voldeden; een systematische Cochrane review, een proefschrift (Bruwalda) en zes artikelen gepubliceerd in peer reviewed tijdschriften. In de systematische review worden zes artikelen op het gebied van psychosociale interventies bij hypochondrie beoordeeld.

De systematische review is als uitgangspunt gekozen. Omdat hierin echter alleen de vergelijking met wachtlijst of controleconditie werd besproken en niet de vergelijking tussen behandelingen onderling, is ervoor gekozen de individuele studies te beschrijven. Alleen de gerandomiseerde gecontroleerde trials die voldoende valide en toepasbaar waren, werden geselecteerd.

Samenvatting van de literatuur

De zeven geïncludeerde RCT's en de systematische review variëren voor wat betreft de methodologische kwaliteit (zie evidencetabellen). De weergave van een van de studies (Fallon e.a., 1996) was van dien aard dat de kwaliteit van de studie niet was te beoordelen. Omdat het hier een verslag betrof van de resultaten van de eerste fase van een studie en de uiteindelijke resultaten nooit zijn gepubliceerd, zijn de conclusies hiervan niet meegenomen.

In de Cochrane Review van Thomson & Page (2007) wordt verslag gedaan van de gerandomiseerde en gecontroleerde studies bij volwassenen met hypochondrie waarin het effect van psychologische behandelingen op de ernst van de ziekteangst wordt onderzocht. Wanneer er geen formele diagnose hypochondrie was gesteld of niet alle patiënten voldeden aan de criteria, werden de studies uitgesloten.

3.3.1 Psychologische behandelingen

De gemiddelde effectsize van de psychologische behandeling is groot ($d=-0,86$) (Thomson & Page, 2007). De meeste studies maken gebruik van de Illness Attitude Scale en/of Whitely Index als uitkomstmaat voor de ernst van de hypochondere klachten.

Bibliotherapie (Buwalda & Bouman, 2007)

Van de psychologische behandelingen is bibliotherapie het minst intensief. De patiënt werkt thuis aan opdrachten zonder dat er direct contact is met een hulpverlener. Deze minimale interventie heeft een groot effect ($d=0,86$). Alhoewel als gevolg van de interventie veel (73%) patiënten klinisch significant verbeteren, herstelt ook de helft van de patiënten zonder enige interventie. Onduidelijk is wat hier van de oorzaak is. De duur van de follow-up bedroeg drie maanden. Langetermijneffecten zijn niet bekend.

Psycho-educatie (Buwalda e.a., 2007; Fava e.a., 2000)

Bij psycho-educatie (individueel of groepsgewijs) krijgt de patiënt informatie over hypochondrie en de rol van cognities en gedrag, zonder dat er gebruik wordt gemaakt van specifieke cognitieve en gedragstherapeutische technieken. Buwalda e.a. (2006) vinden een groot effect ($d=1,21$, na 6 mnd fu).

Ook 'explanatory therapy' kan beschouwd worden als een vorm van psycho-educatie. Fava e.a. (2000) vinden een significante reductie van de IAS-score ($p<0,05$) en een afname van het artsbezoek ($p<0,01$).

Cognitieve gedragstherapie (Barsky & Ahern, 2004; Bouman & Visser, 1998; Clark e.a., 1998; Greeven, 2007; Thomson & Page, 2007; Visser & Bouman, 2001; Warwick e.a., 1996)

Bij de cognitief gedragstherapeutische behandeling van hypochondrie worden de volgende interventies gebruikt: uitleggen wat het doel is van de behandeling, onderzoeken (bespreken van argumenten voor en tegen de overtuiging een ernstige ziekte te hebben) en toetsen (gedragsexperimenten) van catastrofale cognities en exposure met responspreventie.

Het doel van de cognitief gedragstherapeutische behandeling is het verminderen van de angst als gevolg van de lichamelijke klachten/verschijnselen en *niet* het verminderen van de klachten/verschijnselen. Er is sprake van een middelgroot effect in vergelijking tot placebo voor de completers ($d=0,53$) en een klein effect voor de 'intention to treat'-populatie (0,40) (Greeven, 2007).

Stressmanagement (Clark e.a., 1998)

Bij stressmanagement voor hypochondrie wordt gebruikgemaakt van: relaxatietraining, probleemoplossen, assertiviteitstraining en tijdmanagement. Stressmanagement geeft een significante ($p<0,01$) afname van klachten bij follow-up na twaalf maanden.

Vergelijking tussen psychologische behandelingen

Cognitieve therapie en exposure met responspreventie zijn even effectief ($F=0,44$; $p<0,77$) en beide effectiever dan geen behandeling ($F=4,23$; $p<0,001$) (Bouman & Visser, 1998; Visser & Bouman, 2001).

Cognitieve gedragstherapie en stressmanagement zijn beide een jaar na de behandeling even effectief. Na een jaar is er op negen van de tien maten geen significant verschil meer tussen cognitieve gedragstherapie en stressmanagement. Met cognitieve gedragstherapie worden echter sneller (nog tijdens de behandeling) resultaten behaald (Clark e.a., 1998).

Conclusies

Niveau 1	Cognitieve gedragstherapie is effectief gebleken als behandeling voor hypochondrie. <i>A1 Thompson & Paige, 2007</i>
Niveau 1	Psycho-educatie is effectief gebleken als behandeling voor hypochondrie. <i>A2 Fava, 2000; Buwalda, 2006</i>
Niveau 2	Het is aannemelijk dat bibliotherapie effectief is als behandeling voor hypochondrie. <i>A2 Buwalda, 2007</i>
Niveau 2	Het is aannemelijk dat stressmanagement effectief is als behandeling voor hypochondrie. <i>A2 Clark, 1988</i>
Niveau 2	Het is aannemelijk dat cognitieve gedragstherapie en exposure met responspreventie even effectief zijn. <i>A2 Bouman & Visser, 1998; Visser & Bouman, 2001</i>
Niveau 2	Het is aannemelijk dat op de korte termijn cognitieve gedragstherapie effectiever is dan stressmanagement, maar dat op de langere termijn (12 mnd.) er geen verschil is in effectiviteit. <i>A2 Clark e.a., 1998</i>

Overige overwegingen

De werkgroep is van mening dat meer cognitief gedragstherapeuten getraind moeten worden in de behandeling van mensen met een hypochondrie.

Psycho-educatie en cognitieve gedragstherapie zijn beide effectief gebleken. Het aantal drop-outs bij psycho-educatie (8%) is laag in vergelijking tot cognitieve gedragstherapie (25-28%).

Aanbeveling

De werkgroep beveelt aan om bij patiënten met hypochondrie te beginnen met psycho-educatie en als hier onvoldoende effect mee wordt gerealiseerd, over te gaan op cognitieve gedragstherapie. Wanneer cognitieve gedragstherapie onvoldoende effect heeft, dan kan de behandeling worden uitgebreid met een module stressmanagement of behandeling met een SSRI worden gestart.

3.3.2 Farmacologische behandeling

Paroxetine (Greeven e.a., 2007)

Met betrekking tot paroxetine (20-60 mg p/d) is er sprake van een middelgroot effect in vergelijking tot placebo voor de completers ($d=0,58$) en een klein effect voor de 'intention to treat'-populatie ($d=0,44$).

Fluoxetine (Fallon et al., 1996)

Fallon verwijst in verschillende publicaties naar de resultaten van de eerste fase van een gerandomiseerde en gecontroleerde studie naar het effect van fluoxetine. Alhoewel de resultaten suggereren dat fluoxetine mogelijk effectief zou kunnen zijn, waren de gevonden verschillen niet statistisch significant. Omdat de uiteindelijke studie nooit is gepubliceerd en de resultaten van de eerste fase slechts globaal zijn beschreven in een artikel over farmacotherapie bij hypochondrie, hebben we besloten deze resultaten niet op te nemen in de richtlijn.

Conclusie

Niveau 2	Het is aannemelijk dat paroxetine effectief is als behandeling voor hypochondrie. A2 Greeven e.a., 2007
-----------------	--

Vergelijking tussen psychologische en farmacologische behandelingen

Cognitieve gedragstherapie (CGt) en paroxetine zijn beide effectiever dan placebo. Het effect van CGt en paroxetine in vergelijking tot placebo is gelijk. Er is sprake van een middelgroot effect in vergelijking tot geen behandeling. De beide behandelingen zijn op de korte termijn even effectief ($d= 0,09$).

Van de patiënten die medicatie kregen voorgeschreven viel 30% uit, maar dat is nauwelijks meer dan in de groep die CGt kreeg (25% Greeven, e.a. 2007; 28% Visser & Bouman, 2001).

Conclusie

Niveau 2	Het is aannemelijk dat paroxetine op de korte termijn even effectief is als cognitieve gedragstherapie als behandeling voor hypochondrie. A2 Greeven e.a., 2007
-----------------	--

Overige overwegingen

Er zijn voldoende aanwijzingen uit de klinische praktijk en case series om te veronderstellen dat naast paroxetine ook andere SSRI's effectief zijn (Fallon, 2004).

Er zijn geen gerandomiseerde en gecontroleerde studies gedaan naar het effect van SSRI's of antipsychotica bij hypochondrie met weinig inzicht (waanachtige vorm). Patiënten met hypochondrie verdragen slecht de bijwerkingen van medicatie, omdat

ook deze lichamelijke verschijnselen aanleiding geven tot misinterpretatie en angst. Daarom wordt aanbevolen patiënten die behandeld worden met een SSRI zeker in het begin frequent (eenmaal per week) op het spreekuur te zien en grondig voor te lichten over de bijwerkingen. Ondanks dat patiënten met hypochondrie de bijwerkingen slecht verdragen, is er nauwelijks meer uitval (30%) dan in de CGt-conditie (25%).

Op de langere termijn doen patiënten die behandeld zijn met cognitieve gedragstherapie minder een beroep op de GGZ dan patiënten die behandeld zijn met paroxetine (Greeven e.a., 2007). Bij de behandeling van hypochondrie gaat daarom de voorkeur uit naar behandeling met cognitieve gedragstherapie. Echter, wanneer er sprake is van een ernstige comorbide depressieve stoornis, dan gaat de voorkeur uit naar behandeling met paroxetine, omdat de depressie dan gelijk meebehandeld wordt. Zie multidisciplinaire richtlijn depressie (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijn ontwikkeling, 2005).

Aanbeveling

De werkgroep beveelt aan patiënten die behandeld worden met een SSRI zeker in het begin frequent (eenmaal per week) op het spreekuur te zien en grondig voor te lichten over de bijwerkingen.

3.4 Body Dysmorphic Disorder (BDD)

Inleiding

BDD wordt omschreven als de preoccupatie met een vermeende, onvolkomenheid van het uiterlijk. Indien er een geringe lichamelijke afwijking aanwezig is, dan is de ongerustheid van betrokkene duidelijk overdreven. De preoccupatie veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.

De preoccupatie is niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis (bijvoorbeeld ontevredenheid over de lichaamsvorm of omvang bij anorexia nervosa).

Wanneer betrokkene voor het grootste deel van de tijd in de huidige episode niet beseft dat de ongerustheid over het aspect van het uiterlijk overdreven of onredelijk is, dan wordt gesproken van BDD met gering inzicht (waanachtige type). Hier wordt de BDD behandeld zoals omschreven in de DSM-IV-TR-termen in bijlage I.

Zoekstrategie

BDD wordt in geen van bestaande multidisciplinaire richtlijnen behandeld. In PubMed is gezocht naar systematische reviews, meta-analyses en gerandomiseerde en gecontroleerde trials naar de effectiviteit van behandelingen voor BDD volgens de DSM-IV (of -III).

PubMed leverde vier artikelen op die aan deze criteria voldeden: een meta-analyse en drie gerandomiseerde en gecontroleerde studies. De meta-analyse is als uitgangspunt gekozen, maar omdat in de meta-analyse ook de resultaten van case series worden beschreven, zijn ook de resultaten van de individuele gerandomiseerde en gecontroleerde

studies beschreven. Alleen de gerandomiseerde gecontroleerde trials die voldoende valide en toepasbaar waren, werden geselecteerd.

Samenvatting van de literatuur

De drie geïncludeerde RCT's en de meta-analyse zijn alle van voldoende kwaliteit.

Rosen e.a. (1995) gebruikten de BDDE en Veale e.a. (1996) de BDD-YBOCS als uitkomstmaat. De case series gebruikten op twee na de BDD-YBOCS als uitkomstmaat.

3.4.1 Psychologische behandeling

Cognitieve gedragstherapie (Rosen e.a., 1995; Veale e.a., 1996)

De cognitief gedragstherapeutische behandeling heeft een zeer groot ($d=2,18$; Rosen e.a., 1995) tot groot effect ($d=1,18$; Veale e.a., 1996) in vergelijking met geen behandeling en een wachtlijst controleconditie. CGt bestaat uit het uitdagen van cognities over de implicaties van de vermeende lelijkheid en het doen van gedragsexperimenten om de voorspellingen te toetsen (Veale e.a., 1996). Met alleen exposure en responspreventie worden echter ook goede resultaten behaald (Rosen e.a., 1995). Omdat niet bekend is of de patiënten ten tijde van het onderzoek medicatie gebruikten, valt niet uit te sluiten dat het hier gaat om het gecombineerde effect van SSRI en CGt. De gemiddelde effectsize (d) van de zeven case series waarbij (C)Gt werd toegepast en die de BDD-YBOCS als uitkomstmaat hanteerden, is groot en bedraagt 1,40. In een deel van deze studies gebruikten de patiënten medicatie, van andere studies is het gebruik niet bekend.

3.4.2 Farmacologische behandeling

Fluoxetine (Phillips e.a., 2002; Williams e.a., 2006)

Fluvoxamine (40-80-mg/d) is effectief gebleken bij de behandeling van BDD (Phillips e.a., 2002). De behandeling met fluoxetine is effectief ($d=0,98$). Er zijn daarnaast echter ook voldoende aanwijzingen om te veronderstellen dat ook andere SSRI's (clomipramine, fluvoxamine en citalopram) effectief zijn (Williams e.a., 2006). De gemiddelde effectsize (d) van de vier case series bedraagt 1,20, hetgeen overeenkomt met een groot effect.

Pimozide (Phillips, 2005)

Het betreft hier pimozide (2-10 mg/d) toegevoegd aan fluoxetine (40-80-mg/d). Patiënten met een waanachtige vorm van BDD reageren even goed op SSRI's als patiënten zonder waanachtige vorm. Het toevoegen van een anti-psychoticum aan een SSRI leidt niet tot een beter resultaat (Phillips, 2005). De effectsize (d) bedraagt 0,23.

Conclusies

Niveau 1	SSRI's zijn effectief gebleken als behandeling voor BDD. A1 Williams e.a., 2006; Phillips e.a., 2002
Niveau 1	Cognitieve gedragstherapie is effectief gebleken als behandeling voor BDD. A1 Williams e.a., 2006; Rosen e.a., 1995; Veale e.a., 1996
Niveau 2	Het is aannemelijk dat bij een waanachtige vorm van BDD toevoeging van een antipsychoticum geen beter resultaat geeft dan een SSRI alleen. A2 Phillips, 2005

Overige overwegingen

Er zijn geen gerandomiseerde en gecontroleerde studies gedaan waarin het effect van SSRI's en cognitieve gedragstherapie is vergeleken. In de meta-analyse van Williams e.a. (2006) waarin ook case series zijn meegenomen, wordt een gemiddelde effectsize van 0,92 gevonden (groot effect) voor farmacotherapie en van 1,63 (zeer groot effect) voor psychologische interventies. In 9 van de 10 studies waarin een psychologische interventie werd onderzocht, is niet gecontroleerd voor medicatiegebruik. In 5 studies ontbrak informatie over de medicatie en in 4 studies gebruikten (een deel van) de patiënten medicatie. Slechts bij een (deel)studie van N=10 was zeker dat de patiënten geen medicatie gebruikten. Het lijkt dus zeer waarschijnlijk dat een deel van het effect zoals gevonden bij de psychologische behandelingen kan worden verklaard door het effect van de medicatie.

De medicatie lijkt goed te worden verdragen. Er vielen iets meer patiënten uit die een placebo kregen (15%) dan die fluoxetine kregen (9%) (Phillips e.a., 2002). Onbekend is hoeveel patiënten terugvallen na het staken van de medicatie.

Wanneer er sprake is van een comorbide depressie dan is het wenselijk dat wordt gestart met een SSRI, aangezien hiermee zowel de depressie als de BDD kan worden behandeld. Voor informatie over de effectiviteit van SSRI's bij de behandeling van depressieve stoornissen, zie richtlijn Depressie (Landerlijke Stuurgroep Mulidisciplinaire Richtlijnontwikkeling, 2005).

De werkgroep is van mening dat meer cognitief gedragstherapeuten getraind moeten worden in de behandeling van mensen met een body dysmorphic disorder.

Er is weinig bekend over het langetermijneffect van SSRI's en cognitieve gedragstherapie en het effect van het staken van de medicatie op de klachten bij patiënten die wel of niet ook een cognitiefgedragstherapeutische behandeling hebben gehad.

Aanbevelingen

De werkgroep beveelt aan om patiënten met BDD te behandelen met een SSRI of met cognitieve gedragstherapie. De voorkeur gaat uit naar een SSRI wanneer er sprake is van een comorbide depressie. Bij onvoldoende effect van de ene behandeling op de klachten, kan de andere behandeling worden toegevoegd.

Aanbevolen wordt om patiënten met een waanachtige vorm van BDD te behandelen met een SSRI zonder toevoeging van een antipsychoticum.

3.5 Ernstige somatoforme stoornissen

Deze paragraaf gaat over de klinische behandeling van ernstige somatoforme stoornissen in de derde lijn.

Zoekstrategie

Er werd gezocht naar zowel RCT-studies als naar niet-RCT-studies.

Binnen de algemene search van deze richtlijn naar behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten en somatoforme stoornissen werd gezocht naar studies over klinische behandelingen. Vervolgens werd van hieruit ook via de sneeuw-balmethode in literatuur verwijzingen naar studies over klinische behandeling gezocht. Ook werd in twee reviews over SOLK en somatoforme stoornissen (Kroenke e.a., 2007; Sumathipala, 2007) gekeken naar studies over klinische behandeling.

Twee recent verschenen Duitstalige boeken over effect van klinisch behandeling in Duitsland (Steffanowski e.a., 2007; Wiegand e.a., 2008) werden onderzocht en Nederlands onderzoek bij het Kenniscentrum voor psychosomatiek De Eikenboom werd erbij betrokken.

Samenvatting van de literatuur

Er is vrij weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van niet-somatische klinische behandeling. Er zijn wel enkele RCT's bekend (zie bijvoorbeeld Alaranta e.a., 1994; Härkäpää, 1989; Moene, e.a., 1998; Nezu, Nezu & Lombardo 2001; Ataoglu e.a., 2003; Nickel e.a., 2006), maar de behandelde stoornissen en behandelmodaliteiten zijn daarin te verschillend om tot algemene conclusies met hoge bewijskracht te komen.

Met name in Duitsland is onderzoek gedaan naar de aldaar dikwijls toegepaste klinische psychosomatische revalidatie (rehabilitation) behandeling met landelijk ongeveer 16.000 bedden. Deze behandelingen zijn vaak multimodaal en altijd multidisciplinair met een combinatie van medische/lichaamsgerichte en psychologische therapieën. Men behandelt meestal een scala aan psychische stoornissen, zoals depressie, angststoornissen, aanpassingsstoornissen en somatoforme stoornissen (11%) (Schauenburg, e.a., 2007). Dit betekent, dat er circa 1800 bedden zijn voor patiënten met somatoforme stoornissen. Uit recente meta-analyses hiervan (Steffanowski e.a., 2007; Wiegand e.a., 2008) blijkt dat de studies meestal niet gerandomiseerde gecontroleerde trials zijn, maar effectonderzoek (met bijvoorbeeld alleen een pré- en een posttherapiemeting) via cohortstudie, waarbij men soms gebruikmaakt van controlegroepen. Effecten van deze behandeling worden duidelijk gerapporteerd met gemiddelde tot grote en effectsterkten en voldoende hoge significantie. Hierbij wordt ook specifiek naar de diagnosegroep somatoforme stoornissen gekeken. Met name de kosten-batenanalyses laten zien dat effect ook na behandeling positief doorwerkt op werkinzetbaarheid, artsenbezoeken, ziekenhuisopnames en medicatieconsumptie (Koch e.a., 2008). Wat het relatieve belang of de effectiviteit van de verschillende therapiecomponenten is, is echter vaak niet duidelijk, omdat het om multimodale methodieken gaat met bijvoorbeeld als ingrediënten CGT, psychodynamische en systeemtherapieën.

Er werd slechts één RCT gevonden naar effecten van klinische behandeling van SOLK en somatoforme stoornis niet anderszins omschreven (Bleichardt, 2004). Deze studie vergeleek twee klinische behandelcondities met elkaar waardoor geen conclusies kunnen worden getrokken over de effecten van klinische behandeling op zich. In Nederland is effectonderzoek gedaan (geen RCT) naar de multidisciplinaire behandeling van ernstige somatoforme stoornissen en SOLK bij een gespecialiseerd centrum voor behandeling van psychosomatiek (Veselka e.a., 2005). Dit onderzoek maakte deel uit van het zogenaamde STEP-onderzoek (Standaard evaluatieproject), een landelijk initiatief van een vijftiental klinische GGZ-afdelingen met als doel landelijke cijfers over de effectiviteit en doelmatigheid te verkrijgen. Het gaat bij de onderhavige studie om evaluatie van intensieve klinische, meerdaagse of eendaagse multidisciplinaire behandeling. Geconcludeerd werd dat in geval van ernstige tot zeer ernstige SOLK en somatoforme stoornissen er sterke aanwijzingen zijn dat een intensieve (bijvoorbeeld dagklinisch of klinisch) integratieve multidisciplinaire benadering effectief kan zijn met betrekking tot afname van klachten, toename van de kwaliteit van leven en afname van medische consumptie (Veselka e.a., 2005).

Conclusie

Niveau 1	Het is aangetoond dat in het algemeen klinische (en deeltijd) behandeling bij ernstige SOLK en somatoforme stoornissen effectief is. <i>A1 Steffanowski e.a., 2007; Wiegand e.a., 2008</i>
-----------------	---

Overige overwegingen

Bij klinische niet-somatische multidisciplinaire behandeling speelt ook het dagelijkse leefklimaat een belangrijke rol in het creëren van mogelijkheden tot verandering. Het bewerken van dit therapeutische milieu is vooral het werkterrein van sociotherapeuten en verpleegkundigen.

Op grond van het bovenstaande en de klinische ervaring van de werkgroepleden is men op grond van consensus tot de volgende aanbevelingen gekomen.

Aanbevelingen

<p>Bij een hoog risico patiëntprofiel kunnen de volgende stappen worden overwogen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verwijs naar tweedelijns ambulante multidisciplinaire behandeling of revalidatie met bijvoorbeeld aandacht voor symptoombehandeling, activerende fysiotherapie en psychotherapie. - Denk hierbij aan gespecialiseerde tweedelijnsinstellingen, zoals een gespecialiseerd centrum (bijvoorbeeld reguliere centra voor psychosomatiek, conversie, onverklaarde pijn, etc.) of een academisch ziekenhuis. - Wanneer deze behandeling niet afdoende blijkt, moet verwezen worden naar een gespecialiseerde derdelijnsinstelling.

<p>Bij het middelmatig en hoog risico patiëntprofiel kan een consultaanvraag bij een gespecialiseerde hulpverlener op het gebied van SOLK en somatoforme stoornissen zoals een deskundige psychiater, psychotherapeut of revalidatiearts worden overwogen, indien de te zetten stappen moeilijk uitvoerbaar blijken.</p>
--

De werkgroep beveelt voor de groep chronische patiënten die geen baat blijken te hebben bij intensieve klinische of deeltijd multidisciplinaire behandeling, geoordeelde voorzieningen aan, zoals ambulante begeleidingsgroepen voor chronische patiënten, die zich vooral richten op de verbeteren en stabiliseren van de kwaliteit van leven.

E BEHANDELING VAN SOLK

Uitgangsvraag 8

Wat is de wetenschappelijke evidentie voor specifieke behandeling van de volgende afzonderlijke somatoforme syndromen:

- a. chronische buikpijn bij vrouwen;
- b. dysmenorroe;
- c. prikkelbare darmsyndroom?

Inleiding

Diverse literatuuronderzoeken binnen de werkgroep naar specifieke somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) brachten aan het licht dat er maar over een beperkt aantal van deze klachtengebieden uitvoering onderzoek is verricht. Dit betreft onderzoek naar:

- chronisch buikpijn bij vrouwen
- dysmenorroe
- prikkelbare darmsyndroom

De bespreking van deze klachtengebieden dient ook als illustratie van hetgeen gewenst zou zijn voor andere klachten en stoornissen die somatisch gezien onvoldoende verklaard zijn.

3.6 Chronisch buikpijn bij vrouwen

Inleiding

Chronisch buikpijn bij vrouwen wordt gedefinieerd als continue of intermitterende pijn die voornamelijk in de onderbuik gelokaliseerd is en die langer dan zes maanden bestaat, waarbij de pijn niet alleen samenhangt met de menstruatiecyclus (dysmenorrhoe) of het hebben van gemeenschap (diepe dyspareunie) (Williams, 2004). Meestal kan geen medische verklaring voor de klachten gevonden worden. In ongeveer de helft van de gevallen kan een afwijking zoals endometriose, adhesies, vleesbomen of cysten worden vastgesteld, terwijl deze bevindingen ook gezien worden bij 40% van de vrouwen die niet klagen over buikpijn (Howard, 2000).

Er wordt een overlap gevonden in het soort klachten dat gepresenteerd wordt en andere somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten, zoals het prikkelbare darmsyndroom (PDS) (Whitehead, 2002). Chronisch buikpijn kan een enorme impact hebben op verschillende facetten van het dagelijks leven van de vrouw (Grace e.a., 2006). Naast economische kosten ten gevolge van ziekteverzuim, zijn ook de uitgaven

voor onderzoek en behandeling in het medische circuit hoog (Howard, 2000). Uit epidemiologisch onderzoek komt naar voren dat 15 tot 25% van de vrouwen in de algemene bevolking met enige regelmaat buikpijnklachten heeft (Matthias, 1996, Zondervan, 2001), dat slechts een deel van hen (4%) de huisarts hiervoor bezoekt en dat maar een enkeling naar een specialist wordt verwezen (Zondervan, 1999a, 1999b).

Zoekstrategie

De zoekstrategie die gebruikt is om de patiëntenpopulatie te definiëren is uitgebreid in bijlage II beschreven. Voor dit hoofdstuk werden publicaties geselecteerd met de MESH-term 'pelvic pain' of het titelwoord 'chronic pelvic pain syndrome'.

In de Cochrane Review van Stones (Stones e.a., 2005) zijn alle gerandomiseerde en gecontroleerde studies (RCT) naar het effect van behandeling van chronisch buikpijn bij vrouwen, beoordeeld. De search werd uitgevoerd in januari 2005 en had betrekking op alle RCT's gerubriceerd in Medline, Embase, Cinahl and PSYCInfo van voor die tijd.

De search leverde 19 studies op, waarvan er slechts 14 in de beoordeling betrokken werden omdat de kwaliteit van de andere 5 onvoldoende was. Deze kwalificatie vond plaats aan de hand van door de Cochrane Collaboration opgestelde richtlijnen gericht op gegevens over randomisatie, blinding, samenstelling van de onderzoeks- en controlegroep, het gebruik van 'intention to treat analyses' etc. In het kader van de onderhavige richtlijn zijn van de 14 in het hierboven genoemde review 6 studies geëxcludeerd, omdat deze vóór 1997 gepubliceerd werden. Na 2005 verschenen nog 4 RCT's over dit onderwerp (Haugstad, 2006; Sator-Katsenschlager, 2005; Heyman, 2006; Palomba, 2006) in peer reviewed tijdschriften. Drie daarvan zijn om methodologische redenen geëxcludeerd (Sator-Katsenschlager, 2005; Heyman, 2006; Palomba, 2006). In de studie van Sator-Katsenschlager varieerde de interventie (medicatie dosis en soort) per persoon. In de studie van Heyman bood dezelfde persoon de behandeling aan, nam het assessment af en voerde de controle-interventie uit. In de studie van Palomba werd een operatieve interventie op twee verschillende manieren uitgevoerd (vaginaal en laparoscopisch), waarbij de einduitkomst primair het verschil in kosten en comorbiditeit was en secundair het effect op buikpijn werd gemeten.

De richtlijnen die uitgebracht zijn door de gynaecologische beroepsverenigingen in Engeland (RCOG Royal College of Obstetricians and Gynaecologist; RCOG, 2005), Amerika (ACOG (American College of Obstetricians and Gynaecologist); ACOG, 2004) en Canada (SCOG (Society of Obstetricians and Gynaecologist Canada); Jarrel, 2005) zijn ook geraadpleegd, waarbij geen andere dan de reeds gevonden RCT's werden gevonden.

Samenvatting van de literatuur

De 9 trials zijn 'single studies', dat wil zeggen dat de effectiviteit van een bepaald soort behandeling bij vrouwen met chronisch buikpijn slechts eenmaal is onderzocht.

Er kan een grof onderscheid gemaakt worden in onderzoeken waarbij de medische (medicamenteuze of operatieve) interventies worden samengevat versus de niet-medische (zie bijlage II). Alle onderzoeken zijn verricht in de tweede of derde lijn.

De methodologische kwaliteit van de studies varieert. De definities van chronisch buikpijn van de geïncludeerde patiënten verschillen tussen de studies onderling. Sommige hanteren een klachtenduur van meer dan 3 maanden, andere includeren vrouwen met buikpijnklasten die langer dan 6 maanden bestaan, weer andere hebben de pijnklachten van de vrouwen in de onderzoeksgroep niet gedefinieerd.

Ook is er een groot verschil in het aantal vrouwen dat participeert in de onderzoeken. De studiepopulaties variëren van 25 tot bijna 250. De duur van de behandelingen varieert van eenmalig (een operatie, een consult) tot 6 maanden bij medicamenteuze therapie. De follow-up is relatief kort: van 4 weken tot 18 maanden na start van de behandeling.

Als primaire uitkomstmaat worden per studie verschillende pijnmaten gebruikt, zoals de visuele analoge schaal, de McGill Pain Questionnaire (MPQ) of alleen de kwalitatieve pijn domeinen of een samengestelde pijnscore zoals beschreven door Biberoglu (Biberoglu & Behrman, 1981) op basis van lichamelijk onderzoek en enkele vragen tijdens het consult naar de ernst van de klacht en beperkingen. In slechts 4 onderzoeken (Soysal, 2001; Engel, 1998; Swank, 2003; Norman, 2004) zijn naast de pijn ook scores voor lichamelijke beperkingen, algemeen welbevinden en/of angst en depressie als secundaire uitkomstmaat meegenomen.

3.6.1 Medicamenteuze behandeling

In het onderzoek van Soysal (2001) werd primair onderzocht wat het verschil in effect was van 2 verschillende medicaties (gonadotrofine releasing hormoon antagonist (GnRH-a) subcutaan eenmaal per maand toegediend versus continu progestativa oraal (een tablet) op de uitkomst van een vaatonderzoek. De onderzoeksgroep betrof vrouwen met langdurige buikpijnklasten bij wie bij venografie (een vaatonderzoek met opspuiten van de veneuze plexus rondom de baarmoeder) verwijde bloedvaten werden gezien (pelvic congestion). Een dergelijke meting werd vooraf en 12 maanden na staken van de behandeling uitgevoerd. Secundair werd nagegaan wat het effect van de medicamenten op de buikpijnklasten was. De venografiescore verbeterde significant bij het gebruik van beide medicamenten: de verandering in de scores tussen baseline en follow-up was groter in de GnRH-a-groep dan in de progestativagroep. Beide medicamenten verminderden ook de ernst van de pijn (Biberoglu) significant, en deze vermindering van pijn was voor GnRH-a significant groter dan voor de progestativa medicatie, gemeten aan het einde van de behandeling en 12 maanden na het stoppen van de behandeling.

Engel (1998) en Stones (2001) onderzochten het effect van centraal werkende middelen die de pijnbeleving zouden kunnen beïnvloeden. Zowel een behandeling met sertraline (50 mg 2dd) als lofexidine (200-600 µg 2dd) gedurende 6-8 weken had geen invloed op de gerapporteerde pijn.

3.6.2 Chirurgische behandeling

Het verwijderen van adhesies per laparoscopie (Swank, 2003) en het doornemen van de ligamenta sacro uterina met daarin de nervus uterina (Johnson, 2004) leverde geen verbetering van de pijnklachten op ten opzichte van het verrichten van louter een laparoscopie.

3.6.3 Psychologische aspecten

Drie trials (Norman, 2004; Onwude, 2004; Haugstadt, 2006) vergeleken interventies die aangrijpen op psychologische factoren waarvan verwacht wordt dat deze de mate van pijn beïnvloeden. Norman (2004) liet vrouwen met buikpijn 3 dagen schrijven over de negatieve aspecten van hun pijn. Deze 'disclosure' resulteerde in een significante vermindering van de evaluatieve aspecten van de gerapporteerde pijnintensiteit. Onwude (2004) vond dat het post-operatief laten zien van een foto met de bevindingen tijdens de ingreep (laparoscopie) aan vrouwen met buikpijn geen effect had op de intensiteit van de pijn, hoewel verondersteld werd dat deze interventie, door geruststelling, tot pijnvermindering zou leiden. Haugstadt (2006) onderzocht een bepaalde vorm van mensendiecktherapie waarbij gebruikgemaakt wordt van een cognitieve benadering om het lichaamsbewustzijn te versterken. Deze vorm van behandeling leidde tot een significante vermindering in de gerapporteerde ernst van de pijn (VAS), terwijl in de controleconditie geen significant verschil in pijnscores werd gevonden. In de behandelgroep werd ongeveer 50% reductie in pijnintensiteit vastgesteld, wat als klinisch relevant geachte vermindering van klachten beschouwd wordt.

3.6.4 Overige behandeling

Er werd geen effect op de pijn gevonden bij het plaatsen van een statisch magnetisch veld op een welomschreven pijnplek (Brown, 2002).

Conclusies

Niveau 2	Het is aannemelijk dat zowel sertraline (50 mg 2dd) als lofexidine (200-600 µg 2dd) niet effectief zijn als behandeling van pijn bij vrouwen met chronisch buikpijn. <i>B Stones, 2001; Engel, 1998</i>
Niveau 2	Het is aannemelijk dat adhesiolysis niet effectief is als behandeling van pijn bij vrouwen met chronisch buikpijn en adhesies. <i>A2 Swank, 2003</i>
Niveau 2	Het is aannemelijk dat LUNA (laparoscopisch doornemen van nervus uterina) niet effectief is als behandeling van pijn bij vrouwen met chronisch buikpijn. <i>A2 Johnson, 2004</i>
Niveau 2	Het is aannemelijk dat 'disclosure' effectief is als behandeling van de beleving van pijn bij vrouwen met chronisch buikpijn. <i>A2 Norman, 2004</i>
Niveau 2	Het is aannemelijk dat het tonen van de bevindingen van een laparoscopie niet effectief is als behandeling van pijn bij vrouwen met chronisch buikpijn. <i>A2 Onwude, 2004</i>
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat 'mensendieck-somato-cognitieve therapie' effectief is als behandeling van pijn bij vrouwen met chronisch buikpijn. <i>B Haugstad 2006</i>

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat een statisch magnetisch veld niet effectief is als behandeling van pijn bij vrouwen met chronisch buikpijn. <i>B Brown, 2002</i>
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat GnRH analoga effectiever zijn dan progestativa ten minste tot een jaar na het stoppen van een zes maanden durende behandeling bij vrouwen met chronisch buikpijn en aanwijzingen voor pelvic congestion. <i>B Soysal, 2001</i>

Overige overwegingen

Methodologisch gezien was de kwaliteit van de verschillende studies matig. Aan slechts 4 van de 9 studies werd een level of evidence A2 toegekend. Zo waren de onderzoeksgroepen soms zeer klein, was er veel uitval tijdens de studie en follow-up, en was het primaire doel van een behandeling niet altijd gericht op pijnvermindering. Ook waren de gebruikte maten om de ernst van de pijn te meten niet altijd gestandaardiseerd. Replicatie van onderzoek lijkt dan ook zinvol, waarbij een hypothese met name in een grotere patiëntenpopulatie getoetst dient te worden.

Het is opvallend dat tot nu toe geen onderzoek onder vrouwen met chronisch buikpijn gepubliceerd is waarbij het effect van behandelingen geëvalueerd wordt die voor de behandeling van chronische pijn in het algemeen effectief zijn gebleken, zoals cognitieve gedragstherapie. Toekomstig onderzoek zal moeten uitwijzen of dezelfde interventies effectief zijn of dat er specifieke aanpassingen nodig zijn voor een effectieve behandeling van vrouwen met chronisch buikpijn.

Bestudering van de richtlijnen die tot nu toe verschenen zijn laat zien dat er consensus bestaat over het feit dat er in de zorg voor vrouwen met chronisch buikpijn niet alleen aandacht voor medisch, somatische pathologie moet zijn, maar ook voor verschillende psychosociale factoren.

Tot op heden zijn er geen resultaten van onderzoek verschenen waarbij de organisatie van de zorg en daarmee de samenwerking en afstemming met de eerste lijn onderwerp van onderzoek is geweest.

Aanbeveling

Er is te weinig evidentie om tot een aanbeveling voor een specifieke behandeling te komen bij chronisch buikpijn bij vrouwen. De werkgroep onderschrijft de reeds bestaande consensus dat er aandacht dient te zijn voor zowel de somatische als psychosociale factoren bij de behandeling van chronisch buikpijn. De werkgroep adviseert dan ook een structurele samenwerking tussen medisch specialist en psychologisch geschoolden. Daarnaast dient ook aandacht te zijn voor afstemming van de zorg met hulpverleners in de eerste lijn.

3.7 Dysmenorroe

Inleiding

Dysmenorroe is gedefinieerd als krampende, koliekachtige pijn in de onderbuik, die kan uitstralen naar bovenbenen en rug, die optreedt tijdens de menstruatie, soms ook al enkele dagen tot uren voor de menses begint, en 2-3 dagen duurt. De pijn kan gepaard gaan met misselijkheid, braken, diarree en algehele malaise. Een pijnlijke menstruatie komt wel bij 50% van de vrouwen voor. Slechts een deel van hen ondervindt zoveel hinder van de pijn, dat zij zich ziek moeten melden (Weissman e.a., 2004). Niet alleen ethniciteit en cultuurgebonden taboes ten aanzien van menstruatie, maar ook psychologische factoren, zoals de neiging tot somatiseren, kunnen een rol spelen bij het ervaren en rapporteren van pijn bij de menstruatie (Goldstein-Ferber e.a., 2006; Patel e.a., 2006).

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen primaire en secundaire dysmenorroe. Van primaire dysmenorroe spreekt men wanneer de klacht sinds de menarche (eerste menstruatie) aanwezig is. Meestal is er geen somatische verklaring voor de klacht te vinden. Secundaire dysmenorroe ontwikkelt zich in de loop van de tijd en kan samenhangen met afwijkingen aan de genitalia interna, zoals endometriose en/of myomen (vleesbomen).

Dysmenorroeklachten worden vaak door vrouwen gemeld in samenhang met andere chronische (onverklaarde) pijnklachten, zoals chronisch buikpijn (Zondervan e.a., 2001), prikkelbaredarmsyndroom (Jamieson, 1996) en fibromyalgie (Yunus e.a., 2004), maar wordt ook vaak gezien bij vrouwen met premenstrueel syndroom (Johnson, 2004).

Er is geen consensus over de etiologie van dysmenorroe. Mogelijk is er sprake van een overproductie van prostaglandines en/of vasopressine in de uterus, die verondersteld worden een mediërende rol te spelen bij de mate van krampen van de baarmoeder en pijnperceptie. Daarnaast wordt nogal eens gesuggereerd dat dysmenorroe samen zou kunnen hangen met angst, emotionele instabiliteit, een negatief beeld op seksualiteit en/of afwijzing van de rol als vrouw. Men gaat er echter van uit dat met name primaire dysmenorroe valt onder de zogenaamde somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (Patel e.a., 2006). De klachten van een pijnlijke menstruatie blijven aanwezig zo lang de vrouw menstrueert, hoewel de ernst van de pijn kan afnemen na een voldragen zwangerschap en met het ouder worden (Weissman e.a., 2004). Een samenhang tussen roken, socio-economische klasse, ras en bijkomende aandoeningen als diabetes mellitus enerzijds en het beloop van de klachten anderzijds is niet duidelijk, omdat bevindingen in studies onderling verschillen (Sundell e.a., 1990; Harlow & Park, 1996).

Zoekstrategie

De 8 Cochrane reviews over primaire dysmenorroe die de afgelopen jaren zijn verschenen over dit onderwerp, zijn als uitgangspunt voor deze richtlijn genomen. Daarnaast zijn de richtlijn van de Canadese gynaecologenvereniging (SCOG) (Lefebvre e.a., 2005) evenals de meest recente Pain Clinical Update (Tu e.a., 2007) ook geraadpleegd. Hoewel primaire dysmenorroe per definitie optreedt vanaf de menarche (gemiddeld twaalfde levensjaar) zijn de vrouwen die geïncludeerd zijn in de verschillende studies gemiddeld 18 jaar en ouder (range 14-45 jaar).

Samenvatting van de literatuur

3.7.1 Medicamenteuze behandelingen

Hormonaal (orale anticonceptiva, OAC)

Het effect van het nemen van oestrogenen/progesteron in de vorm van OAC is gebaseerd op de vooronderstelling dat OAC de ovulatie onderdrukt en de hoeveelheid slijmvlies dat in de baarmoeder aangemaakt wordt, vermindert. Dientengevolge zal de hoeveelheid prostaglandines dat vrijkomt bij het afstoten van het slijmvlies minder zijn, waardoor de pijn tijdens de menstruatie afneemt.

In de Cochrane review (Proctor e.a., 2001) zijn slechts 5 studies opgenomen die allemaal ongeveer 30 jaar geleden zijn gepubliceerd. Vier van deze studies konden worden gebruikt voor een meta-analyse. Er zijn aanwijzingen dat combinatiepreparaten (met ≥ 50 mcg oestrogeen en eerste- en tweedegeratie progestagenen) ten opzichte van placebo effectief zijn wanneer gekeken wordt naar pijnreductie (OR 2,01; 95% CI 1,22-3,33). Eén onderzoek vond dat OAC-gebruik voor dysmenorroe klachten school- en werkverzuim significant verminderde ten opzichte van placebo. Het gemelde aantal bijwerkingen, gerapporteerd in slechts 1 onderzoek, was in de behandel- en placebogroep niet significant verschillend.

NSAID's (non-steroid anti-inflammatoire middelen)

Deze middelen, zoals aspirine, naproxen, ibuprofen en diclofenac, blokkeren de prostaglandineproductie en verminderen daarmee de krampen in de baarmoeder en dientengevolge de pijn tijdens de menstruatie. Idealiter moet ongeveer 24 uur voordat de pijnlijke krampen optreden met de medicatie gestart worden.

63 studies werden in de Cochrane review (Majoribanks e.a., 2003) opgenomen. Op basis van 14 van de 36 studies die geschikt waren voor een meta-analyse, kan geconcludeerd worden dat NSAID's significant effectiever zijn dan placebo voor wat betreft vermindering van pijn (OR 7,91; 95% CI 5,65-11,09). Er is geen significant verschil gevonden in het effect op pijn en veiligheid tussen de verschillende NSAID's onderling. Het gebruik van deze middelen gaat echter wel gepaard met significant meer bijwerkingen zoals maagpijn, duizeligheid en hoofdpijn dan het nemen van placebo (OR 1,52; 95% CI 1,09-2,12). In 3 van de 63 studies is gevonden dat vrouwen die NSAID's gebruikten significant minder beperkt werden in hun dagelijkse activiteiten dan vrouwen die toegewezen waren aan de placeboconditie (bij gepoolde data: OR 0,36; 95% CI 0,20-0,64). In 2 van de 63 studies werd nagegaan wat effect van de medicatie op werk- en schoolverzuim was. Vrouwen die NSAID's gebruikten bleken significant minder vaak werk- en school te verzuimen dan wanneer zij een placebo namen (bij gepoolde data: OR 0,20; 95% CI 0,12-0,34).

Conclusies

Niveau 1	Het is aangetoond dat OAC's (combinatiepreparaten) effectief zijn als behandeling van primaire dysmenorroe. <i>D Proctor, 2001</i>
Niveau 1	Het is aangetoond dat NSAID's effectief zijn als behandeling van primaire dysmenorroe. <i>D Majoribanks, 2003</i>

3.7.2 Operatieve behandeling

Het doornemen van de nervi uterina (UNA, uterine nerve ablation) of de presacrale plexus (PSN = presacrale neurectomie) zijn beide meestal laparoscopisch uitgevoerde operatieve ingrepen waarbij zenuwbanen worden doorgenomen die een rol spelen bij pijn prikkelgeleiding vanuit de baarmoeder.

Acht studies werden opgenomen in de Cochrane review (Proctor e.a., 2005). Slechts 3 RCT's betroffen interventies bij vrouwen met primaire dysmenorroe. In 2 studies werd tijdens een laparoscopie de nervi uterina doorgenomen (LUNA). Na follow-up van 6 maanden werd er geen verschil in effectiviteit gevonden tussen de groep waarbij wel of geen interventie tijdens laparoscopie werd uitgevoerd. Bij 12 maanden was in de interventiegroep de pijn significant verminderd in vergelijking met geen interventie (2 RCT's; N=68; OR 6,12; 95% CI 1,78-21,03). In 1 RCT werd PSN vergeleken met LUNA. Bij een follow-up van meer dan 6 maanden leek PSN wat effectiever in pijnvermindering dan LUNA (1 RCT; N=68; OR 0,10; 95% CI 0,03-0,32), terwijl PSN gepaard ging met significant meer obstipatieklachten.

Conclusies

Niveau 1	Het is aangetoond dat LUNA na twaalf maanden effectief is als behandeling voor primaire dysmenorroe. <i>A2 Proctor, 2005 (Johnson, 2004; Lichten, 1987)</i>
Niveau 2	Er zijn aanwijzingen dat PSN na zes maanden effectiever is dan LUNA. <i>A2 Proctor, 2005 (Chen, 1996)</i>
Niveau 2	Er zijn aanwijzingen dat PSN meer obstipatieklachten geeft dan LUNA. <i>A2 Proctor, 2005 (Chen, 1996)</i>

3.7.3 Psychologische behandeling

In totaal zijn 5 trials in de Cochrane review (Proctor e.a., 2007) opgenomen, waarbij verschillende interventies zijn onderzocht (ontspanningstraining, biofeedback, pijnmanagement en vergroten copingstrategieën). Alle studies zijn meer dan 20 jaar geleden uitgevoerd. Gezien de heterogeniteit van de studies was een meta-analyse niet mogelijk. Mogelijk is er een positief effect van de verschillende interventies. Duidelijke uitspraken

zijn echter niet te doen, gezien de methodologische onvolkomenheden van de RCT's zoals bijvoorbeeld het kleine aantal studiedeelnemers, gemis aan integriteit in de behandelingen, en weinig gestandaardiseerde en gevalideerde uitkomstmaten.

Conclusie

Niveau 4	Er is geen uitspraak te doen over de effectiviteit van gedragsinterventies bij de klacht primaire dysmenorroe. <i>D Proctor, 2007</i>
-----------------	--

3.7.4 Overige behandelingen

TENS (transcutaneous electrical nerve stimulation)

Met TENS wordt vermindering van pijn nagestreefd door de huid te stimuleren met stroomstootjes met wisselende frequentie en intensiteit. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen 'high dose' (frequency: 50-120 Hz, low intensity) en 'low dose' (frequency: 1-4 Hz, high intensity). De elektrodes worden ter plaatse van de pijn of op acupunctuurlocaties gefixeerd. Pijnperceptie wordt beïnvloed door TENS.

In 4 studies geïncludeerd in de Cochrane review (Proctor e.a., 2002) werd 'high frequency TENS' vergeleken met placebo, waarbij 'high frequency TENS' resulteerde in een significant verschil in pijnvermindering ten opzichte van placebo (OR 7,2; 95% CI 3,1-16,5). Het gebruik van 'low frequency TENS' leverde geen significant verschil in pijnvermindering op in vergelijking met placebo (2 studies). 'High frequency TENS' was effectiever dan 'low frequency' (OR 3,9; 95% CI 1,1-13,0). In 1 studie was het gebruik van ibuprofen effectiever in pijnvermindering dan 'high frequency TENS' (OR 0,3; 95% CI 0,1-0,8), terwijl in een ander onderzoek geen verschil in effectiviteit werd gevonden tussen gebruik van naproxen en 'high frequency TENS'.

Acupunctuur

Acupunctuur, gebaseerd op eeuwenoude Chinese tradities, kan pijnperceptie ook beïnvloeden. Het werkingsmechanisme van TENS en acupunctuur is vergelijkbaar. Echter bij TENS heeft de patiënt zelf in principe de frequentie en intensiteit van de stimulatie in handen, terwijl acupunctuur door een behandelaar wordt uitgevoerd. Een studie werd opgenomen in de Cochrane review (Proctor e.a., 2002). Acupunctuur bleek effectief te zijn en leidde tot significante pijnvermindering in vergelijking met placebo (OR 9,5; 95% CI 1,7-51,8) en controle (OR 16,4; 95% CI 3,2-84,8).

Spinale manipulatie

Er wordt verondersteld dat disfuncties in de wervels de beweeglijkheid van de wervelkolom kan beperken waardoor zenuwbanen worden aangedaan die de bloedvoorziening van de bekkenorganen voorzien, wat zou kunnen resulteren in dysmenorroe op basis van vasoconstrictie. Een andere hypothese is dat dysmenorroe een gevolg is van gerefereerde pijn vanuit de wervelkolom.

In de Cochrane review (Proctor e.a., 2006) is de effectiviteit van de verschillende spinale manipulaties onderzocht, zoals chiropraxie, osteopathie en manuele therapie. Er werden 5 studies gevonden. Pooling van de resultaten was niet mogelijk omdat het soort behandeling, de duur, de controlegroep, de uitkomstmaat et cetera verschillend waren. Er werd geen verschil in effectiviteit ten aanzien van pijnvermindering gevonden tussen HVLA-behandeling ('high velocity, low amplitude rotatie manipulatie') en een 'sham'- ofwel 'nep'-procedure in 4 studies. De Toftness-techniek, een bepaalde chiropraxietechniek, toegepast gedurende een behandeling van 3 maanden leek effectiever dan de 'sham-procedure' bij een follow-up na 6 maanden (1 studie) (WMD.-1,40; 95% CI -2,21 tot -0,59).

Kruiden en dieet

Zeven studies zijn geïnccludeerd in de Cochrane review (Proctor e.a., 2001). Vitamine B1 bleek effectief te zijn in een dosis van 100 mg per dag gedurende de menstruatie in vergelijking met placebo (1 studie). Het gebruik van magnesium leek effectiever dan placebo te zijn voor het verminderen van pijn bij dysmenorroe (5 studies). Voor de andere producten (vitamine B6, vitamine E, Omega-3-vetzuren en Japanse kruidencombinatie) werd geen duidelijk positief effect op de klachten gevonden. Voor alle studies gold dat zij methodologisch ernstige tekortkomingen hadden, met name kleine sample size, onduidelijke randomisatie en geen gebruik van gestandaardiseerde en gevalideerde uitkomst maten.

Chinese kruiden

De resultaten van 39 studies zijn opgenomen in de review, waarvan er slechts 3 in het Engels zijn gepubliceerd. Hoewel het gebruik van Chinese kruiden al honderden jaren oud is, is de effectiviteit ervan nog nauwelijks wetenschappelijk onderzocht.

De diagnose dysmenorroe wordt in de Chinese geneeskunde meestal ook nader verdeeld aan de hand van het soort bijkomende klachten, zodat een uiteindelijke beschrijving van de klachten ontstaat zoals bijvoorbeeld 'het vasthouden van koude' of 'stagnatie van Qi en bloed'. Afhankelijk van deze beschrijving wordt het soort kruiden vastgesteld. In de verschillende onderzoeken is gestreefd naar uniformiteit in de behandeling, hoewel in de klinische praktijk het soort kruiden dat toegediend wordt in de loop van de tijd kan wijzigen op basis van het beloop van de aandoening en de bijkomende klachten.

In de geïnccludeerde RCT's (Zhu e.a., 2007) werd de effectiviteit van de Chinese kruiden vergeleken met geen behandeling, placebo, bij de drogist verkrijgbare middelen of westers georiënteerde behandeling, zoals NSAID's en OAC. Bijwerkingen werden in slechts 8 van de 19 studies gerapporteerd. Methodologisch gezien waren de studies zwak: nauwelijks vermelding van randomisatiemethode, klein aantal deelnemers per studie, het gemis aan gevalideerde uitkomstmaten etc.

Op basis van de gegevens uit de verschillende studies kan geconcludeerd worden dat het gebruik van Chinese kruiden (met name 'regelen en versterken van Qi en bloed', 'het binnenste verwarmen', 'lever en nieren versterken') veelbelovend is en de ernst van de pijn tijdens de menstruatie duidelijk doet verminderen. De effectiviteit is

groter in vergelijking met placebo, geen behandeling, het gebruik van NSAID's, OAC, acupunctuur en warmte compressen.

Conclusies

Niveau 1	Het is aangetoond dat 'high frequency TENS' effectief is in de behandeling van dysmenorroe in vergelijking met placebo. <i>D Proctor, 2002</i>
Niveau 4	Er is onvoldoende bewijs om een uitspraak te doen over de effectiviteit van 'high frequency TENS' ten opzichte van NSAID's in de behandeling van dysmenorroe. <i>D Proctor, 2002</i>
Niveau 4	Er is onvoldoende bewijs om een uitspraak te doen over de effectiviteit van 'low frequency TENS' in de behandeling van primaire dysmenorroe. <i>D Proctor, 2002</i>
Niveau 1	Het is aangetoond dat acupunctuur effectief is in de behandeling van primaire dysmenorroe. <i>D Proctor, 2002</i>
Niveau 4	Spinale manipulatie lijkt niet effectief voor de behandeling van primaire dysmenorroe, met uitzondering van de Toftness-techniek. <i>D Proctor, 2006</i>
Niveau 1	Het is aangetoond dat vitamine B1 en magnesium effectief zijn in de behandeling van primaire dysmenorroe. <i>D Proctor, 2001</i>
Niveau 1	Het is aangetoond dat sommige Chinese kruiden effectief zijn in de behandeling van primaire dysmenorroe. <i>D Zhu, 2007</i>

Overige overwegingen

Op basis van de voorhanden zijnde publicaties van onderzoek naar de behandeling van vrouwen met primaire dysmenorroe kan gesteld worden dat er tot op heden geen ideale behandeling gevonden is.

Sinds de introductie van de pil in 1960 is het gebruik van OAC gemeengoed. Onlangs is ook de effectiviteit van een laag gedoseerde OAC (< 30 mcg oestrogenen) op de klacht primaire dysmenorroe aangetoond (Davis e.a., 2005). De effectiviteit en de geschiktheid van andere hormonale middelen als progestativa oraal, intramusculair of lokaal (IUD) zijn tot nu toe niet in RCT's onderzocht.

Naast OAC's worden NSAID's regelmatig voorgeschreven en gebruikt bij primaire dysmenorroe. Gezien de systemische bijwerkingen van NSAID's zou nader onderzocht kunnen worden of het gelijktijdig gebruik van verschillende soorten pijnstillers met verschillende werkingsmechanismen effectief is bij primaire dysmenorroe en resulteert in rapportage van minder bijwerkingen.

Hoewel operatief ingrijpen bij primaire dysmenorroe veelbelovend lijkt, dient bij het besluit daartoe meegewogen te worden dat iedere ingreep kan leiden tot ongewenste complicaties. PSN kan alleen worden uitgevoerd door een zeer ervaren operateur. Er zijn meer en ernstiger complicaties beschreven, zoals schade aan ureter, dan bij LUNA.

Terwijl medicamenteuze en operatieve behandelingen voor primaire dysmenorroe effectief zijn, heeft 20-25% van de vrouwen er geen baat bij. Complementaire (alternatieve) behandelingen dienen zich aan, zoals het gebruik van kruiden, voedingssupplementen, verschillende soorten fysiotherapie, acupunctuur en TENS. De veiligheid en beschikbaarheid van (Chinese) kruiden en voedingssupplementen is nog onvoldoende duidelijk.

Bij de opzet en uitvoer van alle studies komen methodologische problemen naar voren. Een aandachtspunt zou moeten zijn dat de meeste studies zijn uitgevoerd bij vrouwen die gemiddeld al 6 jaar klachten van dysmenorroe hebben (pijn sinds de menarche: twaalfde jaar; leeftijd van studiedeelnemers gemiddeld 18 jaar en ouder), wat de interne en externe validiteit van de bevindingen beïnvloedt. Daarnaast zijn er ook andere struikelblokken, zoals: hoe adequaat te blinderen (onderzoeksdeelnemer, behandelaar en beoordelaar), wat is een echte 'sham'-ingreep, hoe is de integriteit van de behandeling te bewaken, en hoe om te gaan met het effect van meerdere behandelaars? Daarnaast blijkt het gebruik van gestandaardiseerde uitkomstmaten nog geen gemeengoed, waarbij er niet alleen aandacht zou moeten zijn voor het effect van de behandeling op pijn, maar ook op algemeen welbevinden en school- en werkverzuim. De bevindingen over de operatieve en complementaire behandelingen moeten daarom ook met enige voorzichtigheid worden bekeken gezien verschillende methodologische tekortkomingen van de studies gecombineerd met de kleine 'sample sizes'.

Aanbevelingen

De werkgroep beveelt aan vrouwen met de klacht primaire dysmenorroe afhankelijk van haar voorkeur in eerste instantie te behandelen met OAC's, waarbij continu gebruik een serieuze optie is, of met het periodiek gebruik van NSAID's of met een combinatie van beide medicamenten (OAC en NSAID). Deze aanpak sluit aan bij de klinische praktijk. Wanneer deze aanpak onvoldoende effect heeft, kan TENS of acupunctuur overwogen worden.

De werkgroep is van mening dat de evidentie van de huidige klinische praktijk (behandeling van primaire dysmenorroe met OAC's en NSAID's) versterkt dient te worden door nieuwe trials op te zetten, zeker gezien het op de markt komen de laatste jaren van lager gedoseerde OAC's.

De werkgroep beveelt aan onderzoek te starten naar de effectiviteit van het gebruik van verschillende soorten pijnstillers bij de behandeling van primaire dysmenorroe.

De werkgroep beveelt aan onderzoek te starten naar de effectiviteit van gedragsmatige interventies bij primaire dysmenorroe, gezien pijn multidimensioneel is.

De werkgroep beveelt aan bij toekomstig onderzoek niet alleen aandacht te besteden aan de methodologische aspecten van de studie maar ook aan de uitkomstmaat, waarbij geadviseerd wordt deze breed te definiëren, namelijk als het effect van de behandeling op pijn, algemeen welbevinden en school- en werkverzuim, en gestandaardiseerde en gevalideerde uitkomstmaten te gebruiken.

3.8 Prikkelbaredarmsyndroom

Inleiding

Het prikkelbaredarmsyndroom (PDS) is een chronische functionele gastro-intestinale aandoening met een geschatte prevalentie van 14 tot 24% bij vrouwen en 5 tot 19% bij mannen (Webb e.a., 2007). De aandoening wordt gekarakteriseerd door terugkerende episodes van buikpijn en veranderde stoelgangpatronen. De diagnose mag alleen gesteld worden als er geen aanwijzingen voor organische pathologie zijn. De diagnose wordt, in de specialistische praktijk, vaak gesteld aan de hand van expert-based diagnostische criteria, zoals de Rome-III-criteria:

- Ten minste drie maanden, met een begin van minstens zes maanden geleden, last van terugkerende pijn of ongemak (ongemak betekent een onprettige sensatie niet beschreven in termen van pijn), samengaan met twee of meer van de volgende kenmerken:
- verbetering na de ontlasting en/of
- het begin is geassocieerd met een verandering in de frequentie van de ontlasting en/of
- het begin is geassocieerd met een verandering van vorm (uiterlijk) van de ontlasting.

Men kan een onderscheid maken in subtypen van het PDS met dominante obstipatie, het PDS met dominante diarree en mengvormen. In de huisartsenpraktijk worden minder stringente tijdsriteria gebruikt en spelen vooral de dominante klachten en het profiel van de patiënt een grote rol bij de totstandkoming van de diagnose.

Van alle mensen met klachten die passen bij het PDS, zoekt 33-50% hulp. In Nederland wordt naar schatting 90% van de patiënten in de eerste lijn behandeld (NIVEL), in Engeland ligt dit percentage op 66% (Guthrie & Thompson, 2002). Ongeveer de helft van de patiënten die in de eerste lijn voor darmklachten worden gezien, hebben een somatisch onvoldoende verklaarde maag-darmstoornis, de meesten het PDS (Guthrie & Thompson, 2002).

De schattingen van hoeveel patiënten van elke verwijzing naar de MDL-artsen in de tweede lijn met een PDS worden gediagnosticeerd, lopen sterk uiteen (25-70%).

Het PDS leidt regelmatig tot ernstige invaliderende klachten voor de patiënt, met bijvoorbeeld een hoger jaarlijks ziekteverzuim dan door de griep (Smout, 2001).

De maatschappelijke kosten worden geschat op \$ 348 tot 8.750 per patiënt jaarlijks aan directe kosten en \$ 355 tot 3.344 aan indirecte kosten. Het aantal dagen werkverzuim varieerde in onderzoek tussen de 8,5 tot 21,6 dagen per jaar (Maxion-Bergemann e.a., 2006). Een andere review geeft de totale directe jaarlijkse kosten van 45,6 miljoen

pond Sterling in de UK en \$ 1,35 biljoen in de VS, met een jaarlijks productiviteitsverlies van \$ 205 miljoen in de VS (Inadomi e.a., 2003).

De symptomen van het PDS lijken een fysiologische basis te hebben. Momenteel wordt het PDS beschouwd als een biopsychosociale aandoening van de brein-darm-as, mogelijk samenhangend met drie op elkaar inwerkende mechanismen (Guthrie & Thompson, 2002):

- een verhoogde sensitiviteit van de darmen (viscerale hypersensitiviteit genoemd)
- veranderde beweging en doorstroming van de darmen
- psychosociale factoren.

De viscerale hypersensitiviteit kan bijvoorbeeld ontstaan na een heftige darminfectie.

Zoekstrategie

Een search in PubMed gaf 112 artikelen (2003-2007). Na screening van de abstracts bleven 91 artikelen die met de behandeling van het PDS te maken hebben, ter beoordeling over.

De onderzoeken kunnen opgedeeld worden in:

- onderzoek naar vezels en kruiden (27)
- onderzoek naar medicatie (34)
- onderzoek naar psychologische behandelmethoden (21)
- onderzoek naar alternatieve behandelmethoden (5)
- onderzoek naar het placebo-effect (1)
- onderzoek naar zelfhulp (1)
- onderzoek naar kosten (2)

3.8.1 De effectiviteit van vezels en bulkvormers bij de behandeling van het PDS

Samenvatting van de literatuur

In de studie van de Cochrane Collaboration (Quartero e.a., 2007) komt men op grond van 11 studies tot de conclusie dat, hoewel bulk laxantia veel worden voorgeschreven bij het PDS, het poolen van de resultaten aangeeft dat er geen effecten zijn voor de pijn of algemene symptomen. De meeste studies waren echter van matige kwaliteit en slechts 6 van de studies hadden een onderzoeksgroep van 30 of meer patiënten. Acht studies betroffen de tweede lijn, in 3 studies was de setting onduidelijk. De geïncludeerde studies werden uitgevoerd tussen 1976 en 1992.

Bijkerk e.a. komen in een systematische review die betrekking heeft op onderzoeken uit de periode 1977-1999 tot andere conclusies (Bijkerk e.a., 2004). Zij includeren 17 studies, waarvan geen enkele in de eerste lijn. Zij maakten een onderscheid tussen de effecten van oplosbare en niet-oplosbare vezels. Oplosbare vezels (Psyllium, Ispaghulacalcium en Polycarbophil) lieten een significante verbetering zien bij patiënten met het PDS en obstipatie, wat betreft de globale symptomen en de obstipatie, terwijl niet-oplosbare vezels (graan, tarwe-zemelen) in sommige gevallen de symptomen verergerden, hoewel er geen significant verschil was, vergeleken met placebo.

Conclusie

Niveau 1	Bulkvormers zijn niet effectief gebleken voor het verbeteren van de globale symptomen of pijnklachten bij patiënten met het PDS. <i>A1 Quatero e.a., 2007</i>
-----------------	--

Overige overwegingen

Hoewel wij de conclusie van de Cochrane collaboration volgen, geeft het onderzoek van Bijkerk e.a. (2004) wel een interessante mogelijke richting aan om verder onderzoek te doen en daarbij oplosbare en onoplosbare vezels te onderscheiden. Zijn onderzoek geeft duidelijk aan dat het advies wat veel patiënten met obstipatie krijgen, om meer onoplosbare vezels (graan, tarwe-zemelen) te eten, zelfs een verergering van de klachten kunnen geven.

Aanbeveling

Aan patiënten met PDS met obstipatie dient geen advies gegeven te worden om meer onoplosbare vezels te eten (graan, tarwe-zemelen). Op proef kunnen oplosbare bulkvormers voorgeschreven worden.

3.8.2 De effectiviteit van medicatie bij de behandeling van het PDS

Samenvatting van de literatuur

De middelen waarnaar het meeste onderzoek verricht is voor de behandeling van het PDS zijn: spasmolytica, antidepressiva, probiotica, 5-HT₃ en 4-agonisten en -antagonisten.

Opvallend bij de onderzoeken naar de werking van medicatie is de vaak korte follow-up tijd van een aantal weken. Dit is des te merkwaardiger, omdat het PDS een episodisch beloop heeft waarin klachtenperiodes afgewisseld worden met klachtenvrije episodes. Er kan dus niets gezegd worden over of de werking hetzelfde blijft bij langere follow-up.

Spasmolytica

Volgens het overzicht van de Cochrane Collaboration (Quatero e.a., 2007) blijken de spasmolytica Pinaverium en Scopolamine effectief te zijn voor de behandeling van het PDS. Volgens Lesbros-Pantoflickova e.a. (2004) is Pinaverium bromide ineffectief. Volgens deze studie is alleen Octylonium bromide effectief, maar dit op basis van twee studies. Ook is het oordeel over de werking van deze middelen bij het PDS onmogelijk te geven vanwege de heterogeniteit van de trials, de verschillende groepen patiënten en meetmethodes, het kleine aantal geïncludeerde patiënten en het hoge aantal drop-outs (tot 60%).

Ook volgens Tack e.a. (2006) zijn er wel aanwijzingen dat de middelen effectief kunnen zijn, maar er zijn volgens hen nog te weinig gegevens om hier goede conclusies aan te verbinden. Hij verwijst naar een review uit 2002 van de American College of Gastroenterology, die geconcludeerd heeft dat er onvoldoende data waren om een

aanbeveling te doen over de effectiviteit van spasmolytica die verkrijgbaar zijn op de Amerikaanse markt. Voor de bewijstabellen verwijzen wij naar de genoemde studies.

In Nederland zijn de middelen Mebeverine en Butilscolopamine (Buscopan) op de markt. Van Mebeverine wordt in de Cochrane studie geconcludeerd dat er geen enkel significant bewijs voor de werking is. Anders ligt dit voor Scopolamine, daar werd wel een positief effect op de globale symptomen aangetoond.

Antidepressiva

Wat betreft het gebruik van antidepressiva concluderen Tack e.a. (2006) in hun systematische review dat: 'hoewel er level II bewijs is voor het feit dat tricyclische antidepressiva positieve effecten hebben bij het behandelen van de pijnklachten van het PDS, is er nog geen overtuigend bewijs dat de TCA's globale PDS-symptomen verbeteren. Zij dienen in een lage dosering, dat wil zeggen lager dan gebruikelijk is voor de behandeling van een depressieve stoornis, gebruikt te worden.' Voor het effect van SSRI's is nog geen consistent bewijs. Vahedi e.a. (2005) geven in een RCT bij patiënten met pijn en constipatie als voornaamste klacht (N=44) als uitkomst, dat alle 5 symptomen van de Rome-II-criteria significant verbeterden met fluoxetine, terwijl er geen bijwerkingen waren die tot stoppen noopten. Lesbros-Pantoflickova (2004) geeft in haar meta-analyse aan dat tricyclische antidepressiva in een lage dosis effectief zijn in het verlichten van de chronische pijn bij PDS-patiënten, maar zij moeten volgens haar, gezien de vaak ernstige bijwerkingen, alleen gegeven worden aan patiënten met vooral ernstige pijnsymptomen. Quartero e.a. (2005) vinden in een meta-analyse geen duidelijke evidentie voor de werking van antidepressiva, maar de onderzoeken waar zij naar verwijzen zijn merendeels uit de jaren tachtig van de vorige eeuw.

De onderzoeken die Tack in zijn review opneemt, zijn van veel recentere datum dan die van Lesbros en Quartero. Daarom hebben we ervoor gekozen om Tacks onderzoeken in een evidentietabel op te nemen.

Het antidiarreemiddel Loperamide kan volgens Lesbros en Tack gebruikt worden bij pijnloze diarree, maar aangezien er volgens de Rome-III-criteria sprake moet zijn van pijnklachten, kunnen we ons afvragen of hier dan van PDS-patiënten gesproken kan worden.

Probiotica

Zowel in de RCT's van O'Mahony e.a. (2005) en van Whorwell e.a. (2006) wordt een significant positief effect gevonden van de probiotica B-infantis 35624 voor de pijnklachten en andere symptomen van het PDS. Ook Kajander e.a. (2005) bewijst dat een capsule met een mix van verschillende probiotica effectief is voor de PDS-groep met constipatie. Zij vonden geen verschil met placebo bij de groep met PDS en diarree. Ook Hussain e.a. (2006) beschrijven in hun systematische review, op basis van 4 studies (waarvan 1 die van O'Mahony, bovengenoemd), het toenemend bewijs voor de effectiviteit van bepaalde probiotica, zoals VSL #3 en B-infantis 35624 op de vermindering van de PDS-symptomen. Opvallend is dat zowel bij Kajander als bij Whorwell geen effect op de kwaliteit van leven gevonden wordt, ondanks de significante verbetering voor de PDS-symptomen.

Tegaserod en Alosetron

Er zijn veel onderzoeken naar de effectiviteit van Tegaserod en Alosetron. Beide zijn niet in Europa verkrijgbaar.

Tegaserod 4 mg en 12 mg geeft een bescheiden verbetering van de stoelgang bij het PDS met obstipatie, maar geen verbetering voor de pijn en het ongemak (Evans e.a., 2007; Heading e.a., 2006; Lesbros-Pantoflickova, 2004). Het meeste onderzoek is bij vrouwen gedaan. Dit middel werd in maart 2007 in Amerika van de markt gehaald in verband met een toename van ischaemische cardiovasculaire incidenten en mag nu alleen nog onder strikte voorwaarden worden voorgeschreven.

Alosetron, een selectieve 5-HT₃-antagonist, is effectiever dan het placebo bij het verminderen van het ongemak en pijn en verbetering van de stoelgang bij vrouwen met een PDS met diarree. Ook dit middel werd in 2000 in Amerika van de markt gehaald in verband met complicaties van ernstige obstipatie, ischaemische colitis en darmperforatie. Door patiëntenacties is het onlangs weer toegelaten voor patiënten die aan stricte voorwaarden voldoen.

Aangezien beide middelen niet op de Europese markt verkrijgbaar zijn, verwijzen wij naar het literatuuroverzicht van de Cochrane collaboration (Evans e.a., 2007) en de meta-analyse van Lesbros-Pantoflickova e.a. (2004), en nemen wij deze onderzoeken niet op in een bewijstabel.

Heading e.a. (2006) wijzen erop dat van vele in Europa gebruikte geneesmiddelen de veiligheid en verdraagbaarheid onbekend zijn.

Agrawal & Whorwell (2006) waarschuwen tegen het feit dat er vaak non-steroïde anti-inflammatoire medicijnen worden voorgeschreven tegen de pijnklachten van het PDS. Deze kunnen de symptomen verergeren.

Conclusies

Niveau 1	Het spasmolyticum Butilscolopolamine (Buscopan) is effectief voor de vermindering van de globale symptomen van het PDS. Het spasmolyticum Mebeverine is niet effectief. <i>A1 Quartero e.a., 2005</i>
Niveau 1	Tricyclische antidepressiva zijn effectief voor het verminderen van de pijnklachten van het PDS. <i>A1 Tack e.a., 2006</i>
Niveau 2	Er zijn aanwijzingen dat het gebruik van de SSRI fluoxetine effectief kan zijn bij de behandeling van de symptomen van het PDS. <i>A2 Vahedi e.a., 2005</i>
Niveau 1	Het probioticum B.infantis 35624 geeft in een dosering van 1 x 10 ⁸ cfu/ml een significante verbetering voor alle symptomen van het PDS. <i>A1 Hussain, 2006; O'Mahony, 2005; Whorwell, 2006</i>

Niveau 2	Het probioticum VSL#3 geeft een significante verbetering van winderigheid en vertraagde darmtransitie, maar niet van andere symptomen van het PDS. <i>A2 Hussain e.a., 2006</i>
Niveau 2	Een mix van het probioticum Lactobacillus Rhamnosus GG, L.Rhamnosus LC 705, Bifidobacterium breve Bb 99 en Propionibacterium Freudenreichii ssp, Shermani JS geeft een reductie van de symptomen van het PDS met constipatie. <i>A2 Kajander, 2005</i>
Niveau 2	Een supplement van een drankje bevattende 5×10^7 cfu/ml van Lactobacillus plantarum (DSM 9843) en 0,01 g/ml haver, geeft een significante verbetering op winderigheid, maar niet van pijn of opgeblazenheid bij PDS-patiënten. <i>A2 Kajander, 2005</i>
Niveau 1	De effectiviteit van Tegaserod bij CPDS en Alosetron bij DPDS is bewezen, maar zijn, gezien de kans op ernstige complicaties, niet op de Europese markt. <i>A1 Evans e.a., 2007; Lesbros-Pantoflickova, 2004</i>

Overige overwegingen

Aangezien Alosteron en Tegaserod niet op de Europese markt verkrijgbaar zijn, zijn er van het gebruik van deze medicatie nog geen grote verbeteringen te verwachten. Wanneer er sprake is van ernstige pijn, kan het gebruik van tricyclische antidepressiva in een lage dosering overwogen worden.

Aanbevelingen

Het spasmolyticum Buscopan kan overwogen worden voor verbetering van de globale PDS-symptomen. Voor de werking van Mebeverine is geen bewijs.

Wanneer er sprake is van ernstige pijnklachten, kan het gebruik van tricyclische antidepressiva in een lage dosering overwogen worden.

Ook valt het gebruik van bovengenoemde probiotica te overwegen, vooral bij winderigheid.

Het anti-diarreemiddel Loperamide of non-steroïde anti-inflammatoire medicijnen dienen niet voorgeschreven te worden bij patiënten met het PDS.

3.8.3 Psychologische behandelmethoden

Samenvatting van de literatuur

Het meeste onderzoek naar de psychologische behandelmethoden van het PDS is gedaan op het gebied van de cognitieve gedragstherapie en de hypnotherapie. Opvallend bij dit onderzoek, vergeleken met het onderzoek naar medicatie, is de vaak langere follow-up: een half tot 5 jaar. In zijn systematische review en meta-analyse geeft Lackner (Lackner e.a., 2004) in zijn algemeenheid aan dat psychologische interventies zoals relaxatietraining, biofeedback, hypnose, (cognitieve) gedragstherapie en kortdurende psychodynamische interpersoonlijke psychotherapie, effectief zijn.

Hij kan op grond van de gereviewde onderzoeken niet aangeven welke methode effectiever is dan de andere.

In alle reviews betreffende het effect van cognitieve gedragstherapie of hypnotherapie wordt gewezen op methodologische tekortkomingen van het onderzoek. In de bestudeerde artikelen was vooral het ontbreken van een controlegroep met evenveel contacttijd en aandacht het zwakke punt. De RCT's zijn meestal niet vergelijkbaar in termen van studipopulatie, uitkomstmaten en follow-upperiode.

In een review van Hutton e.a. (2005) en Toner (2005) betreffende het effect van de *cognitieve gedragstherapie*, geven beiden aan dat er enig beperkt, maar nog geen conclusief, bewijs is voor de effectiviteit van de CGt voor het verbeteren van de lichamelijke symptomen en het psychologische welbevinden. Als extra moeilijkheid bij de vergelijking van onderzoek, geeft Toner aan dat CGt niet een specifieke benadering of set van technieken vertegenwoordigt, maar dat het uit allerlei verschillende componenten kan bestaan, zoals verschillende vormen van cognitieve therapie, verschillende (verdiepende) relaxatietechnieken, assertiviteitstraining en pijnmanagement. Voor de beschrijving van de gereviewde onderzoeken verwijzen wij naar de tabellen in deze artikelen.

In een recent verschenen studie van Van der Veek e.a. (2007) tracht men de effectiviteit van juist 1 element, namelijk de relaxatie, eruit te lichten. Vier zittingen met relaxatietraining in kleine groepjes gaf een significante verbetering van 23% na een follow-up van 1 jaar te zien, versus 3% in de controlegroep.

In een overzicht van behandelingen voor het PDS in het *British Medical Journal* (De Wit e.a., 2006) komen de auteurs tot de conclusie dat er nog geen algemene conclusie betreffende de effectiviteit van CGt of hypnotherapie getrokken kan worden. Hoewel er een gering positief resultaat is van de CGt's op korte termijn, geven studies met een langere follow-up aan dat dit niet zou kunnen beklijven. (NB: twee van de recente RCT's (Boyce e.a., 2003 en Kennedy e.a., 2005) worden zowel in het overzicht van De Wit e.a. (2006) als van Toner (2005) opgenomen.)

In 2006 verschenen drie systematische reviews betreffende de effectiviteit van *hypnotherapie* (Gholamrezaei e.a., 2006; Whitehead e.a., 2006; Wilson e.a., 2006). Gholamrezaei e.a. concluderen op grond van 15 geïncludeerde studies, dat hypnotherapie alle symptomen van het PDS verbetert, evenals de kwaliteit van leven en angst- en depressieve klachten. Whitehead e.a. concluderen op grond van 5 gecontroleerde studies die zij includeren dat, hoewel de onderzoeken bovengenoemde significante beperkingen hebben, het onderzoek toch consistent wijst op het positieve therapeutische effect van hypnotherapie bij het PDS, zelfs voor patiënten die niet op de standaard medische interventies reageren. De mediane respons rate is 87%, symptomen verbeteren met de helft, psychologische symptomen en functioneren verbeteren en deze verbeteringen beklijven over jaren.

Wilson e.a. drukken zich in hun conclusies wat voorzichtiger uit. Van de 3 systematische reviews gebruikten zij de meest uitgebreide zoekstrategieën en werden de studies van beide andere reviews hierin opgenomen. Hun conclusie luidt: 'het gepubliceerde

bewijs geeft aan dat hypnotherapie effectief is bij de behandeling van het PDS. Een RCT van hoge interne validiteit is nodig om de effectiviteit van hypnotherapie vast te stellen.' Voor een overzicht van de bewijstabellen, zie Wilson e.a. (2006).

Een recent verschenen RCT van Vlieger e.a. (2007) over de effectiviteit van hypnotherapie bij kinderen gaf een positieve uitkomst. Hier werd wel vergeleken met een controlegroep met evenveel contacttijd en aandacht. Ook na een follow-up van 1 jaar was 85% van de groep met de interventie door middel van hypnotherapie verbeterd, vergeleken met 25% van de controlegroep.

Conclusies

Niveau 1	Hypnotherapie is effectief gebleken voor de behandeling van het PDS bij volwassenen. De algemene PDS-symptomen, angst- en depressieve klachten en somatisatie verbeterden. <i>A1 Gholamrezaei e.a., 2006; Whitehead e.a., 2006; Wilson, 2006</i>
Niveau 1	Hypnotherapie is effectief gebleken voor het verminderen van pijnfrequentie en -intensiteit bij kinderen met het PDS. <i>A2 Vlieger e.a., 2007</i>
Niveau 2	Er zijn aanwijzingen dat cognitieve gedragstherapie effectief kan zijn voor het verbeteren van de lichamelijke symptomen en het psychische welbevinden bij de behandeling van het PDS. <i>A1 Hutton e.a., 2005; Toner, 2005</i>
Niveau 2	Er zijn aanwijzingen dat relaxatietherapie effectief kan zijn voor het verbeteren van de algemene symptomen en kwaliteit van leven en het reduceren van het aantal doktersvisites bij de behandeling van het PDS. <i>A2 Van der Veek e.a., 2007</i>

Overige overwegingen

Zowel relaxatietherapie, cognitieve gedragstherapie als hypnotherapie voor het PDS zijn goed toepasbaar voor daartoe opgeleide therapeuten.

Een voordeel van de therapieën is dat er met een welomschreven aantal zittingen gewerkt wordt, waarbij een actieve bijdrage van de patiënt verwacht wordt.

Bij relaxatietherapie en hypnotherapie worden de oefeningen op een cd-rom mee naar huis gegeven. Deze kunnen te allen tijde worden toegepast en kunnen dus ook dienen ter terugvalpreventie. Hetzelfde geldt voor oefeningen van de CGT, die vaak met literatuur in de vorm van een zelfhulpboek ondersteund wordt. Deze oefeningen kunnen de patiënten, ook wanneer de therapie beëindigd is, blijven voortzetten of later weer oppakken.

Aanbevelingen

Gezien het geringe aantal benodigde zittingen (4) is het het meest effectief om de behandeling van het PDS te beginnen met een relaxatietraining. Bij onvoldoende resultaat wordt vervolgens hypnotherapie gericht op de werking van de darmen en de pijnklachten van het PDS aanbevolen voor volwassenen en kinderen (6-12 zittingen). CGt bij volwassenen is de volgende optie.

3.8.4 Overige behandelmethoden

3.8.4.1 Behandeling met kruiden

Samenvatting van de literatuur

In een uitgebreide systematische review van de Cochrane Collaboration van Liu e.a. (2006) over de toepassing van kruiden bij het PDS, worden significante verbeteringen gemeld van een standaard Chinese kruidenformule, de Chinese kruiden *STW-5* en *STW-52*, het Tibetaanse kruid *Padma lax* (voor PDS met constipatie) en de Chinese kruidencompositie *Tongxie Yaofang* (voor PDS met diarree). Ook een Indiase Ayurvedische formule van twee kruiden (voor PDS met diarree) kan verlichting van de symptomen geven. Voor de bewijstabellen verwijzen wij naar de review van de Cochrane Collaboration.

Conclusie

Niveau 1	Een standaard Chinese kruidenformule, de Chinese kruiden <i>STW-5</i> en <i>STW-52</i> , het Tibetaanse kruid <i>Padma lax</i> (voor PDS met constipatie), de Chinese kruidencompositie <i>Tongxie Yaofang</i> (voor PDS met diarree) en Ayurvedische medicijnen zijn effectief gebleken bij de behandeling van het PDS. <i>A1 Liu, 2006</i>
-----------------	---

Overige overwegingen

Gezien de geringe ervaring in onze cultuur met dergelijke kruiden en het probleem van controle op de samenstelling ervan, adviseren wij deze alleen te gebruiken na voorschrijven door hierin gespecialiseerde artsen.

Aanbeveling

Kruiden, mits erkend als geneesmiddel door het CBRG voor de behandeling van het PDS, dienen alleen voorgeschreven te worden door daarin gespecialiseerde artsen.

3.8.4.2 Acupunctuur

Samenvatting van de literatuur

Lim e.a. (2006) concluderen in een review van de Cochrane Collaboration uit 2006, dat er geen bewijs is voor de positieve werking van acupunctuur bij het PDS. Zie deze review voor de bewijstabellen.

Conclusie

Niveau 1	Er zijn geen aanwijzingen dat acupunctuur effectief kan zijn bij de behandeling van het PDS. <i>A1 Lim e.a., 2006</i>
-----------------	--

3.8.4.3 Placebo-effect**Samenvatting van de literatuur**

Patel e.a. (2005) geven in een meta-analyse over onderzoek naar het placebo-effect aan, dat dit effect groot is bij de behandeling van het PDS. Onder het placebo-effect wordt hier verstaan het fysiologisch effect van psychologische inbeelding. Een meer stringente toepassing van de Rome-III-criteria en een groter aantal contacturen vermindert dit effect.

Conclusie

Niveau 1	Bij de behandeling van het PDS speelt het placebo-effect een grote rol. <i>A1 Patel e.a., 2005</i>
-----------------	---

Aanbeveling

Gezien het grote placebo-effect bij de behandeling van het PDS, is het bij studies naar behandelingsmethoden voor het PDS van belang de Rome-III-criteria voor het stellen van de diagnose stringent toe te passen en altijd gebruik te maken van een controlegroep met, bij psychologisch onderzoek, hetzelfde aantal contacturen als bij de interventiegroep.

3.8.4.4 Zelfhulp**Wetenschappelijke onderbouwing**

Er werd één onderzoek gevonden naar de toepassing van een zelfhulpboek voor patiënten met PDS (Robinson e.a., 2006). Dit boek gaf een reductie van 60% van eerstelijnsconsulten en een significante verbetering van de ernst van de ervaren klachten te zien.

Conclusie

Niveau 2	Het is aannemelijk dat zelfhulpliteratuur een rol kan spelen bij de vermindering van klachten bij patiënten met het PDS. <i>A2 Robinson e.a., 2006</i>
-----------------	---

Aanbeveling

In de eerste lijn is het gebruik van zelfhulpliteratuur als eerste stap te overwegen.

3.8.5 Meetinstrumenten op het gebied van het Prikkelbare Darm Syndroom

Volgens Bijkerk e.a. (2003) is de Adequate Relief Question de eerste keuze wanneer men de globale symptomatologie als uitkomstmaat wil nemen bij PDS-studies.

Voor een meer gedetailleerde symptoommeting is de IBS-Severity Scoring System te prefereren. Ten slotte kan de IBS-Quality of Life schaal gebruikt worden om veranderingen in de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven te meten.

Alle drie de schalen zijn in het Nederlands vertaald door Bijkerk, De Wit, Muris e.a.

Aanbevelingen

De Adequate Relief Question is de eerste keuze wanneer men de globale symptomatologie als uitkomstmaat wil nemen bij PDS-studies.

Voor een meer gedetailleerde symptoommeting is de IBS-Severity Scoring System te prefereren. Ten slotte kan de IBS-Quality of Life schaal gebruikt worden om veranderingen in de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven te meten.

4 Preventie

4.1 Inleiding

Preventie van SOLK en somatoforme stoornissen: wat kunnen we ons daarbij voorstellen? Het af en toe hebben van lichamelijke klachten die vaak somatisch onvoldoende verklaard blijven, hoort onvermijdelijk bij het leven en lijkt niet te voorkómen. In hoofdstuk 1, in de paragraaf over verklaringsmodellen, zagen we echter al dat er onnoemelijk veel predisponerende, uitlokkende en in stand houdende factoren een rol kunnen spelen bij het ontstaan en blijven bestaan van SOLK en somatoforme stoornissen, en dat voor elke individuele patiënt een unieke constellatie van factoren bepalend kan zijn.

Factoren die een mogelijk aangrijpingspunt vormen voor preventie zijn: chronische stress (zowel psychisch als fysiek), trauma, angst en depressie, gebrek aan sociale steun, irrationele cognities, ongerustheid en een passieve copingstijl. We kondigen alvast aan dat we voor de meeste risicofactoren geen onderzoek naar preventieve interventies hebben gevonden.

Bij de keuze van een preventiemodel heeft de werkgroep het VTV-rapport 'Gezond verstand' gevolgd. (Meijer, 2006). Hierin worden vier soorten preventie onderscheiden.

- *Universele preventie*. Dit is preventie gericht op de algemene bevolking, met als doel de prevalentie van risicofactoren in de bevolking te verlagen. Universele preventie wordt meestal uitgevoerd op maatschappelijk macroniveau (overheid, media inclusief internet) of mesoniveau (school, werk, wijkcentrum)..
- *Selectieve preventie*. Deze is gericht op risicogroepen die nog geen klachten hebben. Hier wordt geprobeerd aanwezige risicofactoren te beïnvloeden. Selectieve preventie kan zowel op macro-, meso- als individueel/kleine groepsniveau worden aangeboden.
- *Geïndiceerde preventie*. Hierbij gaat het om het voorkómen van verergering bij mensen die al klachten hebben. In ons geval gaat het om het voorkómen dat beginnende SOLK zich verder kan ontwikkelen tot somatoforme stoornissen met langdurig beloop en functiebeperkingen. Geïndiceerde preventie wordt meestal via de gezondheidszorg aangeboden, individueel of in kleine groepen.
- *Terugvalpreventie*. Deze vorm wordt niet in dit hoofdstuk uitgewerkt, maar maakt deel uit van het hoofdstuk over behandeling.

Uitgangsvragen

- 7 Welke wetenschappelijke onderbouwing is er voor de effectiviteit van universele preventie van SOLK en somatoforme stoornissen?
- 8 Welke wetenschappelijke onderbouwing is er voor de effectiviteit van selectieve preventie van SOLK en somatoforme stoornissen?

- 9 Welke wetenschappelijke onderbouwing is er voor de effectiviteit van geïndiceerde preventie bij SOLK op preventie van somatoforme stoornissen? Deelvragen:
- 9a. Welke wetenschappelijke onderbouwing is er voor de invloed van arts-patiëntcommunicatie bij SOLK op preventie van somatoforme stoornissen?
- 9b. Welke wetenschappelijke onderbouwing is er voor de invloed van geruistellen bij SOLK op preventie van somatoforme stoornissen?
- 9c. Welke wetenschappelijke onderbouwing is er voor de invloed van patiënteninformatie over SOLK op preventie van somatoforme stoornissen?

4.2 Effectiviteit van universele preventie

Uitgangsvraag 7

Welke wetenschappelijke onderbouwing is er voor de effectiviteit van universele preventie van SOLK en somatoforme stoornissen?

Samenvatting van de literatuur

We vonden enkele preventieprojecten gericht op stressvermindering op school of werk, waarbij effecten op gezondheid zijn geëvalueerd in vergelijking met een controlegroep. Een anti-pestprogramma op Nederlandse basisscholen leidde tot 25% minder pesten en tot minder depressie, maar had geen invloed op het ontstaan van psychosomatische klachten (Fekkes e.a., 2006).

Een lesmodule over gezondheidsbevordering had geen invloed op de op school ervaren stress en op het ontstaan van fysieke en psychische symptomen (Buddeberg-Fischer e.a., 2000).

Stress-managementtraining leidde bij studenten tot een reductie van stress en irrationele opvattingen in vergelijking met de niet getrainde controlegroep. Gezondheidseffecten zijn niet gemeten (Decker e.a., 1982).

Onder werknemers hadden stress-managementtraining, fysieke training en een geïntegreerd gezondheidsprogramma geen effect op werkstress, ervaren gezondheid of ziekteverzuim (Eriksen e.a., 2002).

Conclusie

Niveau 4	De werkgroep concludeert dat er geen onderzoek is waaruit blijkt dat universele preventieprogramma's leiden tot minder SOLK en somatoforme stoornissen.
-----------------	---

Overige overwegingen

De werkgroep acht mediapresentaties over SOLK en somatoforme stoornissen die uitdragen dat lichamelijke klachten lang niet altijd op ziekte wijzen, zoals tv-series over huisartsensprekken en de artikelenserie van journaliste Evelien Brandt in dagblad *Trouw*, een mogelijk effectieve vorm van universele preventie. De werkgroep heeft echter geen effectevaluatie van mediapresentaties gevonden.

4.3 Effectiviteit van selectieve preventie

Uitgangsvraag 8

Welke wetenschappelijke onderbouwing is er voor de effectiviteit van selectieve preventie van SOLK en somatoforme stoornissen?

Samenvatting van de literatuur

Selectieve preventie is preventie gericht op risicogroepen. De werkgroep heeft gezocht naar gecontroleerd preventieonderzoek gericht op mensen met risicofactoren voor het ontwikkelen van SOLK en somatoforme stoornissen. We vonden preventieonderzoek gericht op mensen met:

- *een acute collectieve ramp*. New-Yorkers die na de WTC-ramp op het werk twee tot drie crisis-interventiesessies kregen (geen debriefing, maar gerichte therapeutische gesprekken), hadden na twee jaar onder andere minder somatisatie dan mensen zonder interventie. Uitgebreidere interventies leverden geen betere uitkomsten op (Boscarino e.a., 2005).
- *acute aandoeningen die vaak leiden tot somatiseren*. Na een aanrijding van achteren leidde een educatieve video tot minder pijn na zes maanden (Brison e.a., 2005). Een systematische review geeft aan dat psycho-educatie bij mononucleosis-infectie in de eerste lijns zorg preventief werkt tegen het ontstaan van langdurige moeheid (Candy e.a., 2004).
- *hoge fysieke belasting*. Een systematische review van zestien RCT's bij werknemers met rugbelastend werk toonde geen preventief effect van lumbale steun of educatie op rugklachten, oefenen had wel enig preventief effect (Van Poppel e.a., 2004).

Conclusie

Niveau 4	De werkgroep concludeert dat er enig bewijs is voor effect van selectieve preventie: bij situaties die vaak somatisatie uitlokken (luxerende factoren) kan gerichte patiënten-educatie bijdragen aan het voorkómen van SOLK en somatoforme stoornissen.
-----------------	---

Overige overwegingen

De werkgroep is van mening dat therapeutische zelfhulpprogramma's (via internet of boeken) waarmee mensen hun depressieve of angstklachten kunnen leren hanteren mogelijk kunnen bijdragen aan selectieve preventie van SOLK en somatoforme stoornissen. Effecten van deze programma's op het voorkómen van SOLK of somatoforme stoornissen zijn echter niet onderzocht.

4.4 Effectiviteit van geïndiceerde preventie

Uitgangsvraag 9

Welke wetenschappelijke onderbouwing is er voor de effectiviteit van geïndiceerde preventie bij SOLK op preventie van somatoforme stoornissen?

Samenvatting van de literatuur

Geïndiceerde preventie is gericht op patiënten die kortdurend SOLK hebben en daar nog geen of eenmalig medische hulp voor gevraagd hebben. Doel is te voorkómen dat deze SOLK zich verder ontwikkelt tot somatoforme stoornis. Khan heeft gekeken welke factoren voorspellend waren voor een chronisch beloop van SOLK: eerstelijnspatiënten bij wie de behandelend arts de klachten duidde als psychiatrisch dan wel idiopathisch, werden twaalf maanden gevolgd. Een kwart hield klachten. Onafhankelijke predictoren van het persisteren van klachten waren: eerder bezoek aan de huisarts voor dezelfde klachten, klachttype (hoofdpijn, rugpijn), mannelijke geslacht, grote medische comorbiditeit (zeven of meer medische diagnoses) (Khan e.a., 2003).

In hoofdstuk 1 worden factoren besproken die SOLK in stand houden: biologisch (conditieverlies, chronische stress), psychisch (angst, ongerustheid, zich niet serieus genomen voelen, vermijding) en sociaal (gebrek aan sociale contacten en het niet hebben van werk). Geïndiceerde preventie komt in wezen neer op interveniëren op deze in stand houdende factoren bij mensen met beginnende SOLK.

De werkgroep vond veel onderzoek naar preventie van chroniciteit door vroeg interveniëren bij rug- en nekklachten. Veel van dit onderzoek is uitgevoerd bij werknemers in bedrijven.

Bij lage rugklachten hing recreatieve fysieke inspanning samen met minder lage rugpijn (zowel op het moment zelf als later), met minder rugpijngerelateerde beperkingen en minder psychische spanning. Rugoefeningen daarentegen hingen zowel crosssectioneel als longitudinaal samen met meer rugpijn en meer rugpijngerelateerde disability (Hurwitz e.a., 2005).

In een RCT bij 250 mensen met recidiverende rug- of nekpijn die hiermee geen arts bezocht hadden, leidde 6 groepssessies cognitieve gedragstherapie tot minder vermijdingsgedachten, meer pijnvrije dagen en driemaal minder langdurig ziekteverzuim (Linton & Ryberg, 2001). Bij patiënten met (sub)acute rugpijn die zelf voelden dat ze risico liepen op chroniciteit, was het relatieve risico op langdurig ziekteverzuim in de CGT-groep negenmaal zo laag (Linton & Andersson, 2000) als bij een informatiefolder of informatiepakket. Na 5 jaar (respons 97%!) rapporteerde de CGT-groep significant minder pijn, betere kwaliteit van leven en een betere gezondheid dan de controlegroep. Gebruik van medische zorg verschilde niet, ziekteverzuim en totale kosten waren wel aanzienlijk lager in de CGT-groep (Linton & Nordin, 2006).

Een systematische review van 27 (R)CT's naar preventieve interventies bij mensen met rug- en nekpijn die daar zelf geen medische hulp voor hadden gezocht, evalueerde effecten op preventie van langdurige pijn, disfunctie, gebruik van medische zorg en

werkverzuim (Linton & Van Tulder, 2001). Van 9 RCT's over rugscholen was er slechts één die positieve effecten rapporteerde. De RCT's over lumbale steun waren alle negatief. De RCT's naar oefeningen toonden consistent matig grote positieve resultaten. Over ergonomische interventies kon geen uitspraak worden gedaan.

In een RCT onder 64 huisartsbezoekers met acute lage rugpijn werd het effect onderzocht van een folder waarin visies van patiënten en medische hulpverleners over lage rugpijn beschreven stonden (Roberts e.a., 2002). In vergelijking met gebruikelijke huisartsenzorg had de interventiegroep een betere zithouding na 2 en 13 weken en een betere tiltechniek gedurende het hele follow-upjaar. De folder had geen effect op functionele uitkomsten.

Conclusies

Niveau 1	Fysieke inspanning heeft matig sterk effect op het voorkómen van chroniciteit, functiebelemmering en werkverzuim bij rugklachten. <i>A1 Linton & Van Tulder, 2001</i> <i>B Hurwitz, 2005</i>
Niveau 2	CGT (ook na vijf jaar) heeft matig sterk effect op het voorkómen van chroniciteit, functiebelemmering en werkverzuim bij rugklachten. <i>A2 Linton, 2000, 2006, 2001</i>
Niveau 4	Voor de meeste SOLK is geen onderzoek gedaan naar effecten van geïndiceerde preventie.

Aanbeveling

Geïndiceerde preventie zal meestal door medische of psychosociale hulpverleners op individueel niveau worden aangeboden. Belangrijk is hierbij dat het medisch en communicatief handelen van hulpverleners bij patiënten met SOLK aansluit op de bezorgdheid van de patiënt.

Op de invloed van arts-patiëntcommunicatie wordt ingegaan bij deelvraag 16a. Deelvraag 16b gaat in op de invloed van geruistellen. Interventies kunnen ook op papier (patiënteninformatiefolders) of via internet worden aangeboden. Daarover gaat deelvraag 16c.

4.4.1 De invloed van arts-patiëntcommunicatie

Deelvraag 9a

Welke wetenschappelijke onderbouwing is er voor de invloed van arts-patiëntcommunicatie bij SOLK op preventie van somatoforme stoornissen?

Samenvatting van de literatuur

In een systematische review van 10 RCT's en 11 CT's en cohortstudies werd de relatie tussen arts-patientcommunicatie en gezondheidsuitkomsten voor de patiënt onderzocht (Stewart, 1995). In 16 van de 21 onderzoeken werd een positieve invloed gevonden

van de kwaliteit van de communicatie op de gezondheidsuitkomsten. Communicatie had invloed op (in afnemende volgorde): emotionele gezondheid, vermindering en verdwijnen van symptomen, functioneren, fysiologische maten zoals bloeddruk en bloedglucose, en pijnvermindering.

De volgende communicatieaspecten waren van invloed op de gezondheidsuitkomsten:

- een brede klachtexploratie naar zowel somatische als emotionele en cognitieve aspecten en verwachtingen en naar de door de patiënt ervaren invloed van de klachten op het functioneren;
- een gedeelde visie op het probleem en een gemeenschappelijk ontwikkeld beleid (shared decision making), waarbij de patiënt gelegenheid krijgt om nadere informatie te vragen en eigen reacties te geven.

In een observationeel onderzoek (Epstein e.a., 2007) kregen 100 huisartsen elk 2 undercover-simulatiepatiënten op het spreekuur: één met medisch verklaarde klachten en één met SOLK. De consulten werden stiekem opgenomen en de reacties van de artsen op door de simulatiepatiënten geuite bezorgdheid werden geanalyseerd. Daarnaast kregen 50 echte patiënten vragen over de persoonsgerichtheid van hun arts. Resultaten: de artsen gaven gemiddeld 3.1 reacties op de geuite bezorgdheid. Medische vragen en acties, ongespecificeerde erkenning en geruststelling kwamen veel voor. Empathie, het laten blijken van onzekerheid en exploratie van psychosociale factoren en emoties kwamen weinig voor, ook bij SOLK. Dokters die empathisch reageerden direct nadat de simulatiepatiënt zijn zorg had geuit, kregen van hun echte patiënten hogere scores voor persoonsgerichtheid.

In een Amerikaanse kwalitatieve studie (Andersen e.a., 2008) werden 36 eerstelijns-artsen en 47 van hun patiënten met SOLK geïnterviewd over welke strategieën de arts het best kon gebruiken. Effectief volgens zowel artsen als patiënten waren: medische behandeling, zoeken naar oorzaken door middel van testen en verwijzingen, aandachtig luisteren, erkennen van klachten, continuïteit van zorg bieden, langere consulten toestaan, op telefoontjes van de patiënt terugbellen, duidelijke uitleg geven over symptomen en beleid en een verklaringsmodel geven voor het verband tussen psychosociale factoren en lichamelijke klachten. Verder noemden de patiënten strategieën effectief waar de artsen moeite mee hadden: aanvragen van onnodige tests, spreekuursafspraken naar behoefte en slaapmiddelen voorschrijven. De auteurs benadrukken het belang van continuïteit in de relatie en een zorgorganisatie die arts-patiëntcommunicatie faciliteert.

Conclusies

Niveau 1	<p>Het is aangetoond dat patiëntgerichte consultvoering met een brede klachtexploratie plus aandacht voor een gemeenschappelijke probleemdefinitie en gemeenschappelijke besluitvorming een gunstige invloed heeft op de volgende gezondheidsuitkomsten: emotionele gezondheid, symptomen, functioneren, fysiologische parameters en pijn. Dit is niet specifiek onderzocht voor SOLK.</p> <p><i>A1 Stewart, 1995</i></p>
-----------------	---

Niveau 3	<p>Er zijn aanwijzingen dat artsen en SOLK-patiënten het over de meeste te voeren strategieën eens zijn: beschikbaarheid (langer consult) communicatie (luisteren, serieusnemen, continuïteit van zorg), zoeken naar de klachtoorzaak (tests, verwijzing), uitleg (symptomen, beloop, verband met psychosociale factoren).</p> <p>C Andersen e.a., 2008</p>
-----------------	---

Overige overwegingen

De werkgroep is van mening dat bovengenoemde aspecten van patiëntgericht consultvoeren voor patiënten met SOLK extra relevant zijn, om de volgende redenen:

- SOLK zijn vaak moeilijk te duiden, wat klachtexploratie noodzakelijk maakt.
- Patiënt en arts hebben vaak een verschillende visie op het probleem, dus het zoeken naar een gemeenschappelijke probleemdefinitie verdient aandacht.
- Het te voeren beleid vergt vaak een actieve rol van de patiënt. Dit beleid heeft alleen kans van slagen als het door gezamenlijke besluitvorming tot stand komt. Daar zal soms onderhandeling voor nodig zijn.

De werkgroep is van mening dat bij het plannen en uitvoeren van beleid elementen van motiverende gespreksvoering, met name het gebruiken van verandertaal, patiënten met SOLK kunnen stimuleren tot verandering van in stand houdende factoren. Dit kan mogelijk bijdragen aan geïndiceerde preventie (Miller & Rollnick, 2005).

4.4.2 De invloed van geruststellen

Deelvraag 9b

Welke wetenschappelijke onderbouwing is er voor de invloed van geruststellen bij SOLK op preventie van somatoforme stoornissen?

Inleiding

Warwick & Salkovskis (1985) omschrijven effectief geruststellen als het verstrekken van nieuwe informatie die relevant is voor de klinische toestand van de patiënt. Zij stellen dat artsen op ongeruste patiënten te veel reageren met herhaalde ongerichte geruststelling en aanvullend onderzoek. Wij hebben gezocht naar onderzoek naar de effecten van aanvullend onderzoek op ziekteangst bij SOLK en somatoforme stoornissen.

Daarnaast hebben we gezocht naar onderzoek over de manier waarop artsen uitleg geven over SOLK en de effecten daarvan op ongerustheid van patiënten.

Samenvatting van de literatuur

Wij vonden verschillende onderzoeken naar de mate waarin een normale uitslag van aanvullend onderzoek patiënten met SOLK geruststelt.

In een observationeel onderzoek werden 38 volwassenen die verwezen waren voor een echocardiogram en bij wie de echo-uitslag normaal was, geïnterviewd vóór en na de echo en 9-12 maanden later. Tien mensen waren verwezen met klachten, de overige 28 wgens een toevallig ontdekte hartruis. Alle mensen met klachten waren voor de echo

ongerust over hun hart en bij allen bleef die ongerustheid na de normale uitslag bestaan. Twintig van de mensen zonder klachten waren voor de echo ongerust. De normale uitslag stelde 3 van hen gerust, 6 twijfelden en 11 bleven ongerust over hun hart. Ongerstheid hing sterk samen met niet-begrijpen dat een hartruis en klachten kunnen blijven bestaan ook als het hart normaal is. Na 9-12 maanden waren 8 mensen met klachten en 11 mensen zonder klachten nog steeds ongerust over hun hart (McDonald e.a., 1996).

In een RCT onder 150 patiënten met chronische hoofdpijn in de huisartspraktijk kreeg de interventiegroep een MRI-scan aangeboden. De interventie leidde alleen in de subgroep met angst of depressie tot afname van medische kosten en gebruik van medische hulp. De interventiegroep was na 3 maanden iets minder bang dat hun hoofdpijn door een ernstige ziekte veroorzaakt werd. Na een jaar was er geen verschil meer met de controlegroep. Op preoccupatie met ziekte, zoeken van geruststelling en invloed van de hoofdpijn op het dagelijks leven had de interventie geen effect. De auteurs concluderen dat de scan niet zozeer de patiënten geruststelt alswel de arts, waardoor deze een consistentere beleid kan voeren met minder onnodige verwijzingen (Howard e.a., 2005).

In een observationeel onderzoek over ongerustheid werden 35 patiënten die met gewrichtsklachten door hun huisarts waren verwezen voor en na het consult met de reumatoloog thuis geïnterviewd. Uit de op band opgenomen consulten bleek dat geruststelling een grote rol speelde in de gesprekken, zowel bij duidelijke artritis als bij overige klachten. De reumatologen benadrukten de mildheid, het vroege stadium of de geringe ernst van de ziekte en de grote kans dat de patiënt zou herstellen. De nadruk op mildheid en het vroege stadium stelde patiënten niet gerust, maar wekte juist gedachten op aan toekomstige pijn en invaliditeit. Patiënten die merkten dat de dokter hun problemen erkenden, voelden zich meer gerustgesteld (Donovan & Blake, 2000).

Van 133 patiënten met niet-cardiale pijn op de borst, die (met of zonder angiografie) werden gerustgesteld door de cardioloog, waren 56 na 6 weken nog ongerust. Zij werden in een RCT gerandomiseerd naar CGT of gebruikelijke zorg. In beide groepen hield de meerderheid klachten, de CGT-groep had minder distress. De onderzoekers adviseren bij niet-cardiale pijn op de borst stepped care, met als eerste stap geruststellen met of zonder angiografie, en als tweede stap CGT (Mayou e.a., 1999).

Verschillende auteurs (Dowrick e.a., 2004; Salmon e.a., 2004; Ring e.a., 2004) analyseerden kwalitatief hoe huisartsen uitleg geven over SOLK. In 36 consulten van 21 huisartsen werd gekeken welke aanknopingspunten patiënten de arts bieden om in te gaan op psychosociale aspecten en om uitleg te geven over de klachten en om mogelijke samenhang met psychosociale factoren te bespreken. Vrijwel alle patiënten gaven de arts duidelijke kansen om op psychosociale aspecten in te gaan, suggereerden dat er misschien geen ziekte achter de klachten zat, uitten ongerustheid of vroegen om uitleg. De artsen lieten het merendeel van deze kansen liggen. De auteurs introduceren het concept 'normaliseren', waarmee ze aanduiden dat de klachten als normaal verschijnsel en niet als ziekte geduid worden. De artsen normaliseerden de klacht 42 keer waarvan 31 keer zonder enige uitleg (dit is geen ziekte /de test is normaal), 11 maal gaven ze er een uitleg bij die 6 keer wel en 5 keer niet aansloot bij de door de patiënt geuite bezorgdheid,

4 keer werd een verband tussen klacht en psychosociale factoren benoemd. De artsen stelden meestal een medisch beleid in (medicijnen, onderzoek), terwijl de patiënten dat zelden expliciet eisten. Wel stuurden veel patiënten indirect op medisch beleid aan, door bijvoorbeeld suggestieve taal of somatische klachtinterpretaties.

Conclusies

Niveau 2	<p>Het is aannemelijk dat normale uitslagen van aanvullend en specialistisch onderzoek ongerustheid bij patiënten met SOLK vaak niet wegnemen.</p> <p>A2 <i>RCT Howard, 2005</i> C <i>McDonald, 1996; Mayou, 1999</i></p>
Niveau 3	<p>Er zijn aanwijzingen dat artsen vaak ineffektieve geruststellingstechnieken gebruiken, zoals niet bij de patiënt aansluitende uitleg, bagatelliseren en medische acties.</p> <p>C <i>Dowrick, 2004; Ring, 2004; Donovan, 2000; Epstein, 2007</i></p>
Niveau 3	<p>Er zijn aanwijzingen dat (huis)artsen in consulten over SOLK het merendeel van de door patiënten aangegeven psychosociale cues missen.</p> <p>C <i>Salmon, 2004</i></p>

Overige overwegingen

De werkgroep ziet effectieve geruststelling bij SOLK als een wezenlijke stap in het voorkómen van verergering van SOLK tot somatoforme stoornissen. Alleen zeggen 'U hoeft zich over deze klacht geen zorgen te maken' leidt zonder verdere uitleg niet tot geruststelling van patiënten met SOLK. Volgens de werkgroep vereist effectief geruststellen het sensitief oppikken en serieus nemen van ongerustheid en het geven van bij de patiënt aansluitende, normaliserende uitleg.

4.4.3 De invloed van patiënteninformatie over SOLK

Deelvraag 9c

Welke wetenschappelijke onderbouwing is er voor de invloed van patiënteninformatie over SOLK op preventie van somatoforme stoornissen?

Samenvatting van de literatuur

De werkgroep vond drie effectevaluaties van patiënteninformatie over lichamelijke klachten.

In een Cochrane review naar effecten van patiënteninformatie concluderen de onderzoekers dat betrouwbare informatie over beschikbare behandelingen voor lichamelijke klachten en hun effecten kan bijdragen aan meer realistische verwachtingen, een meer actieve rol van de patiënt in de medische besluitvorming, minder langdurige besluiteloosheid en keuzen die beter overeenkomen met de opvattingen en waarden van de patiënt (O'Connor e.a., 2003).

Een inventarisatie van de inhoud van vier door de overheid geredigeerde Engelstalige gezondheids-portals op internet, leverde weinig specifieke informatie over het effect van behandelingen. De onderzoekers concluderen dat patiënten zelden betrouwbare informatie vinden over de effecten van geneeskundige behandelingen voor lichamelijke klachten (Glenton e.a., 2005).

In een Noors kwalitatief onderzoek werd geëvalueerd hoe rugpijnpatiënten een publiekswebsite met evidence-based informatie over rugpijn beoordeelden. Uit vier focusgroepen van in totaal achttien deelnemers bleek dat rugpijnpatiënten vaak wantrouwen koesterden tegen 'wetenschappelijke resultaten', evenals tegen de reguliere gezondheidszorg. De onderzoekers concluderen dat makers van publieksvoorlichting er rekening mee moeten houden dat mensen met SOLK relatief veel wantrouwen hebben tegen het gezondheidszorgsysteem (Glenton e.a., 2006).

Conclusies

Niveau 1	Het is aangetoond dat betrouwbare patiënteninformatie over (effecten van) behandelingen voor lichamelijke klachten bijdraagt aan realistische verwachtingen, een actieve rol in de medische besluitvorming en besluiten die beter passen bij de waarden van de patiënt. <i>A1 O'Connor e.a., 2003</i>
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat het voor patiënten erg moeilijk is betrouwbare informatie te vinden over effecten van geneeskundige behandelingen voor lichamelijke klachten. <i>C Glenton e.a., 2005</i>
Niveau 4	Er is wel voorlichtingsmateriaal voor patiënten met SOLK, maar voor zover ons bekend zijn er geen evaluaties van de effecten op SOLK en somatoforme stoornissen.

Overige overwegingen

De werkgroep vond verschillende Nederlandse voorlichtingsfolders over SOLK.

Door het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis in Nijmegen samen met het Psychiatrisch Ziekenhuis Reinier van Arkel in Den Bosch is een 'opstap'-folder gemaakt die landelijk verspreid is en ook op internet staat. Hierbij is een uitgebreide informatiebrochure te bestellen. De proefversie is geëvalueerd door huisartsen en patiënten. Naar aanleiding van hun reacties is in de folder minder nadruk komen te liggen op psychiatrie en meer aandacht besteed aan gewone lichamelijke reacties en spanningsklachten (Buis e.a., 1995). Positieve reacties van hulpverleners en patiënten worden beschreven, maar een systematische evaluatie van effecten hebben wij niet gevonden.

Het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft in 1999 een patiëntenbrief uitgebracht die ook op internet staat. Hierin staat dat SOLK veel voorkomen en dat wat iemand denkt en voelt lichamelijke klachten kan geven. Het bijhouden en met de huisarts bespreken van een klachtendagboek wordt aangeraden. Bij navraag blijkt dat geen effectevaluatie van de patiëntenbrief heeft plaatsgevonden.

5 Onderzoeksaanbevelingen en methodologische en inhoudelijke adviezen voor de update

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan:

- onderzoeksaanbevelingen;
- aandachtspunten voor de update.

De werkgroep beveelt aan bij toekomstig onderzoek niet alleen aandacht te besteden aan de methodologische aspecten van de studie maar ook aan de uitkomstmaat, waarbij geadviseerd wordt deze breed te definiëren, namelijk als het effect van de behandeling op pijn, algemeen welbevinden en school- en werkverzuim, en gestandaardiseerde en gevalideerde uitkomstmaten te gebruiken.

5.1 Onderzoeksaanbevelingen

Tijdens de ontwikkeling van deze richtlijn is systematisch gezocht naar onderzoeken waarvan de resultaten bijdragen aan een antwoord op de uitgangsvragen. Slechts een deel van de uitgangsvragen is met het resultaat van de zoekacties te beantwoorden, het overgrote deel echter niet. Hieronder geeft de werkgroep een aantal aanbevelingen weer om die lacunes in kennis die volgens de werkgroep prioriteit hebben, op te vullen:

Diagnostiek

1.

Prospectief onderzoek naar factoren, met name psychiatrische comorbiditeit en arbeidsgerelateerde factoren, die het beloop van SOLK bij patiënten in verschillende settings beïnvloeden dan wel voorspellen, dient plaats te vinden. Als op basis van deze onderzoeksresultaten predictiemodellen gebouwd kunnen worden, dienen deze vervolgens gevalideerd te worden.

2.

Onderzoek naar de validiteit, betrouwbaarheid en toepasbaarheid van instrumenten om psychiatrische stoornissen op te sporen bij mensen met SOLK en somatoforme stoornissen in de eerste, tweede en derde lijn, is gewenst.

Behandeling

3.

Onderzoek naar de langetermijneffecten van de invloed van de arts-patiëntrelatie op de prognose van SOLK is gewenst, evenals onderzoek naar de wijze waarop deze invloed in positieve zin vergroot kan worden.

4.

Gezien de positieve aanwijzingen voor het effect van de cognitieve gedragstherapie en hypnotherapie bij het PDS, is verder onderzoek hier aan te bevelen. Belangrijk is dat bij onderzoek er een gedetailleerd overzicht wordt gepubliceerd van het behandelprotocol.

5.

Verder onderzoek naar de mogelijkheden van zelfhulp literatuur bij de behandeling van het PDS is aan te bevelen.

6.

onderzoek naar de voorspellende waarde en betrouwbaarheid van de risicoprofielen in diverse settingen is gewenst.

7.

De werkgroep beveelt aan dat onderzoek plaatsvindt naar het effect van een benadering volgens de principes van 'stepped care' en 'disease management' bij SOLK en somatoforme stoornissen.

8.

In de eerste lijn dient onderzoek plaats te vinden naar de effectiviteit van verschillende CGT-varianten, zoals CGT en PST, bij patiënten met SOLK uitgevoerd door: i) huisartsen, ii) eerstelijns psychologen, iii) (psychosomatisch) fysiotherapeuten. Het effect van de inzet van verpleegkundigen/praktijkondersteuners bij de behandeling van deze patiënten dient eveneens onderwerp van onderzoek te zijn.

9.

Er dient onderzoek plaats te vinden naar de effectiviteit van interventies bij werknemers met SOLK.

10.

Er dient onderzoek plaats te vinden naar het langetermijneffect van SSRI's en cognitieve gedragstherapie bij BDD.

Preventie

11.

Onderzoek naar de effectiviteit van zelfhulp programma's bij patiënten met angst- en stemmingsstoornissen op het voorkómen van SOLK en somatoforme stoornissen is gewenst.

Zorgorganisatie

12.

Onderzoek naar de kosteneffectiviteit van 'stepped care' en 'disease management' bij SOLK en somatoforme stoornissen is gewenst.

5.2 Aandachtspunten voor de update

De werkgroep sluit aan bij de huidige ontwikkeling om bij richtlijnen over omvangrijke onderwerpen als reuma, hartfalen, MS en diabetes addenda of uitgangsvragen toe te voegen die de psychosociale component adresseren.

De werkgroep is van mening dat het wenselijk is dat een aparte richtlijn over het onderwerp Pijn wordt ontwikkeld.

Meer onderzoek is nodig naar effect-modificatoren zoals ethnische afkomst, geslacht, leeftijd e.d. om de onderzoeksuitkomsten beter te kunnen generaliseren oftewel de voorspelbaarheid van het effect groter te maken.

Bijlage I DSM-IV-criteria somatoforme stoornissen

Somatoforme stoornissen

Deze richtlijn heeft betrekking op de preventie, diagnostiek en behandeling van somatoforme stoornissen zoals omschreven in de DSM-IV-TR.

Somatisatiestoornis

Volgens de DSM-IV-TR heeft iemand een somatisatiestoornis als:

- A. Een voorgeschiedenis van vele lichamelijke klachten, beginnend voor het dertigste jaar, een aantal jaren aanwezig, die geleid hebben tot het zoeken van behandeling of tot significante beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- B. Aan elk van de volgende criteria moet zijn voldaan, waarbij de afzonderlijke symptomen op elk moment in het beloop van de stoornis kunnen voorkomen:
 1. *Vier pijnsymptomen*: een voorgeschiedenis van pijn die verband houdt met ten minste vier verschillende lokalisaties of functies (bv. hoofd, buik, rug, gewrichten, extremiteiten, borst, rectum, tijdens de menstruatie, tijdens de geslachtsgemeenschap of tijdens de mictie).
 2. *Twee gastro-intestinale symptomen*: een voorgeschiedenis van ten minste twee gastro-intestinale symptomen en anders dan pijn (bv. misselijkheid, opgeblazen gevoel, braken buiten de zwangerschap, diarree of intolerantie voor een aantal voedingsmiddelen).
 3. *Eén seksueel symptoom*: een voorgeschiedenis met ten minste één symptoom op het gebied van de seksualiteit of voortplanting en anders dan pijn (bv. seksuele onverschilligheid, disfunctie bij erectie of ejaculatie, onregelmatige menses, overvloedige menstruele bloedingen, braken tijdens de gehele duur van de zwangerschap).
 4. *Eén pseudoneurologisch symptoom*: een voorgeschiedenis met ten minste één symptoom of uitvalsverschijnsel dat doet denken aan een neurologische aandoening en niet beperkt is tot pijn (conversiesymptomen zoals stoornissen in de coördinatie of het evenwicht, paralyse of gelokaliseerde spierzwakte, slikproblemen of brok in de keel, afonie, urineretentie, hallucinaties, verlies van de tast- of pijnzin, dubbelzien, blindheid, doofheid, toevallen; dissociatieve verschijnselen zoals amnesie; of bewustzijnsverlies anders dan flauwvallen).
- C. Ofwel [1] of [2]:
 1. Na adequaat medisch onderzoek is geen van de symptomen van criterium B eerder toe te schrijven aan een bekende somatische aandoening of het directe effect van een middel (bv. drug, geneesmiddel).
 2. Indien er een somatische aandoening is die hiermee verband houdt, zijn de lichamelijke klachten of de hieruit volgende sociale of beroepsmatige beper-

kingen ernstiger dan verwacht zou worden op grond van anamnese, lichamelijk onderzoek of laboratoriumuitslagen.

- D. De symptomen worden niet met opzet veroorzaakt of voorgewend (zoals bij de nagebootste stoornis of simulatie).

Ongedifferentieerde somatoforme stoornis

Volgens de DSM-IV-TR heeft iemand een ongedifferentieerde somatoforme stoornis als:

- A. Een of meer lichamelijke klachten (bv. moeheid, verlies van eetlust, gastro-intestinale of mictieklachten).
- B. Ofwel [1] ofwel [2]:
1. Na adequaat medisch onderzoek zijn de symptomen niet eerder toe te schrijven aan een bekende somatische aandoening of het directe effect van een middel (bv. drug of geneesmiddel).
 2. Indien er een somatische aandoening is die hiermee verband houdt, zijn de lichamelijke klachten of de hieruit volgende sociale of beroepsmatige beperkingen ernstiger dan verwacht zou worden op grond van anamnese, lichamelijk onderzoek of laboratoriumuitslagen.
- C. De symptomen veroorzaken in significante mate lijden of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- D. De duur van de stoornis is ten minste zes maanden.
- E. De stoornis is niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis (bv. een andere somatoforme stoornis, seksuele disfunctie, stemmingsstoornis, angststoornis, slaapstoornis of psychotische stoornis).
- F. Het symptoom wordt niet met opzet veroorzaakt of voorgewend (zoals bij de nagebootste stoornis of simulatie).

Conversiestoornis

Volgens de DSM-IV-TR heeft iemand een conversiestoornis als:

- A. Een of meer symptomen of uitvalsverschijnselen die de willekeurige motorische of sensorische functies treffen, die doen denken aan een neurologische of andere somatische aandoening.
- B. Psychische factoren worden verondersteld met het symptoom of uitvalsverschijnsel samen te hangen omdat het begin of het verergeren van het symptoom of uitvalsverschijnsel voorafgegaan wordt door conflicten of andere stressveroorzakende factoren.
- C. Het symptoom of uitvalsverschijnsel wordt niet met opzet veroorzaakt of voorgewend (zoals bij de nagebootste stoornis of simulatie).
- D. Het symptoom of uitvalsverschijnsel is, na adequaat medisch onderzoek, niet eerder toe te schrijven aan een bekende somatische aandoening of het directe effect van een middel of als een cultureel aanvaarde vorm van gedrag of ervaring.
- E. Het symptoom of uitvalsverschijnsel veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen, of rechtvaardigt medisch onderzoek.

- F. Het symptoom of uitvalsverschijnsel is niet beperkt tot pijn of seksuele disfunctie, komt niet uitsluitend voor in het beloop van een somatisatiestoornis en is niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis.

Specificeer type symptoom of uitvalsverschijnsel:

- **(F44.4) Met motorische symptomen of uitvalsverschijnselen:** bv. stoornissen in de coördinatie of het evenwicht, paralyse of gelokaliseerde spierzwakte, slikproblemen of brok in de keel, afonie en urineretentie
- **(F44.6) Met sensorische symptomen of uitvalsverschijnselen:** bv. verlies van de tast- of pijnzin, dubbelzien, blindheid, doofheid en hallucinaties
- **(F44.5) Met toevallen of convulsies:** omvat toevallen of convulsies met willekeurige motorische of sensorische componenten
- **(F44.7) Met gemengd beeld:** indien er duidelijk symptomen van meer dan één categorie zijn

Pijnstoornis

Volgens de DSM-IV-TR heeft iemand een pijnstoornis als:

- A. Pijn in een of meer anatomische lokalisaties vormt de belangrijkste presentatie en is van voldoende ernst om medische zorg te rechtvaardigen.
- B. De pijn veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- C. Psychische factoren worden verondersteld een belangrijke rol te spelen bij het begin, de ernst, de verergering of het voortduren van de pijn.
- D. De pijn wordt niet met opzet veroorzaakt of voorgewend (zoals bij de nagebootste stoornis of simulatie).
- E. De pijn is niet eerder toe te schrijven aan een stemmingsstoornis, angststoornis of psychotische stoornis en voldoet niet aan de criteria voor een dyspareunie.

Codeer als volgt:

307.80 (F45.4) Pijnstoornis gebonden aan psychische factoren (Pain Disorder Associated With Psychological Factors): psychische factoren worden verondersteld de hoofdrol te spelen bij het begin, de ernst, de verergering of het voortduren van de pijn. (Indien een somatische aandoening aanwezig is, speelt deze geen hoofdrol bij het begin, de ernst, de verergering of het voortduren van de pijn.) Dit type pijnstoornis wordt niet gediagnosticeerd als ook wordt voldaan aan de criteria voor een somatisatiestoornis.

Specificeer indien:

- **acuut:** duurt korter dan zes maanden
- **chronisch:** duur van zes maanden of langer

307.89 (F45.5) Pijnstoornis gebonden aan zowel psychische factoren als een somatische aandoening (Pain Disorder Associated With Both Psychological Factors and a General Medical Condition): zowel psychische factoren als een somatische aandoening

worden verondersteld een belangrijke rol te spelen bij het begin, de ernst, de verergering of het voortduren van de pijn. De bijkomende somatische aandoening of anatomische lokalisatie van de pijn (zie hieronder) worden gecodeerd op As-III.

Specificeer indien:

- **acuut:** duurt korter dan zes maanden
- **chronisch:** duur van zes maanden of langer

N.B. De volgende aandoening wordt niet beschouwd als een psychische stoornis en is hier toegevoegd om de differentiaaldiagnose te vergemakkelijken.

Pijnstoornis gebonden aan een somatische aandoening: een somatische aandoening speelt een hoofdrol bij het begin, de ernst, de verergering of het voortduren van de pijn. (Indien psychische factoren aanwezig zijn, wordt niet verondersteld dat deze een hoofdrol spelen bij het begin, de ernst, de verergering of het voortduren van de pijn.) Het diagnostische codenummer voor pijn wordt gekozen op basis van de somatische aandoening indien die is vastgesteld of van de anatomische lokalisatie van de pijn indien de onderliggende somatische aandoening nog niet duidelijk is vastgesteld.

Hypochondrie

Volgens de DSM-IV-TR heeft iemand hypochondrie als:

- A.** Preoccupatie met de vrees of opvatting een ernstige ziekte te hebben, gebaseerd op een verkeerde interpretatie van lichamelijke symptomen.
- B.** De preoccupatie houdt aan ondanks adequaat medisch onderzoek en geruststelling.
- C.** De overtuiging in criterium A heeft niet de intensiteit van een waan (zoals bij een waanstoornis, somatisch type) en is niet beperkt tot een omschreven bezorgdheid over het uiterlijk (zoals bij de stoornis in de lichaamsbeleving).
- D.** De preoccupatie veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- E.** De duur van de stoornis is ten minste zes maanden.
- F.** De preoccupatie is niet eerder toe te schrijven aan een gegeneraliseerde angststoornis, obsessieve-compulsieve stoornis, paniekstoornis, depressieve episode, separatie-angststoornis of een andere somatoforme stoornis.

Specificeer indien:

Met gering inzicht: indien betrokkene voor het grootste deel van de tijd in de huidige episode niet beseft dat de bezorgdheid over het hebben van een ernstige ziekte overdreven of onredelijk is.

Stoornis in de lichaamsbeleving

Volgens de DSM-IV-TR heeft iemand een stoornis in de lichaamsbeleving als:

- A. Preoccupatie met een vermeende onvolkomenheid van het uiterlijk. Indien er een geringe lichamelijke afwijking aanwezig is, dan is de ongerustheid van betrokkene duidelijk overdreven.
- B. De preoccupatie veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- C. De preoccupatie is niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis (bv. ontevredenheid over de lichaamsvorm en omvang bij anorexia nervosa).

Somatoforme stoornis Niet Anderszins Omschreven

Deze categorie omvat stoornissen met somatoforme symptomen die niet voldoen aan de criteria van een specifieke somatoforme stoornis. Tot de voorbeelden behoren:

1. Pseudocyesis: de foutieve overtuiging zwanger te zijn, waarbij objectieve verschijnselen kunnen optreden van zwangerschap, zoals abdominale zwelling (hoewel de navel niet verstreken is), verminderde menstruele bloedingen, amenorrhoe, subjectieve beleving van foetale bewegingen, misselijkheid, toegenomen borstgrootte en melksecretie en pijnlijke barensweeën op de verwachte bevallingsdatum. Endocrinologische veranderingen kunnen aanwezig zijn, maar het syndroom kan niet verklaard worden door een somatische aandoening die de endocrinologische veranderingen veroorzaakt (bv. tumor met hormoonsecretie).
2. Een stoornis met niet-psychotische hypochondrische symptomen, korter dan zes maanden.
3. Een stoornis met onverklaarde lichamelijke klachten (bv. moeheid of lichamelijke zwakte) die korter duurt dan zes maanden en niet het gevolg is van een andere psychische stoornis.

Bijlage II Systematische literatuursearch

Met behulp van onder meer Cochrane Library, Medline en PsycINFO is een systematische literatuursearch verricht. De search betrof de periode 1997 tot en met medio 2007 en richtte zich op de in de inleiding genoemde uitgangsvragen. De gehanteerde zoekstrategie wordt in deze bijlage weergegeven. Een noodzakelijke nadere schifting heeft vervolgens plaats gehad op grond van successievelijk: a) het onderwerp of de titel; b) de samenvatting; en – zo nodig – c) de inhoud van het artikel. Naast de systematische literatuursearch is ook gebruikgemaakt van reference tracking.

Patiëntenpopulatie SOLK en somatoforme stoornissen

"medically unexplained symptoms" OR "unexplained symptoms" OR "medically unexplained" OR "unexplained disease" OR "unexplained diseases" OR "unexplained illness" OR "unexplained illnesses") OR ("unexplained physical symptoms" OR "unexplained medical symptoms" OR "unexplained health symptoms") OR ("unexplained somatic symptoms" OR "unexplained somatic complaints" OR "unexplained physical complaints") OR (frequent attend* OR high utili*) OR (somatization OR somatisation OR hypochondri* OR non specific complaint* OR nonspecific complaint* OR psychogen*[tw] OR non specific sympt* OR nonspecific sympt* OR functional somatic syndrom* OR functional somatic sympt* OR functional syndrom* OR "functional disorder*" [ti] OR "functional disease*" [ti] OR "Somatoform Disorders" [Mesh] OR "Psychosomatic Medicine" [Mesh] OR "Psychophysiologic Disorders" [Mesh] OR somatoform disorder* OR psychosomatic medicine OR psychosomatic disorder OR psychophysiologic disorder*) OR ("unexplained complaints") OR ("subjective health complaints") OR ("nonspecific chest pain" OR "non specific chest pain" OR fibromyalgia OR "irritable bowel syndrome" OR "chronic fatigue" OR "fatigue syndrome" OR "non cardiac pain" OR "noncardiac pain" OR "non cardiac chest pain" OR "noncardiac chest pain" OR "Chest Pain/psychology" [Mesh:noexp] OR "Tension-Type Headache" [Mesh] OR tension headache* OR "non specific headache" OR "nonspecific headache" OR trichotillomania OR neurastheni* OR "post viral fatigue") OR (scratching [ti] OR "psychogenic excoriation" OR "neurotic excoriation" OR "compulsive skin picking" OR dermatotillomania OR "acne excoriee" OR "Burning Mouth Syndrome" [Majr] OR "Tinnitus" [Majr] OR "Whiplash Injuries" [Mesh] OR dysmorphophobia OR "body dysmorphic" OR "phantom pain" OR "Phantom Limb" [Mesh] OR conversion disorder*) OR (repetitive strain injury OR "repetitive strain injury" OR "sick building syndrome" OR "multiple chemical sensitivity syndrome" OR "temporomandibular dysfunction" OR "myalgic encephalitis" OR "post viral fatigue" OR "chronic pelvic pain syndrome" OR "post whiplash syndrome" OR "chronic low back pain" OR "functional dyspepsia" OR "premenstrual syndrome" OR "chronic benign pain syndrome" OR "Gulf Syndrome" OR "pelvic pain" OR "interstitial cystitis") OR ("neck pain") OR ("back pain") OR ("Fatigue" [Mesh]) OR ("dizziness" [MeSH])

Terms]) OR ("Headache"[Mesh]) OR ("chronic pain")) AND (("1997/01/01"[EDat]: "3000"[EDat]) AND (English[lang] OR French[lang] OR German[lang] OR Dutch[lang]) AND (Meta-Analysis[ptyp] OR Randomized Controlled Trial[ptyp])) OR (((("medically unexplained symptoms" OR "unexplained symptoms" OR "medically unexplained" OR "unexplained disease" OR "unexplained diseases" OR "unexplained illness" OR "unexplained illnesses") OR ("unexplained physical symptoms" OR "unexplained medical symptoms" OR "unexplained health symptoms") OR ("unexplained somatic symptoms" OR "unexplained somatic complaints" OR "unexplained physical complaints") OR (frequent attend* OR high utili*) OR (somatization OR somatisation OR hypochondri* OR non specific complaint* OR nonspecific complaint* OR psychogen*[tw] OR non specific sympt* OR nonspecific sympt* OR functional somatic syndrom* OR functional somatic sympt* OR functional syndrom* OR "functional disorder*" [ti] OR "functional disease*" [ti] OR "Somatoform Disorders"[Mesh] OR "Psychosomatic Medicine"[Mesh] OR "Psychophysiologic Disorders"[Mesh] OR somatoform disorder* OR psychosomatic medicine OR psychosomatic disorder OR psychophysiologic disorder*) OR ("unexplained complaints") OR ("subjective health complaints") OR ("nonspecific chest pain" OR "non specific chest pain" OR fibromyalgia OR "irritable bowel syndrome" OR "chronic fatigue" OR "fatigue syndrome" OR "non cardiac pain" OR "noncardiac pain" OR "non cardiac chest pain" OR "noncardiac chest pain" OR "Chest Pain/psychology"[Mesh:noexp] OR "Tension-Type Headache"[Mesh] OR tension headache* OR "non specific headache" OR "nonspecific headache" OR trichotillomania OR neurastheni* OR "post viral fatigue") OR (scratching[ti] OR "psychogenic excoriation" OR "neurotic excoriation" OR "compulsive skin picking" OR dermatotillomania OR "acne excoriee" OR "Burning Mouth Syndrome"[Majr] OR "Tinnitus"[Majr] OR "Whiplash Injuries"[Mesh] OR dysmorphophobia OR "body dysmorphic" OR "phantom pain" OR "Phantom Limb"[Mesh] OR conversion disorder*) OR (repetitive strain injury OR "repetitive strain injury" OR "sick building syndrome" OR "multiple chemical sensitivity syndrome" OR "temporomandibular dysfunction" OR "myalgic encephalitis" OR "post viral fatigue" OR "chronic pelvic pain syndrome" OR "post whiplash syndrome" OR "chronic low back pain" OR "functional dyspepsia" OR "premenstrual syndrome" OR "chronic benign pain syndrome" OR "Gulf Syndrome" OR "pelvic pain" OR "interstitial cystitis")) OR (("neck pain") OR ("back pain") OR ("Fatigue"[Mesh]) OR ("dizziness"[MeSH Terms]) OR ("Headache"[Mesh]) OR ("chronic pain"))

Hoofdstuk Diagnostiek

Prognose

DE "Prognosis" DE "Differential Diagnosis" DE "Disease Course" Limiters - Publication Year from: 1997-; Language: Dutch, English, French, German

((irritable bowel syndrome) OR conversion disorder)) AND ((prognosis) OR (adverse outcome) OR (organic* disease*)) AND (long term outcome)

Limits: Abstract, NL, FR, D, Eng. Clinical trial, meta-analyse, review.

((subjective health complaint*) OR (unexplained physical symptom*) OR (medical* unexplained symptom*) OR (medical* unexplained physical symptom*) OR (functional

syndrom*) OR (somatoform disorder*) OR (Somatoform complaint*) OR Somatis* OR (somatiz*) OR (irritable bowel syndrome) OR (Pelvic Pain))AND ((sexual abuse) OR distress OR psychopatholog* OR depression OR anxiety OR (work related problems) OR (life events)) AND ((organic disease) OR (objective health complaint*)) AND ((diagnosis) OR prognosis OR (symptom severity))
Somatoform disorder main topic/diagnosis (mesh) and questionnaire validity. Limits all types, English, French, German, Dutch.

Arts-patientrelatie

((subjective health complaint*) OR (unexplained physical symptom*) OR (medical* unexplained symptom) OR (medical* unexplained physical symptoms) OR (functional syndrom*) OR (somatoform disorder*) OR (somatoform complaint*) OR Somatis* OR somatiz* OR (irritable bowel syndrome) OR (fibromyalgia) OR (chronic fatigue syndrome) OR (pelvic pain)) AND ((physician patient interaction) OR (physician patient relationship) OR (physician patient communicat*)) AND ((quality of life) OR prognosis OR (symptom severity))

Limits: Abstract, NL, FR, D, Eng. Clinical trial, RCT, meta-analysis, review, guideline.

Hoofdstuk Behandeling

Specifieke stoornissen of klachten

“**ConversionDisorder**/drugtherapy”[Mesh]OR “ConversionDisorder/rehabilitation”[Mesh] OR “Conversion Disorder/surgery”[Mesh] OR “Conversion Disorder/therapy”[Mesh]
Limits: Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, English, French, German, Dutch

“**Hypochondriasis**/diet therapy”[Mesh] OR “Hypochondriasis/drug therapy”[Mesh] OR “Hypochondriasis/rehabilitation”[Mesh] OR “Hypochondriasis/surgery”[Mesh] OR “Hypochondriasis/therapy”[Mesh] Limits: Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, English, French, German, Dutch

“**Body Dysmorphic disorder**” OR “dysmorphophobia” Field: Title/Abstract, Limits: Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, English, French, German, Dutch

“**somatization disorder**”[All Fields] OR “somatization disorders”[All Fields] Field: Title/Abstract, Limits: Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, English, French, German, Dutch

Pijnstoornissen

“**Pelvic Pain**/drug therapy”[Mesh] OR “Pelvic Pain/radiotherapy”[Mesh] OR “Pelvic Pain/rehabilitation”[Mesh] OR “Pelvic Pain/surgery”[Mesh] OR “Pelvic Pain/therapy”[Mesh] Limits: Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, English, French, German, Dutch

“chronic pelvic pain syndrome” OR “interstitial cystitis” Field: Title/Abstract, Limits: Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, English, French, German, Dutch

(**“Tension-Type Headache”**[Mesh] OR (“Tension-Type Headache/drug therapy”[Mesh] OR “Tension-Type Headache/radiotherapy”[Mesh] OR “Tension-Type Headache/rehabilitation”[Mesh] OR “Tension-Type Headache/surgery”[Mesh] OR “Tension-Type Headache/therapy”[Mesh])) NOT Limits: Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, English, French, German, Dutch

“Fibromyalgia/diet therapy”[Mesh] OR “Fibromyalgia/drug therapy”[Mesh] OR “Fibromyalgia/radiotherapy”[Mesh] OR “Fibromyalgia/rehabilitation”[Mesh] OR “Fibromyalgia/surgery”[Mesh] OR “Fibromyalgia/therapy”[Mesh] NOT “Fatigue Syndrome, Chronic/diet therapy”[Mesh] OR “Fatigue Syndrome, Chronic/drug therapy”[Mesh] OR “Fatigue Syndrome, Chronic/rehabilitation”[Mesh] OR “Fatigue Syndrome, Chronic/therapy”[Mesh] Limits: Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, English, French, German, Dutch

repetitive strain injury OR “repetitive strain injury” OR “Cumulative Trauma Disorders/drug therapy”[Mesh] OR “Cumulative Trauma Disorders/radiotherapy”[Mesh] OR “Cumulative Trauma Disorders/rehabilitation”[Mesh] OR “Cumulative Trauma Disorders/surgery”[Mesh] OR “Cumulative Trauma Disorders/therapy”[Mesh] Limits: Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, English, French, German, Dutch

“Whiplash Injuries/drug therapy”[Mesh] OR “Whiplash Injuries/radiotherapy”[Mesh] OR “Whiplash Injuries/rehabilitation”[Mesh] OR “Whiplash Injuries/surgery”[Mesh] OR “Whiplash Injuries/therapy”[Mesh] OR “post whiplash syndrome” Limits: Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, English, French, German, Dutch

“Back Pain/drug therapy”[Mesh] OR “Back Pain/radiotherapy”[Mesh] OR “Back Pain/rehabilitation”[Mesh] OR “Back Pain/surgery”[Mesh] OR “Back Pain/therapy”[Mesh] Limits: Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, English, French, German, Dutch
“temporomandibular dysfunction” Limits: Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, English, French, German, Dutch

“Neck Pain/drug therapy”[Mesh] OR “Neck Pain/radiotherapy”[Mesh] OR “Neck Pain/rehabilitation”[Mesh] OR “Neck Pain/surgery”[Mesh] OR “Neck Pain/therapy”[Mesh] Limits: Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, English, French, German, Dutch

“chronic pain” Field: Title, Abstract OR “chronic benign pain syndrome” [tiab] Limits: Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, English, French, German, Dutch

Ongedifferentieerde somatoforme stoornissen

"Irritable Bowel Syndrome/diet therapy"[Mesh] OR **"Irritable Bowel Syndrome/drug therapy"**[Mesh] OR **"Irritable Bowel Syndrome/rehabilitation"**[Mesh] OR **"Irritable Bowel Syndrome/surgery"**[Mesh] OR **"Irritable Bowel Syndrome/therapy"**[Mesh]
Limits: Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, English, French, German, Dutch

"Colonic Diseases, Functional/diet therapy"[Mesh] OR **"Colonic Diseases, Functional/drug therapy"**[Mesh] OR **"Colonic Diseases, Functional/rehabilitation"**[Mesh] OR **"Colonic Diseases, Functional/surgery"**[Mesh] OR **"Colonic Diseases, Functional/therapy"**[Mesh] OR **"functional dyspepsia"** [tiab] Limits: Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, English, French, German, Dutch

"Fatigue Syndrome, Chronic/diet therapy"[Mesh] OR **"Fatigue Syndrome, Chronic/drug therapy"**[Mesh] OR **"Fatigue Syndrome, Chronic/rehabilitation"**[Mesh] OR **"Fatigue Syndrome, Chronic/therapy"**[Mesh] Limits: Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, English, French, German, Dutch

"Gulf Syndrome" OR **"sick building syndrome"** OR **"multiple chemical sensitivity syndrome"** Field: Title/Abstract, Limits: Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, English, French, German, Dutch

"Tinnitus/diet therapy"[Mesh] OR **"Tinnitus/drug therapy"**[Mesh] OR **"Tinnitus/radiotherapy"**[Mesh] OR **"Tinnitus/rehabilitation"**[Mesh] OR **"Tinnitus/surgery"**[Mesh] OR **"Tinnitus/therapy"**[Mesh] Limits: Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, English, French, German, Dutch

"Burning Mouth Syndrome/drug therapy"[Mesh] OR **"Burning Mouth Syndrome/therapy"**[Mesh] Limits: Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, English, French, German, Dutch

"Premenstrual Syndrome/diet therapy"[Mesh] OR **"Premenstrual Syndrome/drug therapy"**[Mesh] OR **"Premenstrual Syndrome/rehabilitation"**[Mesh] OR **"Premenstrual Syndrome/surgery"**[Mesh] OR **"Premenstrual Syndrome/therapy"**[Mesh] Limits: Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, English, French, German, Dutch

"Dizziness/diet therapy"[Mesh] OR **"Dizziness/drug therapy"**[Mesh] OR **"Dizziness/rehabilitation"**[Mesh] OR **"Dizziness/surgery"**[Mesh] OR **"Dizziness/therapy"**[Mesh] Limits: Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, English, French, German, Dutch

"nonspecific chest pain" OR **"non specific chest pain"** OR **"non cardiac pain"** OR **"noncardiac pain"** OR **"noncardiac chest pain"** OR **"non cardiac chest pain"** Field: Title/Abstract OR **Chest pain/drug therapy** [mesh] OR **Chest pain/radiotherapy** [mesh]

OR Chest pain/ rehabilitation [mesh] OR Chest pain/surgery [mesh] OR Chest pain/therapy [mesh] Limits: Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, English, French, German, Dutch

Algemene omschrijvingen

“**Somatoform Disorders**/diet therapy”[Mesh] OR “Somatoform Disorders/drug therapy”[Mesh] OR “Somatoform Disorders/rehabilitation”[Mesh] OR “Somatoform Disorders/surgery”[Mesh] OR “Somatoform Disorders/therapy”[Mesh] Limits: Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, English, French, German, Dutch

“**Psychosomatic Medicine**/therapy”[Mesh] Limits: Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, English, French, German, Dutch

“**Psychophysiologic Disorders**/diet therapy”[Mesh] OR “Psychophysiologic Disorders/drug therapy”[Mesh] OR “Psychophysiologic Disorders/rehabilitation”[Mesh] OR “Psychophysiologic Disorders/surgery”[Mesh] OR “Psychophysiologic Disorders/therapy”[Mesh] Limits: Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, English, French, German, Dutch

“**medically unexplained symptoms**” OR “unexplained symptoms” OR “medically unexplained” OR “unexplained disease” OR “unexplained diseases” OR “unexplained illness” OR “unexplained illnesses” OR “unexplained physical symptoms” OR “unexplained medical symptoms” OR “unexplained health symptoms” OR “unexplained somatic symptoms” OR “unexplained somatic complaints” OR “unexplained physical complaints” OR frequent attend* OR high utili* OR somatization OR somatisation OR non specific complaint* OR nonspecific complaint* OR psychogen* OR non specific sympt* OR nonspecific sympt* OR functional somatic syndrom* OR functional somatic sympt* OR functional syndrom* OR “functional disorder*” OR “functional disease*” OR somatoform disorder* OR psychosomatic medicine OR psychosomatic disorder OR psychophysiologic disorder* OR “unexplained complaints” OR “subjective health complaints” Field: Title/Abstract, Limits: Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, English, French, German, Dutch

Eerste lijn

“Primary Health Care”. “Family Practice”, “general practice”, “family medicine”. Limits: Entrez Date from 1997/01/01, Clinical Trial, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, English, French, German, Dutch

Verpleegkundige interventies

DE “Nursing” or DE “Nursing Education” or DE “Psychiatric Nurses” DE “Nurses” Limiters - Publication Year from: 1997-; Language: Dutch, English, German

Arbeid

Medical unexplained physical symptoms, medical unexplained symptoms, functional syndromes, somatization, somatisation, somatoform disorders, health complaints. Return to work en risk factors for sickness absence. Occupational health en occupational physician.

Hoofdstuk Preventie

DE "Etiology" or DE "Causality" OR KW Cause OR KW Causality OR KW Etiology
 DE "Prevention" or DE "Preventive Medicine" or DE "Primary Mental Health Prevention" or DE "Relapse Prevention" or KW prevention OR preventive

'diagnose' AND 'etiologie';

'diagnose' AND prevent*,

'diagnose' AND mass media,

'diagnose' AND media campaign,

'diagnose' AND psychoeducation

'diagnose' AND (MeSh term 'consultation' OR doctor-patient communication OR physician-patient communication),

'diagnose' AND (reassur* OR normal test result),

'diagnose' AND (patient information OR medical informatics OR websites OR health portals)

Limiters - Language: Dutch, English; Methodology: Followup Study, Longitudinal Study, Literature Review, Systematic Review, Meta Analysis, Qualitative Study, Quantitative Study, Treatment Outcome/Clinical Trial

Bijlage III Evidencetabellen

Onderwerpen

- Chronische buikpijn bij vrouwen, vanaf 1997; gebaseerd op Cochrane Review (Stones e.a., 2005);
- Prikkelbaredarmsyndroom, effectiviteit antidepressiva;
- Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten en somatoforme stoornissen niet nader gespecificeerd;
- Somatisatiestoornis;
- Hypochondrie;
- Conversiestoornis;
- Body Dysmorphic Disorder;
- Prikkelbaredarmsyndroom, effectiviteit hypnotherapie;
- Prikkelbaredarmsyndroom, effectiviteit probiotica;
- Prikkelbaredarmsyndroom, effectiviteit zelfhulpboek;
- Prikkelbaredarmsyndroom, effectiviteit relaxatietherapie.

Onderwerp: Chronische buikpijn bij vrouwen, vanaf 1997; gebaseerd op Cochrane Review (Stones e.a., 2005)

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studie type (3)	Aantal patiënten (% drop-out) (4)	Inclusiecriteria (5)	Comorbiditeit (6)	Interventie (incl. duur, dosering, follow-up, pre-randomisatie) (7)
Medicamenteus: Hormonaal						
Soysal e.a., 2001	B	RCT Patiënten niet geblindeerd; onduidelijk of assessors geblindeerd zijn	47	Leeftijd: n.a. CBP > n.a. Venography: varicosis pelvis Laparoscopie: geen afwijkingen	n.a.	Gosereline 3,6 mg sc per maand, 6 mnd (GnRHa) N = 23
Medicamenteus: Centraal werkend						
Engel e.a., 1998	B	RCT, cross-over	33 Prerandomisatie-uitval: 8	18-50 jr, CBP > 3 mnd	n.a.	Sertraline 50 mg 2 dd, 6 wk N = 25
Stones e.a., 2001	A2	RCT	39	premenopausaal CBP > 6 mnd Laparoscopie: ga	n.a.	Lofexidine 200-600 µg 2 dd, 8 wk N = 19

Controle/ vergelijking (incl. duur, dosering) (8)	Setting Discipline (9)	MUS medically unex- plained symptoms	PW personal well being	QALY Kwaliteit van leven	HCU Medische consumptie	Follow-up
		p-waarde, 95%CL, D	p-waarde, 95%CL, D	p-waarde, 95%CL, D	p-waarde, 95%CL, D	
Medoxyproges- trone acetate 30 mg dd 6 mnd (MPA) N = 24	3de lijns 1 centrum	Venography-score verschil gemid- delden op pijn m.b.v. Biberoglu pijnschaal GnRHa > MPA 7,7 vs 4,7 p < 0,01	HADS Angst GnRHa > MPA 2,6 vs 1,6 p < 0,01 Depressie GnRHa = MPA 1,9 vs 1,6 (ns) Totaalscores GnRHa > MPA 4,6 vs 3,3 p < 0,01	Sexualiteit vragenlijst GnRHa > MPA 62,5 vs 47,0 p < 0,01	n.a.	18 mnd na start van behandeling Loss to FU: n.a.
Placebo 2 dd, 6 wk	3de lijns 1 centrum	Vragenlijst: samengestelde pijn maat. Verschil baseline- FU Sertraline vs placebo: -0,02 95% CI: -0,6-0,6 (ns)	HAM-D Sertraline vs placebo: -1,0 95% CI: -3,5-1,5 (ns) SF-36 Health perception 3,0 95% CI: 0,3-5,7 Role functioning- emotional: -30,4 95% CI: -50,3-10,6 Alle andere subschalen ns SCLsom 0,04 95% CI: -0,2-0,3 (ns)		Werk gerelateerde items van de Social Adjustment Survey SAS-WR -0,3 95% CI: -0,9-0,2	6 wk = einde van behandeling. FU-Loss: 2
Placebo 2 dd, 8 wk N = 20	3de lijns 1 centrum	> 50% pijnre- ductie op VAS: Lofexidine- placebo: 4/19 vs 8/20 (OR: 2,5 95% CI: 0,6-13,0) (ns)				8 wk FU-Loss Interv: 10 Placebo: 6 ITT +

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studie type (3)	Aantal patiënten (% drop-out) (4)	Inclusiecriteria (5)	Comorbiditeit (6)	Interventie (incl. duur, dosering, follow-up, pre-randomisatie) (7)
Chirurgisch						
Swank e.a., 2003	A2	RCT	N = 121 88% vrouw	> 18 jr, buikpijn > 6 mnd laparoscopie: adhesies	Exclusie: behandeling door psycholoog, psychiater; gebruik antidepressiva, antipsychotica	Laparoscopic adhesiolysis N = 52
Johnson e.a., 2004	A2	RCT	56	18-45 jr CBP, dysmenor- rroe en/of anale pijn > 6 mnd Laparoscopie: geen endome- triose		Laparoscopie+ LUNA (= laparoscopic uterine nerve ablation) N = 22
Psychologische aspecten in behandeling						
Norman e.a., 2004	A2	RCT	78 18 prerandi- misatie-uitval	18-64 jr, CBP > 6 mnd		Schrijven over negatieve aspecten van pijn (disclosure) 3 dagen, 20 min N = 28

Controle/ vergelijking (incl. duur, dosering) (8)	Setting Discipline (9)	MUS medically unex- plained symptoms	PW personal well being	QALY Kwaliteit van leven	HCU Medische consumptie	Follow-up
		p-waarde, 95%CL, D	p-waarde, 95%CL, D	p-waarde, 95%CL, D	p-waarde, 95%CL, D	
Laparoscopy, no treatment N = 48	2de lijns 4 centra	VAS voor pijn 38,9 vs 40,5 p = 0,63 95% CI: -7-13 (ns) Pijnmedicatie 0,8 vs 1,8 p = 0,53 (ns)	SF 36 51,0 vs 49,7 p = 0,84 95% CI: -7-8			12 mnd Exclusie voor randomisatie: 21 Loss to FU Interv.: 1 Placebo: 3 ITT +
Laparoscopie N = 34	2de lijns 1 centrum	> 50% pijnre- ductie op VAS 8/17 vs 13/30 OR: 1,16 95% CI: 0,35-3,79 (ns)				12 mnd Loss to FU Interv.: 4 Control: 2
Schrijven over iets positiefs, niet in relatie met pijn (controle) 3 dagen, 20 min N = 20	Via advertentie en brochures geworven, 1 centrum	Primair: stem- mingsverandering MPQ domeinen: Verandering Sensorisch -0,10 vs -0,17 p = 96 (ns), affectief -0,11 vs 0,01 p = 0,45 (ns) Evaluatieve -1,11 vs 0,05 p = 0,01 NB: moderators: Ambivalence; catastrophizing; negative affect	Sickness impact profiel (SIP) Physical: -0,72 vs 4,14 p = 79 (ns) Daily: -2,74 vs 0,14 p = 0,31 (ns) PANAS-X negatief affect: -0,14 vs -0,21 p = 0,74 (ns) positive affect: -0,11 vs 0,04 p = 0,53 (ns)			2 mnd na start behandeling FU loss: Interv.: 4 Control: 8

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studie type (3)	Aantal patiënten (% drop-out) (4)	Inclusiecriteria (5)	Comorbiditeit (6)	Interventie (incl. duur, dosering, follow-up, pre-randomisatie) (7)
Onwude e.a., 2004	A2	RCT	233	CBP-duur n.a.		Laparoscopie + uitleg over bevindingen en tonen foto's van bevindingen N = 109
Haugstad e.a., 2006	B	RCT	40	20-50 jr CBP > 6 mnd	Exclusie: psychiatrische diagnose	Standaard gyn behandeling + Mensendieck somatocognitieve therapie/10 sessies, 3 mnd N = 20
Andere behandeling						
Brown e.a., 2002	B	RCT	32	18-50 jr CBP > 6 mnd Omschreven pijnlijk gebied/triggerpoint Gyn. onderzoek: ga		Statisch magnetisch veld 2 of 4 wk N = 15, 2 wk N = 8, 4 wk

CBP: Chronisch buikpijn; n.a.: niet aangegeven; sc: subcutaan; mnd: maanden; wk: weken; dd: per dag; jr: jaar; ns: niet significant; ga: geen afwijkingen; ITT: intention to treat analysis; + ja, - nee.

Controle/ vergelijking (incl. duur, dosering) (8)	Setting Discipline (9)	MUS medically unex- plained symptoms	PW personal well being	QALY Kwaliteit van leven	HCU Medische consumptie	Follow-up
		p-waarde, 95%CL, D	p-waarde, 95%CL, D	p-waarde, 95%CL, D	p-waarde, 95%CL, D	
Laparoscopie + uitleg over bevindingen N = 124	3de lijns 2 centra	McGill-VAS Adj mean diffe- rence: 10,9 95% CI: -10,1-31,9 (ns) McGill pijn domeinen Sensorisch: 0,10 95% CI: -1,6-1,8 (ns) Affectief: 0,82 95% CI: -0,46-2,10 (ns) McGill Pain intensity 0,40 95% CI: -0,37-1,2 (ns)				6 mnd Loss to FU: n.a.
Standaard gyn behandeling 3 mnd N = 20	3de lijns 1 centrum	Primair: mensen- diecktest. Secundair VAS voor pijn Verbetering 48,4% vs 7,8% in interventie groep vs controle				3 mnd = einde van behandeling FU loss: n.a.
Placebo behan- deling N = 17, 2 wk N = 11, 4 wk	3de lijns 1 centrum	4 wk Present pain intensity Verschil ns Pain disability index Verschil behandel vs placebo: 38% vs 4% p = 0,02				2 of 4 wk = eind behandeling Loss during treatment: N = 7 interventi- ongroup; N = 6 placebo condition

Onderwerp: Prikkelbaredarmsyndroom, effectiviteit antidepressiva

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studie type (3)	Aantal patiënten (% drop-out) (4)	Inclusiecriteria (5)	Comorbiditeit (6)	Interventie (incl. duur, dosering) (7)	
Tack e.a., 2006 Bestaande uit onderstaande 4 studies	A1	Systematic review	N = 4 studies (zie hieronder)				
Rajagopalan e.a., 1998	A2	RCT	N = 40	Rome I (subtype niet gespecificeerd)		12 weken amitriptyline 25 mg/d week 1 50 mg/d week 2 75mg/d daarna vs placebo	
Kuiken e.a., 2003	A2	RCT	N = 40	Rome I (alle subtypes)		6 weken fluoxetine 20 mg/d vs placebo	
Creed e.a., 2003	A2	RCT	N = 257	Rome I (alle subtypes)		8 sessies psychotherapie vs 20 mg/d paroxetine vs routine care	
Tabas e.a., 2004	A2	RCT	N = 110	Rome I		Groep 1: alleen hoog vezeldieet Groep 2: 12 weken hoog vezeldieet gecombineerd met paroxetine 10 of 20 mg/d t.o.v. hoog vezeldieet gecombineerd met placebo	
Vahedi e.a., 2005	A2	RCT	N = 44	Rome II met predominantie van pijn en obstipatie		12 weken fluoxetine 20 mg/d vs placebo follow-up na 4 weken	

Setting Discipline (9)	MUPS p-waarde, 95% CL, D	Health Anxiety	PW Personal well being	QALY Kwaliteit van leven	HCU Medische consumptie
		p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D
		<p>Verbeterde globale symptomen $p < 0,01$</p> <p>Verminderde pijn $p < 0,01$</p> <p>Verbeterde stoelgang $p < 0,05$</p>		Welbevinden $p < 0,01$	
		Verbetering pijn en globale symptomen			
		Verbeterde psychische aspecten $p < 0,01$ t.o.v. routinezorg; algehele verbetering t.o.v. routinezorg $p = 0,01$ Geen verbetering pijn			
University affiliated University hospital	JBS-QvL BDI	<p>Groep 1: pijn en winden vermindering 26%</p> <p>Groep 2: pijn en winden geen verbetering</p> <p>Vermijding van voedsel verbeterde $p = 0,03$</p>	Groep 2: algehele welbevinden verbeterde meer dan met placebo (63,3% vs 26,3% $p = 0,01$)	<p>Groep 1: welbevinden verbeterde bij 26% van de patiënten</p> <p>Groep 2: sociaal functioneren verbeterde niet. Functioneren op werk marginaal beter $p = 0,08$</p>	
Ziekenhuis gastroenterologie kliniek	Eigen scoring van de 5 hoofdsymptomen Rome II	Alle 5 symptomen significant verminderd t.a.v. placebo $p < 0,05$ geen vervelende effecten			

**Onderwerp: Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten en somatoforme stoornissen
niet nader gespecificeerd**

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studie type (3)	Aantal patiënten (% drop-out) (4)	Inclusiecriteria (5)	Comorbiditeit (6)	Interventie (incl. duur, dosering) (7)	Controle/vergelijking (incl. duur, dosering, follow-up, pre randomisatie) (8)	
Aiarzaguena e.a., 2007	B	RCT cluster randomisatie	Prerandomisatie-uitval 8% drop-out 24% in de interventie en 9% in de controlegroep	4-6 SOLK (man-vrouw) life-time	angst of depressie als variabele	6 sessies van 30 min door de huisarts na communicatietraining (20 uur)	6 sessies van 30 min door de huisarts na reattributionstraining (15 uur)	
Arnold e.a., in druk	B	Gecontroleerde trial in cohort	Pre-allocatie-uitval 35% interventie bij 26% niet uitgevoerd	SOLK DSM-IV somatoforme stoornis en VAS (1-10) > 5	Exclusie: ernstige psychiatrische of somatische aandoening Angst en depressie als variabele	5 sessies van 45 min door getrainde HA (20 uur)	CAU	
Blankenstein, 2001	B	RCT cluster randomisatie	75 interventie en 87 controle Prerandomisatie-uitval 30% Bij 32% van de interventiepatiënten geen interventie toegepast	> 5 SOLK life-time en leeftijd < 45 jaar en > 15 bezoeken aan de HA in 3 jaar	Exclusie: ernstige somatische aandoening Angst en depressie als variabele	Reattribution door getrainde HA (20 uur) tijdens reguliere consulten	CAU	
Escobar e.a., 2007	B	RCT	Interventie 87 en controle 85 Prerandomisatie-uitval 36% Drop-out 41% in interventie- en 48% in controlegroep	4-6 (man-vrouw) SOLK	Exclusie: ernstige psychiatrische of somatische aandoening Angst en depressie als variabele	10 sessies CBT door getrainde psychotherapeut	Consultatiebrief	

Setting Discipline (9)	Follow-up (10)	MUPS (11)	Health Anxiety (11)	PW Personal well being (11)	QALY Kwaliteit van leven (11)	HCU Medische consumptie (11)	Opmerkingen (12)
		p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	
PC huisarts	12 maanden	NR (wel gemeten)	NR	NR	Op 5 van de 8 schalen van de SF-36 sign. verschil tussen interventie- en controlegroep Pain CI 3,6-15,7	NR	Geen CAU als controle maar reattribution. Alleen SF-36 vermeld bij uitkomsten hoewel meer maten zijn gemeten Selectief gepubliceerd?
PC huisarts	12 maanden	Afname VAS 7,6-6,6 (interventie) en 7,6-6,7 (controle) ns	ns	ns	ns	ns	In druk
PC huisarts	24 maanden	SCL-somatisatie interventie afname 26-15 en controle 21-18 p = 0,02	NR	Arbeidsverzuim afname p = 0,000	Subjective health afname p = 0,000	Health visits interventie t0-t24: 10-5 controle 12-13 P = 0,017	Geen peer-reviewed publicatie
Verwijzing vanuit PC naar psychotherapeut	6 mnd	Clinical global impression voor SOLK Na 3 mnd interventie 60% en controle 28% respons p < 0,001 Na 6 mnd 50 vs 53% p < 0,009 VAS (1-100) na 6 mnd interventie 43-24 vs controle 40-25 (ns)			MOS-15 NS		Geen CAU als controle maar consultatiebrief

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studie type (3)	Aantal patiënten (% drop-out) (4)	Inclusiecriteria (5)	Comorbiditeit (6)	Interventie (incl. duur, dosering) (7)	Controle/vergelijking (incl. duur, dosering, follow-up, pre randomisatie) (8)	
Van der Feltz-Cornelis e.a., 2006	A2	RCT Cluster randomisatie	Interventie 58, controle 23	SOLK, DSM-IV somatoforme stoornis	Exclusie: ernstige psychiatrische stoornis. Angst en depressie als variabele	Psychiatrische consultatie met getrainde huisarts (18 uur training in reattributie, CBT-technieken en management) plus consultatiebrief met behandeladvies	Behandeling door getrainde huisarts (18 uur training in reattributie, CBT-technieken en management)	
Hellman e.a., 1990	B	RCT Geen intention to treat, blinding uitkomstmaat niet vermeld	Interventie A 22, interventie B 24, controle 22 Drop-out en geen follow-up bij 16/80 (20%)	Psychosociale factoren van invloed op klachten, 77% presenteerde lichamelijke klacht	Niet vermeld	Behavioral medicine groepsbehandeling met cognitieve technieken en relaxatie	Placebo informatiegroep	
Henningsen e.a., 2007	A1	Meta-analyse	Aantal beoordeelde review 73	FSS, functional somatic syndromes				
Kolk e.a., 2004	B	RCT	Interventie 80 en controle 18 Drop-out 22% in interventie- en 30% in controle-groep	SOLK gedurende 3-12 mnd	Exclusie: angst, depressie en andere psychiatrische stoornissen	Psychotherapie max 12 sessies door psychotherapeut (CBT, client-centered of eclecticisch)	CAU	
Kroenke, 2007	A1	Review van RCT's		MUS				

Setting Discipline (9)	Follow-up (10)	MUPS (11)	Health Anxiety (11)	PW Personal well being (11)	QALY Kwaliteit van leven (11)	HCU Medische consumptie (11)	Opmerkingen (12)
		p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	
PC Behandeling door huisarts en psychiater	6 mnd	VAS (1-5) interventie 3,5-2,2 vs controle 2,4-3,4 CI 0,997-1,898		SIP interventie 21-11 vs 23-27 CI 1,48-18,39		Medische consumptie toename interventie 25-33 vs controle 32-134 CI (43-149)	
Verwijzing naar psychothera- peut door arts, psycholoog of praktijkver- pleegkundige	6 mnd	Physical Symptoms Discomfort Reported: interventie 38 vs controle 32 p < 0,05		Psychological Distress Reported: interventie 12,8 vs controle 17,5 p < 0,05		Artsbezoek baseline- 6 mnd fu: interventie 5,6-2,7 en controle 3,9-4,5 p < 0.01	
Variabel, overwegend 2de lijn psychothera- peut							
Verwijzing naar psychothera- peut Werving met advertenties en bij huisartsen	12 mnd	Somatisatie op SCL-90: interventie 28-20 vs controle 25-21 (ns) Aantal SOLK- symptomen volgens de HA: ns		SCL-90 Angst en depressie: ns		Aantal consul- taties: ns	Patiënten- selectie niet expliciet beschreven
Variabel, overwegend 2de lijn psychothera- peut							

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studie type (3)	Aantal patiënten (% drop-out) (4)	Inclusiecriteria (5)	Comorbiditeit (6)	Interventie (incl. duur, dosering) (7)	Controle/vergelijking (incl. duur, dosering, follow-up, pre randomisatie) (8)	
Larisch e.a., 2004	A2	RCT cluster randomisatie	Interventie 73 en controle 54 Prerandomisatie-uitval 43% Drop-out in interventiegroep 60% en in controlegroep 63%	4-6 (man-vrouw) SOLK gedurende > 3 mnd en 5 of meer consulten aan huisarts per jaar	Exclusie: ernstige psychiatrische of somatische aandoening Angst en depressie als variabele	6 20-minu- tensessies door getrainde huisarts; reat- tributietraining 12 uur	CAU	
Martin e.a., 2007	A2	RCT	Interventie 70 en controle 70 Drop-out interventie 16% en controle 16%	2 SOLK in laatste 6 mnd met klinisch significante beperking	Exclusie: ernstige psychiatrische of somatische aandoeningen Angst en depressie als variabele	1 3-4 uur groepssessie van CBT door 2 CBT-therapeut	CAU	
Morriss e.a., 2007	A2	RCT Cluster randomisatie	Interventie 66 en controle 75 Prerandomisatie-uitval 50% Drop-out interventie 14% en controle 9% Bij 31% van de interventiegroep is interventie niet uitgevoerd	SOLK gedurende 3 mnd	Exclusie: psychotrope medicatie of psychotherapie	Getrainde huisarts (6 uur training in reattribution)	CAU	
Peters e.a., 2002	B	RCT Geen intention to treat, alleen pre- en postmeting getoetst	Interventie 114 en controle 114 Prerandomisatie-uitval 26% Drop-out interventie 24% en controle 21%	SOLK gedurende 12 mnd	Exclusie: ernstige psychiatrische of somatische aandoening	Aerobe training gedurende 2x 1 uur per week	Stretching training gedurende 2x 1 uur per week	
Rasmussen e.a., 2006	B	RCT	Interventie 12 en controle 12	SOLK en > 10 consulten bij de HA	Exclusie: somatische aandoeningen	1 uur gesprek met psychotherapeut en HA	CAU	

Setting Discipline (9)	Follow-up (10)	MUPS (11)	Health Anxiety (11)	PW Personal well being (11)	QALY Kwaliteit van leven (11)	HCU Medische consumptie (11)	Opmerkingen (12)
		p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	
PC huisarts	12 mnd	SOMS-D na 3 mnd interventie vs controle 14,8-12,0 vs 12,3-13,8 p = 0,007 na 6 en 12 mnd (ns)		HADS na 3 mnd significant beter p = 0,0388 (depressie) en p = 0,0211 (angst) Na 6 en 12 mnd ns	SF-12 na 3 mnd beter p = 0,0172 Na 6 en 12 mnd ns	Medicatie minder in interventiegroep (antidepressiva 11,3 vs 26,9% en analgetica 8,1 vs 23,1%)	
Verwijzing voor psychotherapeut: 68% via huisarts, 32% via krant of niet omschreven	6 mnd	SOM-7 interventie vs controle: ns BSI-SOM interventiegroep beter dan controle p < 0,005	ns	ns	ns	Interventie minder doktersbezoek en medicatie p < 0,005	
PC huisarts	3 mnd	Health-thermometerscore 1-100 (VAS): interventie vs controle 60,7 vs 67,4 p = 0,027	Whiteley index: ns	HADS: ns Arts-patiënt-communicatie verbeterde significant	EQ-5D: ns	Medische consumptie: ns	
Verwezen door huisarts naar sportschool Training door fysiotherapeut	6 mnd	Hopkins Symptom Checklist (HSCL): ns	Modified Somatic Perception Questionnaire (MSPQ): ns	HADS: ns	SF-36: ns	Medische consumptie: ns	Geen CAU als controlegroep maar stretching training
PC huisarts en psychotherapeut	6 mnd	ns		ns		Meer huisartsbezoek in interventiegroep na 6 mnd p < 0,05 Minder kosten bij ziekenhuisopname in interventiegroep	

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studie type (3)	Aantal patiënten (% drop-out) (4)	Inclusiecriteria (5)	Comorbiditeit (6)	Interventie (incl. duur, dosering) (7)	Controle/vergelijking (incl. duur, dosering, follow-up, pre randomisatie) (8)	
Rief e.a., 2006	A2	RCT Cluster randomisatie	Interventie 85 en controle 114 Drop-out 28%	2 SOLK (82% had somatoforme stoornis)	Exclusie: somatische aandoening Angst en depressie als variabele	Getrainde huisarts (8 uur training in management van SOLK)	CAU	
Rosendal e.a., 2007	A2	RCT Cluster randomisatie	Interventie 506 en controle 405 Uitval vooraf 19% interventie en 9% controle Lost to follow-up 39% interventie en 28% controle	SOLK	Exclusie: ernstige acute aandoeningen Angst en depressie als variabele	Getrainde huisarts (25 uur reattributionstraining en management van SOLK)	CAU	
Schilte e.a., 2001	A2	RCT Cluster randomisatie	Interventie 81 en controle 80 Prerandomisatie-uitval 56% Drop-out interventie 14% en controle 16%	> 5 SOLK lifetime en leeftijd < 45 jaar en > 15 bezoeken aan de HA in 3 jaar	Exclusie: ernstige somatische aandoening Angst en depressie als variabele	Disclosure gedurende 2-3 sessies van 1-2 uur door getrainde arts	CAU	
Smith e.a., 2006	A2	RCT Cluster randomisatie	Interventie 101 en controle 105 Prerandomisatie-uitval 44% Drop-out 2% interventie en 3% controle	SOLK en > 8 bezoeken aan huisarts gedurende 2 jaar	Exclusie: somatische aandoeningen	Behandelprotocol met CBT/medicatie en patient centered methoden (12x 20-minutensessies)	CAU	

Setting Discipline (9)	Follow-up (10)	MUPS (11)	Health Anxiety (11)	PW Personal well being (11)	QALY Kwaliteit van leven (11)	HCU Medische consumptie (11)	Opmerkingen (12)
		p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	
PC huisarts	6 mnd	Minder somatoforme klachten in interview p < 0,005 Effectsize: interventie 0,7 vs controle 0,32	Whiteley Index: ns	Angst minder in interventiegroep (BAI) p < 0,01		Artsbezoek minder in interventiegroep p < 0,002	
PC huisarts	12 mnd	Hopkins Symptoms Checklist-SOM NS	Whiteley-7: ns	Angst en depressie op SCL-8: ns	WHO disability Assessment Schedule: ns		
PC behandeling door getrainde 'disclosure-arts'	24 mnd	SCL-somatisatie NS	Illness Attitude Scale health anxiety: ns	SCL angst en depressie: ns	VAS kwaliteit van leven 0-1000: ns	Medische consumptie: ns	
PC door praktijkverpleegkundige of huisarts. Zo nodig verwijzing door huisarts voor counseling	12 mnd	Zelfgerapporteerde verbetering: Interventiegroep verbeterde meer dan controle 49 vs 33,3% 95% CI 1,08-3,40		Center for Epidemiological depression Scal (CES-D) pre- en posttoetsing: interventiegroep verbeterde meer dan controle: echter significant van verschil niet vermeld	SF-36 Disability score: beter in interventiegroep p = 0,02	ns	Geen algemene tabel met uitkomsten vermeld

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studie type (3)	Aantal patiënten (% drop-out) (4)	Inclusiecriteria (5)	Comorbiditeit (6)	Interventie (incl. duur, dosering) (7)	Controle/vergelijking (incl. duur, dosering, follow-up, pre randomisatie) (8)	
Speckens e.a., 1995	A2	RCT Blok randomisatie Follow-up	79 (39 interventie en 40 controle)	Medisch onverklaarde lichamelijke klachten	Exclusie: organische psychiatrische stoornissen (zoals dementie, chronisch alcoholisme, psychose, suicidaliteit) of het al ondergaan van een psychologische of psychiatrische behandeling	CBT 6-16 sessies door psychotherapeut	geoptimaliseerde medische zorg; variabel aantal zittingen	
Sumathipala e.a., 2000	B	RCT	68 (interventie 34 en controle 34) Prerandomisatie-uitval 18% Drop-out interventie 29% en controle 38%	> 5 SOLK	Exclusie: psychiatrische aandoeningen Angst en depressie als variable	CBT en reattribution (6 30-minutensessies) door psychotherapeut	CAU	
Sumathipala, 2007	A1	Review van RCT's		MUS				

Setting Discipline (9)	Follow-up (10)	MUPS (11)	Health Anxiety (11)	PW Personal well being (11)	QALY Kwaliteit van leven (11)	HCU Medische consumptie (11)	Opmerkingen (12)
		p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	
2de lijn (poli interne) behandeling door psychotherapeut	follow-up na 6 en 12 maanden	12 maanden follow-up Odds ratio/ difference: 0,43 bij 95% betrouwbaarh. interval		12 maanden follow-up Odds ratio/ differences voor psychological distress: -1,1 en -1,1 bij 95% betrouwbaarh. interval		12 maanden follow-up Odds ratio/ differences voor bezoek aan huisarts: 0,94 bij 95% betrouwbaarh interval	
Verwijzing naar psychotherapeut op algemene polikliniek in Sri Lanka	3 mnd	Interventiegroep minder somatoforme klachten $p = 0,0001$ En op Bradford somatic inventory $p = 0,001$		Interventiegroep minder gezondheidsklachten GHQ $p = 0,04$		Interventiegroep minder artsbezoeken $p = 0,004$	De drop-outs zijn meegeanalyseerd d.m.v. 'last observation carried forward'
Variabel, overwegend 2de lijn psychotherapeut							

Onderwerp: Somatisatiestoornis

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studie type (3)	Aantal patiënten (% drop-out) (4)	Inclusiecriteria (5)	Comorbiditeit (6)	Interventie (incl. duur, dosering) (7)
Muller e.a., 2004	A2	Prospectieve, gerandomiseerde, dubbelblinde en placebo gecontroleerde studie (RCT) St Johns Wort (Hypericum) LI 160, 2 x 300 mg/d / placebo ITT analyse	N = 184, na placebo run-out N = 175, Geen v.d. patiënten verbeterde N = 2 placebo loss of patient documentation Uiteindelijke studie: 173 (87 interventie en 86 controle) Lost to nm N = 5 hypericum, N = 6 placebo	Inclusiecriteria: CD-10 criteria, somatisation disorder, undifferentiated somatoform disorder, somatoform autonomic dysfunction & SOMS-2-score: > 4 (mannen) of > 6 (vrouwen) HAM-PSY 5 punten lager dan HAM-SOM Exclusiecriteria: Major depression (and HDS > 12), drug or alcohol abuse, epilepsy, organic mental disorder, serious acute or chronic medical conditions.	MDD uitgesloten Overigen As-I niet vastgesteld of beschreven	St Johns Wort (Hypericum) LI 160, 2 x 300 mg/d; 6 weken
Volz e.a., 2002	A2	Prospectieve, gerandomiseerde, dubbelblinde en placebo gecontroleerde studie (RCT) St Johns Wort (Hypericum) LI 160, 2 x 300 mg/d / placebo ITT analyse	N = 151, na placebo run-out N = 149, Geen v.d. patiënten verbeterde. N = 2 missing values. Uiteindelijke studie 149 (75 interventie en 74 controle) Lost ton m N = 2 in placebogroep Hypericum werd even goed verdragen als placebo. Geen verschil in bijwerkingen.	Inclusiecriteria: CD-10-criteria, somatisation disorder, undifferentiated somatoform disorder, somatoform autonomic dysfunction & SOMS-2-score: > 4 (mannen) of > 6 (vrouwen) HAM-PSY 5 punten lager dan HAM-SOM Exclusiecriteria: Major depression (HDS >12 and HAMD > 14), schizophrenia, schizo-affective disorder, dementia, pregnancy serious acute or chronic medical conditions of laboratory value deviations.	MDD uitgesloten Overigen As-I niet vastgesteld of beschreven Skelet-spieziekten, schildklierafwijkingen, overgangsklachten	St Johns Wort (Hypericum) LI 160, 2 x 300 mg/d; 6 weken

	Controle/vergelijking (incl. duur, dosering, follow-up, pre randomisatie) (8)	Setting Discipline (9)	MUPS	Health Anxiety	PW Personal well being	QALY Kwaliteit van leven	HCU Medische consumptie
			p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D
	Run-out placebo phase (1 week): geen v.d. patiënten verbeterde Placebo: 6 weken	Poliklinische patiënten doorverwezen door internisten, psychiaters en huisartsen	Primaire uitkomsten: SOMS-7 p < 0,0001 HAMA-SOM p < 0,0001 SCL-90R-SOM p < 0,0001 CGI p < 0,0001 45% vs 21% responders	HAMA-PSY p < 0,0001			
	Run-out placebo phase (1 week): geen v.d. patiënten verbeterde Placebo: 6 weken	Poliklinisch patiënten doorverwezen door 21 huisartsen of door hen behandeld (is onduidelijk)	Primaire uitkomsten: HAM-SOM p = 0,001 SCL-90R-SOM p < 0,0001 CGI p = 0,006 CGI Improved (> minimal improved) 81% vs 50% p = 0,0001 Verbetering significant vanaf dag 28	HAMA-PSY p < 0,0001 HAM-D p < 0,0001 Verbetering significant vanaf dag 28			

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studie type (3)	Aantal patiënten (% drop-out) (4)	Inclusiecriteria (5)	Comorbiditeit (6)	Interventie (incl. duur, dosering) (7)
Allen e.a., 2006	A2	Prospectieve gerandomiseerde en gecontroleerde studie VM, NM (3 mnd), 1ste follow-up (9 mnd) en 2de follow-up (15 mnd) ITT analyse	N = 84; N = 43 CBT+PCI (exp) en N = 41 PCI (controle) In de loop van de studie lost to follow-up N = 8 in CBT+PCI en N = 4 in PCI	Inclusiecriteria DSM-IV, SCID, somatisatie stoornis & CGI-SD > 4	Unstable medical condition or unstable medication regime in last 2 months, active suicidal ideation, history of psychosis, substance dependence, pregnancy. No concurrent psychotherapy was permitted	10 sessies individuele CGt volgens draaiboek Psychiatrische consultatie interventie (brief aan huisarts met adviezen)
Rost e.a., 1994	A2	RCT, randomisatie over huisartsen Deels retrospectief, deels prospectief	59 huisartsen 73 patiënten, 3 drop-outs geen data 85% vrouw, 80% caucasian,	DSM-III-R somatisatiestoornis	Exclusie: huisarts die niet mee wil doen aan studie, niet naar onderzoeksinstelling kan reizen Veel comorbiditeit ook op As-II	12 mnd, waarbij elke 4 mnd data werden verzameld Vergelijking tussen 30 mnd voor brief en 12 mnd na brief Vergelijking brief vs geen brief
Kashner e.a., 1995	A2	RCT Getrapte randomisatie, eerst huisartsen daarna patiënten gestratificeerd op afstand tot therapielocatie Groepstherapie vs consultation letter	N = 70 55% uitval en slechts 11 van de 44 patiënten namen deel aan 5 v.d. 8 groeps-sessies	Patiënten die in het eerste jaar van de studie als SD werden gediagnosticeerd; criteria niet bekend	Niet bekend	8 groepsessies van 2 uur Doel cursus: steun, uitwisselen ervaringen, emoties leren herkennen en uiten en genieten van het groepsgebeuren

	Controle/vergelijking (incl. duur, dosering, follow-up, pre randomisatie) (8)	Setting Discipline (9)	MUPS	Health Anxiety	PW Personal well being	QALY Kwaliteit van leven	HCU Medische consumptie
			p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D
	Psychiatrische consultatie interventie (brief aan huisarts met adviezen) En care as usual	Poliklinische patiënten doorverwezen door medisch specialisten (70%) of gereageerd op advertentie (30%) Behandeling op de poli psychiatrie	Primaire uitkomsten: CGI-SD much or very much Improved: 40% vs 5% OR = 12,7 CGI-SD $p < 0,001$ (treatment x time) Dagboek $p < 0,001$ (treatment x time) Severity of somatic symptoms $p < 0,01$ (treatment x time) Resultaten blijven behouden tijdens follow-up			SF-36 fysiek functioneren $p = 0,02$	N = 56 Medische kosten gereduceerd $p = 0,1$ Bezoek aan huisarts afgenomen $p = 0,07$ Geen verschil in aantal diagnostische procedures
		Via huisartsen of via advertentie patiënten opgespoord en daar huisarts bij gezocht				SF-36 fysiek functioneren $p < 0,05$	Medische kosten, 45% reductie $p < 0,001$ 21% reductie in netto medische kosten Psychiatrische kosten: kleine toename (ns)
	I: groepssessies C: consultation letter Duur van de interventie: 1 jaar Follow-up? Assessment elke 4 mnd	Niet bekend				SF fysiek functioneren $p < 0,05$ SF mentaal functioneren $p < 0,01$	52% reductie in medische kosten

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studie type (3)	Aantal patiënten (% drop-out) (4)	Inclusiecriteria (5)	Comorbiditeit (6)	Interventie (incl. duur, dosering) (7)
Smit e.a., 1986	A2	RCT Randomisatie over huisartsen (N = 17 en N = 18) Deels retrospectief, deels prospectief 1980-1983	N = 38, N = 3 drop-outs Consultation letter vs wl Na 9 mnd kregen huisartsen van de patiënten uit de controlegroep ook de consultation letter 18 mnd follow-up	Inclusiecriteria: recurrent (terugkerende) en multiple (meerdere) lichamelijk onverklaarde klachten Nat Inst of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: DSM-III somatization disorder		12 mnd, waarbij elke 4 mnd data werden verzameld Vergelijking tussen 30 mnd voor brief en 12 mnd na brief Vergelijking brief vs geen brief
Smit e.a., 1995	A2	Randomisatie over huisartsen (N = 51) RCT na 12 mnd Cross-over 27 in interventie en 29 in controle	2 lost to follow-up	DSM-III-R somatisatiestoornis, checklist DSM-III	Veel comorbiditeit	24 mnd

	Controle/vergelijking (incl. duur, dosering, follow-up, pre randomisatie) (8)	Setting Discipline (9)	MUPS	Health Anxiety	PW Personal well being	QALY Kwaliteit van leven	HCU Medische consumptie
			p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D
		Patiënten geworven via huisartsen doorverwezen naar interne geneeskunde				SF-36 Geen verandering (verslechtering) in mental health status	53% reductie in medische kosten $p < 0,05$, in de eerste groep, en 49% in de tweede groep (na cross-over) Resultaten bleven behouden bij follow-up De medische kosten waren hoger in de controleconditie $p < 0,05$
	Interventie: consul- tation letter Controle: care as usual					SF-36: afname in algemene gezondheid -2,23 ($p = 0,06$) Psychisch funct. -0,79 $p = 0,33$ Toename in fysiek funct. 6,87 ($p = 0,002$)	Reductie medi- sche kosten 33 % ($p = 0,02$)

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studie type (3)	Aantal patiënten (% drop-out) (4)	Inclusiecriteria (5)	Comorbiditeit (6)	Interventie (incl. duur, dosering) (7)
Dickinson e.a., 2003	A2	RCT Single-cross over Randomisation on patient level	ASD: 183 (interventie 91 en controle 92) MSD: 111 (interventie 56 en controle 55) SD: 88 (interventie 45 en controle 43) 3 primary care practices At 12 months 37/188	DIS (DSM-III-R version). 3 groups of patients: 1) Somatization Disorder (SD): > 13 lifetime MUPS 2) Abridged Somatization Disorder (ASD): > 6 lifetime MUPS in women and > 4 in men 3) Controls: < 6 lifetime MUPS Out of these 3 other groups formed: 1) Multisomatiform Disorder (MSD): > 3 current (within the past 2 weeks) MUPS out of a list of 15, along with a 2-year history of somatization 2) ASD: > 6 lifetime MUPS women and > 4 in men 3) SD: > 13 lifetime MUPS		Interventie: huisarts krijgt een consultatie letter Controle: care as usual 24 months/12 months for the controlled condition 1 jaar follow-up

	Controle/vergelijking (incl. duur, dosering, follow-up, pre randomisatie) (8)	Setting Discipline (9)	MUPS	Health Anxiety	PW Personal well being	QALY Kwaliteit van leven	HCU Medische consumptie
			p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D
						SF-36: Psychisch functioneren is ns Fysiek functioneren MSD: 5,5 (CI 2,5-8,4) Effect size 0,48 SD: 7,1 (CI 3,5-10,7 effect size 0,61) ASD: 4,2 (idem) (CI 1,5-6,9 effect size 0,37)	

Onderwerp: Hypochondrie

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studie type (3)	Aantal patiënten (% drop-out) (4)	Inclusiecriteria (5)	Comorbiditeit (6)	Interventie (incl. duur, dosering) (7)
Thomson & Page, 2007	A1	Meta-analyse van de volgende studies: - Barsky & Ahern, 2004 - Clark e.a., 1998 - Fava e.a., 2000 - Greeven 2007 - Visser & Bouman, 2001 - Warwick e.a., 1996	N = 6 studies Man en vrouw Leeftijd 18-75 jaar CCDANCTR; CENTRAL; MEDLINE; PSYCinfo; Embase, AMDED, Cinahl (CCDAN) ISI Web of knowledge; World Cat Dissertations, personal communications, reference lists	RCT published and unpublished DSM-IV: Fava, Greeven, Visser DSM-III: Clark, Warwick WI & SSI combined cut-off score: Barsky Exclusie: psychose of BDD. MDD was geen exclusiecriteria zolang hypochondrie de primaire diagnose was		Cognitieve therapie (CT), cognitieve gedragstherapie (CBT), behavioural stress management (BSM), patiënteneducatie (PE)
Fava e.a., 2000 <i>In Review echter andere conclusie</i>	A2	RCT Expl ther vs WL	N=20	Inclusie: SCID DSM-III en globale Ernst > 7 Exclusie: psychiatric comorbidity, active medical illness		8 sessies van 30 min. gedurende 16 weken Vm, nm en follow-up 6 mnd (group A, N=10)

	Controle/vergelijking (incl. duur, dosering, follow-up, pre randomisatie) (8)	Setting Discipline (9)	MUPS	Health Anxiety	PW Personal well being	QALY Kwaliteit van leven	HCU Medische consumptie
			p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D
	CBT: Barsky, Greeven, Warwick CT: Visser, Clark Explanatory therapy: Fava Post treatment: Greeven To 12 month follow-up: Barsky, Clark	1ste en 2de lijn: Clark, Warwick 1ste lijn en advertentie: Barsky 2de lijn en advertentie: Greeven Not stated: Visser	Fava used Rating Scale of somatic symptoms (Fava) Barsky used Somatic symptom inventory (SSI)	Primaire uitkomstmaat: Clark, Farva Warwick: not specified Barsky, Greeven: WI Visser, Fava: IAS Clark, Warwick: VAS All psychother. vs control (N=5) effect size -0,86 [-1.25, -0.46] CT vs WL (N=2) effect size -1,26 [-1.76, 0.77] BT vs WL (N=1) effect size -0,60 [-1.11, -0.09] BSM vs WL (N=1) effect size -2,40 [-3.87,-0.93] PE vs WL ns	SCL-90: Greeven, Visser BDI: Clark, Visser, Warwick MADRS en BAS: Greeven BAI: Clark, Warwick HARS: Clark	Barsky: Functional Status Outcome	Fava: number of physician visits and lab tests
			Ration Scale of Somatic symptoms (RSSS) p < 0,01	IAS p < 0,05 CID p < 0,05 For combined groups A en B vm vs nm			Artsbezoek p < 0,01 Aantal lab. tests ns

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studie type (3)	Aantal patiënten (% drop-out) (4)	Inclusiecriteria (5)	Comorbiditeit (6)	Interventie (incl. duur, dosering) (7)
Buwalda e.a., 2007 <i>Niet in review, vergelijking tussen twee condities</i>	A2	RCT PE-CBT vs PE-Problem Solving PE-CBT is Expl ther.	N = 48, 4 drop-outs (N=1 in EP-PS, N=3 in EP-CBT)	Inclusie: DSM-IV ADIS telephone interview Leeftijd > 18 jaar Exclusie: andere As-I-stoornis belangrijker dan hypochondrie, somatische ziekte, eerdere of gaande CBT Medication was kept constant	31% paniekaanvallen 15% agorafobie 23% GAS 46% specifieke fobie 31% sociale fobie 4% OCD 25% depressie	6 sessie van 2 uur Vm, nm 1 (booster session) en follow-up 6 mnd Credible models embedded in a psycho-educational paradigm
Buwalda & Bouman, 2007		CT Bib.th vs WL Niet gerandomiseerd maar eerste 21 toegewezen aan behandeling Veel missing data	N=40, 7 drop-outs (18%) (N=2 bib.th (5%), N=5 WL (13%))	Inclusie: DSM-IV ADIS telephone interview Leeftijd > 18 jaar Exclusie: andere As-I-stoornis belangrijker dan hypochondrie, somatische ziekte, eerdere of gaande CBT Medication was kept constant	40% paniekaanvallen 25% GAS 25% agorafobie 25% sociale angst 50% specifieke fobie 3% OCD 65% depressieve stoornis (life long)	6 weken om boek te lezen: 'Dr. ik hoop dat het niets ernstigs is' Mogelijkheid om vragen te stellen, waar niemand gebruik van maakte Follow-up 3 mnd (N=11 bib.th, N=8 wl)
Visser & Bouman, 2001 <i>In Review echter zonder vergelijking tussen exp. condities</i>	A2	RCT ERP vs CT vs WL	N=78 N=6 drop-outs na WL N=22 drop-outs in exp. condities (28%) Highest in GGZ long watinglist 1,5 jr 18-79 jaar 39 man en 39 vrouw	Inclusie: DSM-IV Exclusie: andere As-I-stoornis belangrijker dan hypochondrie, alcohol of drugs afhankelijk, somatische ziekte, eerdere (5 jr) of gaande CBT Medication was kept constant	31% paniekaanvallen 23% GAS 13% OCD 5% depressie 10% andere somsst.	12 weken 1 x p/w Vm, nm, 1 mo (booster sessie) 6 mo

Controle/vergelijking (incl. duur, dosering, follow-up, pre randomisatie) (8)	Setting Discipline (9)	MUPS	Health Anxiety	PW Personal well being	QALY Kwaliteit van leven	HCU Medische consumptie
		p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D
	Advertentie, huisartsen Behandellocatie: thuiszorg		GIAS (IAS/WI) p < 0,001 t1 vs t2, t3 en t4 Effect sizes t1 vs t2, 0,54 PS, 1,01 CB t1 vs t3, 0,73 PS, 1,05 CB t1 vs t4, 1,09 PS, 1,21 CB	BDI p < 0,001 t1 vs t2, t3 en t4 TAI p < 0,001 t1 vs t2, t3 en t4 Number of problems (PAQ) p < 0,1 t1 vs t3, t1 vs t4 p < 0,001		Niet onderzocht
	Advertentie		GIAS (IAS/WI) p < 0,00, stabiel na 3 mnd Effect size 0,86 Reliable change 44% (bib.th) vs 30% na 6 weken, en 73% bib.th vs 50% wl na 3 mnd	TAI p < 0,02 stabiel na 3 mnd Effect size 0,51 BDI p < 0,02, stabiel na 3 mnd Effect size 0,42		
Exp vs WL F=4,23 p < 0,001 ERP vs CT ns			Time effect IAS, t1 vs t3 and T4 p < 0,001 percent- age improved 67% ERP, 61% Cog SAS, t1 vs t3 p < 0,001 SCL90 SOM, t1 vs t3 p < 0,001	T1 vs t3 en t4 Maudsley Obsessive compulsive inventory p < 0,001 BDI p < 0,001 SCL-90 p < 0,001		

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studie type (3)	Aantal patiënten (% drop-out) (4)	Inclusiecriteria (5)	Comorbiditeit (6)	Interventie (incl. duur, dosering) (7)
Barsky & Ahern, 2004 <i>In review</i>	A2	RCT Cgt versus care as usual	N=187 (N=102 Cgt waarvan 43 verwezen patiënten en 59 via advertentie geworven) ITT Drop-out 28%	Inclusie: Structured diagnostic interview for hypochondriasis And cutt off > 150 op een combinatie van WI en Somatic Symptom Inventory Exclusie: Major medical morbidity, somatoform pain disorder, psychosis, suicide risk en juridische procedures samenhangend met de klachten		CGt 6 x 90 min
Clark e.a., 1998 <i>In review zonder vergelijking CBT vs SM</i>	A2	RCT CGt \ stress management \ waiting list. WL later gerandomiseerd	48 Cognitieve therapie 16 (1 drop-out, 6%), stressmanagement 17 (1 drop-out), WL 15 (waarvan 14 later gerandomiseerd)	Inclusie: Hypochondrie DSM-III-R (SCID) Exclusie: MDD Exclusion criteria		CBT en stressmanagement 16 x 60-minutensessies in 4 mnd + 3 booster sessions in 3 mnd

Controle/vergelijking (incl. duur, dosering, follow-up, pre randomisatie) (8)	Setting Discipline (9)	MUPS	Health Anxiety	PW Personal well being	QALY Kwaliteit van leven	HCU Medische consumptie
		p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D
Care as usual Pre, post, 6 & 12 mnd	Poli psychiatrie van academisch ziekenhuis Universitair geschoolden met CBT ervaring		p < 0,001 (6 en 12 mnd) Effect size r: 0,31 (6 mnd) en r=0,27 (12 mnd)	Significant interactie effect ook voor alle andere ziekte-angstmaten (freq. gedachten, HA, Som. amp.) m.u.v. lichamelijke klachten (p=0,08)		Niet onderzocht
WL 4 mnd geen behandeling Pre, mid (8 weken) post (16 weken), 3, 6 en 12 mnd follow-up	Klinisch psychologen met ervaring in de behandeling		10 maten CGt (9/9) > WL SM (6/9) > WL Mid treat: CGt (8/10) > SM p < 0,05 Post treat: CGt (8/10) > SM p < 0,05 12 mnd CGt (1/10) > SM p < 0,05 Pre versus 12 mnd Cgt & SM p < 0,01	BAI BDI HARS CGt = SM at mid, post treat. 3, 6 en 12 mnd follow-up		

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studie type (3)	Aantal patiënten (% drop-out) (4)	Inclusiecriteria (5)	Comorbiditeit (6)	Interventie (incl. duur, dosering) (7)
Greeven, 2007 <i>In review maar zonder paroxetine en zonder vergelijking</i>	A2	RCT CGT \ paroxetine \ placebo intention to treat analysis Contrast 1: CGt & paroxetine versus placebo Contrast 2: CGt versus paroxetine Contrast 3: CGt versus placebo Contrast 4: paroxetine versus placebo Contrast 5: Cgt versus paroxetine	N=112 (82 completers) CGt 40 (30) (drop-out 25%) Paroxetine 37 (26) (drop-out 30%) Placebo 35 (26) (drop-out 26%) Intention to treat analysis	Inclusie: DSM-IV (SCID), hypochondrie is de belangrijkste diagnose Exclusie: Psychotic disorder, substance abuse & organic mental disorders. Pregnant, lactating and subjects with severe medical illnesses. Use of antidepressants if not stopped, mood stabilizers, anticoagulants or an allergy for SSRI or being in therapy elsewhere.		CBT 16 x 45-minuten-sessies Paroxetine 10-60 mg p/d, 12 x 20 min. visits in 16 weeks
Fallon e.a., 1996	B	RCT ITT Preliminary mid study results	N=25, N=20 randomized N=4 drop-outs (20%), N=2 side effects, N=2 placebo N=16 completed 6 weeks N=15 completed 12 weeks	Inclusie: SCID diagnose hypochondrie		

Controle/vergelijking (incl. duur, dosering, follow-up, pre randomisatie) (8)	Setting Discipline (9)	MUPS	Health Anxiety	PW Personal well being	QALY Kwaliteit van leven	HCU Medische consumptie
		p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D
Paroxetine or Placebo 16 weken Pre & post	Poliklinische GGZ 10 CGT-therapeuten		Contrast 1: Whitely Index $p < 0,001$ 95% -7,20 to -2,14 Contrast 2: ns Contrast 3: D=0,44 (completers 0,58) Contrast 4: D=0,40 (completers 0,53) Contrast 5: D=0,09 (completers 0,11)	Contrast 1: IAS (HA) $p = 0,001$ 95% -8,41 to -2,19 Contrast 1: SCL-90, $p = 0,01$ 95% -35,09 to -4,36 Contrast 1: IAS (IB), BAS, MADRS: ns Contrast 2: IAS (IB & HA), SCL-90, BAS, MADRS: ns	Intermediate activities $p < 0,001$ Social activities ns	Niet onderzocht
2 week placebo runout, N=5 were excluded because of placebo response or noncompliance Fluoxetine 12 weeks	Patiënten verworven uit 1ste lijn (HA), verwijzingen door medisch specialisten en via advertentie		CGI 67% fluoxetine improved or very improved vs 50% placebo No significant difference			

Onderwerp: Conversiestoornis

Bibliografische referentie	Mate van bewijs	Type studie	Aantal patiënten	inclusiecriteria	
Ruddy & House, 2005	A1	Systematic review	Totaal: 119 (30 + 45 + 44)	Psychogene wegrakingen, motorische conversie en somatisatiestoornis met conversie	
Onderstaande studies maken onderdeel uit van bovenstaande systematic review van Ruddy & House, 2005					
Moene e.a., 2002	B	RCT van onvoldoende methodologische kwaliteit. Controlegroep voldeed o.m. niet aan de eisen, waardoor er te veel andere factoren van invloed waren.	45	Conversiestoornis, motorisch type of somatisatiestoornis met motorische conversie, symptomen volgens DSM III-R	
Ataoglu e.a., 2003	B	RCT van onvoldoende methodologische kwaliteit. Zo werd de experimentele groep opgenomen in het ziekenhuis en de controlegroep ambuland met diazepam behandeld.	30	Niet epileptische wegrakingen	
Moene e.a., 2003	A2	RCT van voldoende methodologische kwaliteit (de controle groep kreeg geen vergelijkbare input, maar was een wachtlijstgroep).	44	Conversiestoornis, motorisch type of somatisatiestoornis met motorische conversie, symptomen volgens DSM III-R	

	interventie	controle	resultaten
	1) paradoxale interventie 2) hypnotherapie klinisch 3) hypnotherapie ambulante		De drie onderzochte kleine gerandomiseerde gecontroleerde trials leverden geen afdoende resultaten op, zodat gesteld moet worden dat het nut en de schade van psychosociale interventies nog onduidelijk is.
	Hypnotherapie klinisch	Klinische behandeling	Hypnotherapie heeft geen toegevoegde waarde bij een opzichzelf al effectieve klinische behandeling
	Paradoxale interventie klinisch	Klinisch	Patiënten behandeld met paradoxale interventie verbeteren meer wat betreft angst en conversiesymptomen dan patiënten behandeld met diazepam
	Hypnotherapie ambulante	Poliklinisch	Hypnotherapie kan klachten van het motorisch type verminderen.

Onderwerp: Body Dysmorphic Disorder

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studie type (3)	Aantal patiënten (% drop-out) (4)	Inclusie criteria (5)	Comorbiditeit (6)	Interventie (incl. duur, dosering) (7)
Phillips e.a., 2002	A2	RCT, dubbel blind, placebo gecontroleerd Randomisatie 1:1 waarbij rekening werd gehouden met depressie, OCD en waanachtige karakter van de obsessie	N=74 N=6 (8%) viel af in de screening periode N=1 (1%) viel af na placebo wash out omdat de score < 24 werd N=67 werden gerandomiseerd fluoxetine N=34 placebo N=33 Drop-outs: fluoxetine N=3 (9%), placebo N=5 (15%)	Inclusie: DSM-IV BDD of het waanachtige type Duur: ten minste 6 mnd Leeftijd: 18-65 jaar Y-BOCS BDD > 24 & CGI ten minste matige ernst Exclusie: psychotische, bipolaire stoornis, alcohol of drugs afhankelijkheid of misbruik in de laatste 6 mnd, eetstoornis die de BDD verklaart, suicidepogingen of sterke ideaties Gebruik van psychoactieve medicatie, eerder gebruik van fluoxetine Psychotherapie VG van insulsten, zwangerschap, borstvoeding of wens zwanger te worden Abnormale lab uitslagen	As-II, OCD, depressie	20-80 mg /d fluoxetine Patiënten die niet ten minste 20 mg p/d konden verdragen werden geexclueerd Bijwerkingen in fluoxetine en placebo ns, p = 0,08 Alleen maagbezwaren komt significant vaker voor bij fluoxetine

Controle/vergelijking (incl. duur, dosering, follow-up, pre randomisatie) (8)	Setting Discipline (9)	MUPS / Primaire klacht p-waarde, 95% CL, D	Health Anxiety	PW Personal well being	QALY Kwaliteit van leven	HCU Medische consumptie
			p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D
<p>Fluoxetine vs placebo 12 weken</p> <p>Prerandomisatie N=296 tel screening, N=158 nader onderzocht N=74 werden tot het onderzoek toegelaten</p> <p>54% zelf verwezen 35% door medicus 11% in reactie op advertentie</p> <p>Single blind placebo wash out gedurende 1 week, daling van de Y-BOCS BDD met 30% of meer dan exclusie</p> <p>Gemiddelde einddosis fluoxetine 77,7 + 8,0 mg/d</p> <p>Waanachtig versus niet-waanachtig</p>	Academisch centrum, polikliniek Psychiater	<p>BDD Y-BOCS: p < 0,001 va week 8; d=0,70</p> <p>CGI: fluoxetine 41% vs placebo 15% sterk verbeterd</p> <p>Geen verschil in effect tussen waanachtige en niet waanachtige vorm v.w.b. fluoxetine (p=0,78) maar wel voor placebo (p=0,01)</p>		HAM-D: fluoxetine > placebo p < 0,01	GAF en Social and Occupational (SOFAS) functioning scale: fluoxetine > placebo p < 0,001	

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studie type (3)	Aantal patiënten (% drop-out) (4)	Inclusie criteria (5)	Comorbiditeit (6)	Interventie (incl. duur, dosering) (7)
Phillips, 2005	A2	RCT	<p>N=28 Patiënten waren allemaal al gedurende > 12 weken ingesteld op fluoxetine gem. 62,5 mg/d</p> <p>N=19 kwamen uit de eerdere trial N=9 kwamen uit eigen praktijk</p> <p>N=11 pimozide; N=17 placebo</p> <p>Brown Assessment of Beliefs scale (BABS) N=12 waanachtig, N=16 niet-waanachtig</p> <p>Drop-outs: placebo 23% (n=4); Pimozide 54% !! (N=5)</p>	<p>SCID (zie hierboven), daarbij Y-BOCS BDD > 20</p> <p>Met antwoord op de laatste vraag die wijst op beperkt of geen inzicht = waanachtig</p>		
Williams e.a., 2006	A1	Meta-analyse: 5 farmacotherapie studies (waarvan 1 RCT en 1 cross-over studie) 8 psychologische interventiestudies (waarvan 2 RCT)	<p>PsyLit & MedLine</p> <p>Farmacotherapie N=158</p> <p>CGt of Gt N=158</p> <p>% drop-outs niet gegeven</p>	Case series, cross-over trials en RCT's		<p>Farmacotherapie: clomipramine, desipramine, fluvoxamine, fluoxetine, citalopram</p> <p>Psychologische interventies: CGt, Gt</p> <p>Range: 7-30 sessies, gem. 16 sessies.</p>

	Controle/vergelijking (incl. duur, dosering, follow-up, pre randomisatie) (8)	Setting Discipline (9)	MUPS / Primaire klacht p-waarde, 95% CL, D	Health Anxiety	PW Personal well being	QALY Kwaliteit van leven	HCU Medische consumptie
				p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D
	8 weken toevoeging pimozide aan fluoxetine Pimozide 1 -10 mg/d Gem. 1,7 mg/d Bijwerking Pimozide: moeite met stilzitten		Y-BOCS BDD, CGI: pimozide is niet effectiever dan placebo		HAM-D, BPRS, BABS: pimozide is niet effectiever dan placebo		
			Y-BOCS BDD, BDDE, BDD-NIMH, BDD-CGI, PTU, BDDSS Effect-sizes range: 0,53-1.81 Farmacotherapie Md=0,92 CGt/Gt Md=1,63				

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studie type (3)	Aantal patiënten (% drop-out) (4)	Inclusie criteria (5)	Comorbiditeit (6)	Interventie (incl. duur, dosering) (7)
Veale e.a., 1996	A2	N=19 N=9 CGt en N=10 wachtlijst controle Stratificatie op basis van de mate van vermijding en de ernst van de depressie		BDD volgens DSM-IV Exclusie: patiënten voor wie het gewicht of de vorm van het lichaam het belangrijkste probleem was. Organisch psychosyndroom, dementie, schizofrenie, waanstoornis, alcohol/middelenmisbruik en suicide ideaties. Comorbiditeit was geen exclusiecriteria zo lang BDD de belangrijkste klacht was.		12 weken CGt
Rosen e.a., 1995	A2	N=54 (vrouwen), waarvan 38% (N=20) alleen onvrede met gewicht of lichaamsomvang, 44% (N=25) had onvrede met gewicht of lichaamsomvang en met aspecten van het uiterlijk en 17% (N=9) had alleen onvrede met aspecten van het uiterlijk		Inclusie: BDD volgens DSM-III, op basis van BDDE Normaal uiterlijk volgens 2 beoordelaars Exclusie: BDD-symptomen niet ernstig genoeg (N=58), aanzienlijke lichamelijke afwijkingen (N=42), eetstoornis (N=11), psychose (N=3), ernstige depressie met suicide ideatie (N=1), manlijke patiënten (N=15)		8 x 2 uur groepsessies (N=4 of 5) Voormeting, nameting (10 weken) en 4,5 mnd later follow-up.

	Controle/vergelijking (incl. duur, dosering, follow-up, pre randomisatie) (8)	Setting Discipline (9)	MUPS / Primaire klacht p-waarde, 95% CL, D	Health Anxiety	PW Personal well being	QALY Kwaliteit van leven	HCU Medische consumptie
				p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D
	Deels zelf verwezen, deels verwezen door anderen (?)		BDD vs WL BDDE $p < 0,01$ BDD-YBOCS $p < 0,01$	BDD vs WL MADRS depressie $p < 0,02$ Social phobia and anxiety inventory $p < 0,01$ HADS- A $p < 0,05$ HADS-D $p < 0,01$ Derriford Scale $p < 0,01$ 7 vd 9 behandelde patiënten hadden geen BDD of subklinische BDD aan het eind van de behandeling			
	N=156 patiënten doorverwezen naar een polikliniek voor behandeling van BDD of lichaamsbeeld problemen. N=94 geëxcludeerd (zie exclusie) en N=8 zag af van deelname aan de behandeling.	Verwijzers: GGZ-medewerkers, algemeen artsen, plastisch chirurgen, orthopeden en dermatologen		CGt vs WL (posttreatment): is significant voor alle maten, $p = 0,000$ BDDE, MBSRQ BSQ: CGt over de tijd is sign. voor alle maten Hersteld Speers-criteria: 81,5% hersteld bij nameting, 76,9% bij follow-up vs 7,4% na WL	CGt vs WL (posttreatment) Brief Symptom Inventory, $p = 0,001$ Rosenberg Self-esteem scale, $p = 0,001$		

Onderwerp: Prikkelbaredarmsyndroom, effectiviteit hypnotherapie

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studie type (3)	Aantal patiënten (% drop-out) (4)	Inclusiecriteria (5)	Comorbiditeit (6)	Interventie (incl. duur, dosering) (7)
Roberts e.a., 2006	A2	RCT	N=89 (69 vrouwen en 12 mannen)	18-65 jaar Diagnose IBS > 6 weken Conventionele behandeling geen effect Rome II		5 sessies hypnotherapie van halfuur, aanvullend bij conventionele behandeling 3, 6, 12 maanden follow-up
Vlieger e.a., 2007	A2	RCT	N=53	8-18 jaar Functionele buikpijn van PDS Rome II Ten minste 12 maanden klachten		6 sessies hypnotherapie van 50 minuten verspreid over 3 maanden Controle CAU + 6 sessies ondersteunende therapie (SMT-groep) 6 en 12 maanden follow-up

Setting Discipline (9)	MUPS	Health Anxiety	PW Personal well being	QALY Kwaliteit van leven	HCU Medische consumptie
	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D
1ste lijn	<p>IBS-QoL IBBS</p> <p>Zelfgerapporteerd doktersbezoek</p> <p>Zelfgerapporteerde medicatie</p>	<p>Na 3 maanden is de hypnotherapiegroep significant verbeterd t.a.v. de controle-groep ($p = 0,008$). Beide groepen zijn significant verbeterd na 12 maanden ($p < 0,001$), geen verschil meer tussen de groepen.</p>		<p>Beide groepen significant verbeterd</p> <p>Geen verschil tussen groepen</p>	<p>Medicatiegebruik in interventiegroep afgenomen na 12 maanden 48% in interventiegroep 79% in controle groep</p>
Afdeling pediatrische gastro-enterologie van academisch ziekenhuis	<p>7 dagen pijnkaart (+ gerelateerde symptomen) PFS = pijn frequentie score PIS= pijn intensiteit score</p> <p>Interventiegroep: > 80% pijnvrij 30-80% significant verbeterd</p> <p>Hypnotherapiegroep is significant superieur aan de SMT-groep ($p < 0,002$) op PIS en ($p < 0,001$) op PFS</p> <p>Geen significant verschil op gerelateerde symptomen</p>				

Onderwerp: Prikkelbaredarmsyndroom, effectiviteit probiotica

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studie type (3)	Aantal patiënten (% drop-out) (4)	Inclusie criteria (5)	Comorbiditeit (6)	Interventie (incl. duur, dosering) (7)	
Hussain & Quigley, 2006	A1	Systematic review	N=4 studies - Noback e.a., 2000 - Kim e.a., 2003 - Kim e.a., 2005 - O'Mahony e.a., 2005 Worden hieronder beschreven				
Noback e.a., 2000						4 weken supplementatie met een drankje inhoudend: 5×10^7 cfu/ml <i>lactobacillus plantarum</i> (DSM 9843) en 0,01 g/ml oat-meel Vergeleken met placebogroep Follow-up 1 jaar	
Kim e.a., 2003	A2	RCT	N=25	Rome-II-criteria + diarree		8 weken behandeling met probiotische cocktail VSL \neq 3	
Kim e.a., 2005	A2	RCT		IBS en winderigheid		Behandeling met VSI \neq 3 Vergeleken met placebo	
O'Mahony e.a., 2005						8 weken durende studie inname op zuivel gebaseerd probioticum met of <i>lactobacillus</i> of <i>bifidobacterium</i> . Vergeleken met placebo	

Setting Discipline (9)	MUPS	Health Anxiety	PW Personal well being	QALY Kwaliteit van leven	HCU Medische consumptie
	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D
)	
			Significante reductie van winderigheid, maar niet van pijn of opgeblazenheid		
			Vermindering van winderigheid. Geen effect op buikpijn, gasvorming en de aandrang		
			Afgenomen opgeblazenheidsscores en langzamere transitietijd		
			Patiënten verbeterden significant op pijn/ongemak, darmbeweging en opgeblazenheid met B infantis 35624. Met lactobacillus waren er geen consistente voordelen		

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studie type (3)	Aantal patiënten (% drop-out) (4)	Inclusie criteria (5)	Comorbiditeit (6)	Interventie (incl. duur, dosering) (7)	
Kajander e.a., 2005	A2	RCT	N=103	Rome I of II 20-65 jaar Diarree predomi- nante groep Constipatie predominante groep Groep met gemengd beeld		Capsule met mengsel van de probiotica lactobacillus Rhamnosus GG, L.rhamnosus LC 705, Bifidobacterium breve BL 99 en Propionibacterium freudenreichii SSP. Shermanii JS Vergeleken met placebo Duur 6 maanden dagelijkse inname	
Whorwell e.a., 2006		Large-scale, multicenter clinical trial	N=362	Vrouwen van 18-65 jaar Rome-II-criteria, beide typen		Weken een capsule met B-infantis dosis 1×10^6 ; 1×10^8 of 1×10^{10} cfu/ml vergeleken met placebo	

Setting Discipline (9)	MUPS	Health Anxiety	PW Personal well being	QALY Kwaliteit van leven	HCU Medische consumptie
	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D
	<p>Symptoomdagboek elke maand een week Symptomen s 0-4 schaal</p> <p>42% reductie symptomen score versus 6% placebogroep</p> <p>Rand 36 Food Frequency Questionnaire: - 6,5 punten bij 76% patiënten vs 43% bij placebogroep</p> <p>Constipatiegroep toegenomen wekelijkse defaecatie frequentie</p> <p>Geen significant verschil voor diarreegroep</p> <p>PDS-symptomen op een 6-punts Likertschaal: primair pijn of ongemak</p>	42% reductie symptomen score versus 6% placebogroep			
1ste lijn		<p>B-infantis 35624 dosis 1×10^8 was significant beter dan placebo voor vermindering van pijn en andere symptomen. De verbetering was meer dan 20% ($p < 0,02$). Er was ook een positief effect op opgeblazenheid. 1×10^6 en 1×10^{10} waren niet significant verschillend met placebo</p>		IBS-Qol ns	

Onderwerp: Prikkelbaredarmsyndroom, effectiviteit zelfhulpboek

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studie type (3)	Aantal patiënten (% drop-out) (4)	Inclusiecriteria (5)	Comorbiditeit (6)	Interventie (incl. duur, dosering) (7)	
Robinson e.a., 2006	A2	RCT	N=420	> 18 jaar PDS-klachten geen Rome-II-criteria		<ul style="list-style-type: none"> - Zelfhulpboek - Zelfhulpboek + 1 bijeenkomst - CAU <p>Follow-up 1 jaar</p>	

	Setting Discipline (9)	MUPS	Health Anxiety	PW Personal well being	QALY Kwaliteit van leven	HCU Medische consumptie
		p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D
	Primary care	<p>Aantal huisartsconsulten nam bij alle drie de groepen af, maar bij zelfhulpboek meer</p> <p>Patients Global Clinical Impressions score: significant effect op perceptie van verandering ($p < 0,001$), niet op ernst</p> <p>Secondaire uitkomsten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ziekenhuisconsultaties: significant lager voor zelfhulp ($p = 0,038$), 40% reductie - Ernst van symptomen: geen verschil - QoL IBS QoL: geen verschil - gezondheidslijst GHR28 en SF36: geen verschil GHR28, bij SF36 alleen perceptie van gezondheid hoger voor de zelfhulpgroep - Kosten van consultaties in de eerste en tweede lijn: significant lagere kosten voor eerstelijnsconsultaties voor de zelfhulpgroep ($p < 0,001$) - Ziekenhuisbezoek: significant lagere kosten voor de zelfhulpgroep - Medicatiegebruik: significant minder voor de zelfhulpgroep 				

Onderwerp: Prikkelbaredarmsyndroom, effectiviteit relaxatietherapie

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studie type (3)	Aantal patiënten (% drop-out) (4)	Inclusie criteria (5)	Comorbiditeit (6)	Interventie (incl. duur, dosering) (7)	
Van der Veek e.a., 2007	A2	RCT	N=98	18-65 jaar Rome-II		4 x 90 minuten relaxatietherapie in kleine groepen vergeleken met CAU	

Setting Discipline (9)	MUPS	Health Anxiety	PW Personal well being	QALY Kwaliteit van leven	HCU Medische consumptie
	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D	p-waarde, 95% CL, D
30 deelnemers uit poliklinisch universitair medisch centrum 68 deelnemers via advertenties in lokale krant	IBSS samengestelde score; medisch consumptie* QoL = SF36 Secundair: symptoom vrije dagen, overall symptom rating * Medische consumptie is aantal doktersbezoeken in de afgelopen 3 maanden en aantal analgetica en laxantia/antidiarreemiddelen in voorafgaande 14 dagen	Significante verbetering (p = 0,002) Significant beter (p = 0,021)		Significante verbetering (p = 0,017)	Significant minder doktersbezoeken, het grootste verschil in 12 maanden Geen verschil qua medicatie

Bijlage IV Afkortingenlijst

ADL	algemene dagelijkse levensverrichtingen
BAI	Baecke Lichamelijke activiteit
BDD	Body Dysmorphic Disorder
BDI	Beck Depression Inventory
BMI	body-mass index
CES-D	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale
CFS	chronic fatigue syndrome (chronischevermoeidheidssyndroom)
CGT	cognitieve gedragstherapie
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
CT	computertomografie
CVS	chronischevermoeidheidssyndroom
4-DKL	VierDimensionale KlachtenLijst
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EPD	elektronisch patiëntendossier
FM	fibromyalgie
GAF	Global Assessment of Functioning
GGZ	geestelijke gezondheidszorg
GHQ	General Health Questionnaire
HAM-D	Hamilton Rating Scale for Depression
IBS	irritable bowel syndrome (prikkelbaredarmsyndroom)
ICD-10	International Classification of Diseases (versie 10)
IES	Impact of Event Scale
LUNA	laparoscopisch doornemen van nervus uterina
MADRS	Montgomery-Asberg Depression Rating Scale
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
MRI	magnetic resonance imaging
MS	multipele sclerose
NAO	Niet Anderszins Omschreven
NSAID	non-steroidal anti-inflammatory drug
PDS	prikkelbaredarmsyndroom
PHQ	Patient Health Questionnaire
PMS	premenstrueel syndroom
PSN	presacrale neurectomie
PTSS	posttraumatische stressstoornis
RAP	recurrent abdominal pain
RCT	randomized clinical trial
RSI	repetitive strain injury
SCAN	Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry
SCID	Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders
SDQ	Somatoform Dissociation Questionnaire

SF-36	Short Form (36) Health Survey
SKS	somatoforme klachten en stoornissen
SOLK	somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten
SSKK	steun, stress, kracht en kwetsbaarheid
SSRI	selectieve serotonineheropnameremmer
TCA	tricyclische antidepressiva
TENS	transcutaneous electrical nerve stimulation
WI	Whiteley Index
ZBV	Zelfbeoordelingsvragenlijst

Bijlage V Literatuurlijst

- Aaron, L.A., & Buchwald, D. (2001). A review of the evidence for overlap among unexplained clinical conditions. *Annals of Internal Medicine*, 134, 868-881.
- Abramowitz, J.S., & Braddock, A.E. (2008). *Psychological treatment of health anxiety and hypochondriasis. A biopsychosocial perspective*. Cambridge, MA: Hogrefe.
- Agrawal, A., & Whorwell, P.J. (2006). Irritable bowel syndrome: diagnosis and management. *British Medical Journal*, 332, 280-283.
- Aiarzaguena, J.M., Grandes, G., Gaminde, I., e.a. (2007). A randomized controlled clinical trial of a psychosocial and communication intervention carried out by GPs for patients with medically unexplained symptoms. *Psychological Medicine*, 37, 283-294.
- Alaranta, H., Rytokoski, U., Rissanen, A., Talo, S., Ronnema, T., Puukka, P., e.a. (1994). Intensive physical and psychosocial training program for patients with chronic low back pain. A controlled clinical trial. *Spine*, 19, 1339-1349.
- Allen, L.A., Woolfolk, R.L., Escobar, J.I., e.a. (2006). Cognitive-behavioral therapy for somatization disorder: a randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1512-1518.
- American College of Obstetricians and Gynaecologists. (2004). Chronic pelvic pain. ACOG Practice Bulletin no 51. *Obstetrics and Gynecology*, 103, 589-605.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4de, herziene versie). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Anderson, M., Hartz, A., Nordin, T., e.a. (2008). Community physicians' strategies for patients with medically unexplained symptoms. *Family Medicine*, 40, 111-118.
- Ariens, G.A.M., van Mechelen, W., Bongers, P.M., e.a. (2000). Physical risk factors for neck pain. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 26, 7-19.
- Ariens, G.A.M., van Mechelen, W., Bongers, P.M., e.a. (2001). Psychosocial risk factors for neck pain: a systematic review. *American Journal of Industrial Medicine*, 39, 180-193.
- Arnold, I.A., De Waal, M.W.M., Eekhof, J.A.H., e.a. (in druk). Medically unexplained physical symptoms in primary care: a controlled study on the effectiveness of cognitive-behavioural treatment by the general practitioner. *Psychosomatics*.
- Ataoglu, A., Ozcetin, A., Icmeli, C., & Ozbulut, O. (2003). Paradoxical therapy in conversion reaction. *Journal of Korean Medical Science*, 18(4), 581-4.
- Badamgarav, E., Weingarten, S.R., Henning, J.M., e.a. (2003). Effectiveness of disease management programs in depression: a systematic review. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 2080-2090.
- Bankier B, Aigner M, Bach M. (2001). Alexithymia in DSM-IV disorder: comparative evaluation of somatoform disorder, panic disorder, obsessive-compulsive disorder, and depression. *Psychosomatics*, 42, 235-240.

- Barsky, A.J., & Ahern, D.K. (2004). Cognitive behavior therapy for hypochondriasis: a randomized controlled trial. *JAMA*, *291*, 1464-1470.
- Barsky, A.J., Orav, E.J., & Bates, D.W. (2005). Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 903-910.
- Biberoglu, K.O., & Behrman, S.J. (1981). Dosage aspects of danazol therapy in endometriosis: short-term and long-term effectiveness. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *139*, 645-654.
- Bieber, C., Müller, K.G., Blumenstiel, K., e.a. (2006). Long-term effects of a shared decision-making intervention on physician-patient interaction and outcome in fibromyalgia. A qualitative and quantitative 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, *63*, 357-366.
- Bijkerk, C.J., Muris, J.W., Knottnerus, J.A., e.a. (2004). Systematic review: the role of different types of fibre in the treatment of irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, *19*, 245-251.
- Bijkerk, C.J., de Wit, N.J., Muris, J.W.M., e.a. (2003). Outcome measures in irritable bowel syndrome: comparison of psychometric and methodological characteristics. *The American Journal of Gastroenterology*, *98*, 122-127.
- Blankenstein, A.H. (2001). *Somatizing patients in general practice: reattribution, a promising approach*. Proefschrift. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Bleichhardt, G., Timmer, B., Rief, W. (2004). Cognitive-behavioural therapy for patients with multiple somatoform symptoms--a randomised controlled trial in tertiary care. *Journal of Psychosomatic Research*, *56*, 449-454.
- Bleijenberg, G., & Fennis, J.F. (1989). Anamnestic and psychological features in diagnosis and prognosis of functional abdominal complaints: a prospective study. *Gut*, *30*, 1076-1081.
- Bongers, P.M., Kremer, A.M., & ter Laak, J. (2002). Are psychosocial factors, risk factors for symptoms and signs of the shoulder, elbow, or hand/wrist? A review of the epidemiological literature. *American Journal of Industrial Medicine*, *41*, 315-342.
- Boscarino, J.A., Adams, R.E., & Figley, C.R. (2005). A prospective cohort study of the effectiveness of employer-sponsored crisis interventions after a major disaster. *International Journal of Emergency Mental Health*, *7*, 9-22.
- Bouman, T.K. & Visser, S. (1998). Cognitive and behavioural treatments of hypochondriasis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *436*, 214-221
- Bower, P., & Gilbody, S. (2005). Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. *BMJ*, *330*, 839-842.
- Boyce, P.M., Talley, N.J., Balaam, B., e.a. (2003). A randomized controlled trial of cognitive behavior therapy, relaxation training, and routine clinical care for the irritable bowel syndrome. *The American Journal of Gastroenterology*, *98*, 2209-2218.
- Braber, R., & van der Beek, E.J. (2008). De prevalentie van somatisatie in de bedrijfsgeneeskundige praktijk en de invloed van somatisatie op verzuimduur en -frequentie. Submitted.

- Brenninkmeijer, V., Lagerveld, S.E., & Blonk, R.W.B. (2006). Moelijk objectiveerbare gezondheidsklachten in de praktijk van de bedrijfs- en verzekeringsarts. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, *14*, 354-359.
- Brison, R.J., Hartling, L., Dostaler, S., e.a. (2005). A randomized controlled trial of an educational intervention to prevent the chronic pain of whiplash associated disorders following rear-end motor vehicle collisions. *Spine*, *30*, 1799-1807.
- Brown, C.S., Ling, F.W., Wan, J.Y., e.a. (2002). Efficacy of static magnetic field therapy in chronic pelvic pain: a double-blind pilot study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *187*, 1581-1587.
- Buddeberg-Fischer, B., Klaghofer, R., Reed, V., e.a. (2000). [Psychosomatic health promotion in adolescents. An intervention study in 2 high schools.] *Gesundheitswesen*, *62*, 499-504.
- Buis, W., Berièrè, J., & van Eenbergen, M. (1995). Onbegrepen lichamelijke klachten. Voorlichting biedt perspectief. *Medisch Contact*, *50*, 610-612.
- Buwalda, F.M., & Bouman, T.K. (2007). Cognitive-behavioural bibliotherapy for hypochondriasis: a pilot study. Submitted.
- Buwalda, F.M., Bouman, T.K., & van Duijn, M.A. (2007). Psychoeducation for hypochondriasis: a comparison of a cognitive-behavioural approach and a problem-solving approach. *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 887-899.
- Candy, B., Chalder, T., Cleare, A.J., e.a. (2004). A randomised controlled trial of a psycho-educational intervention to aid recovery in infectious mononucleosis. *Journal of Psychosomatic Research*, *57*, 89-94.
- Carson, A.J., Stone, J., Warlow, C., e.a. (2004). Patients whom neurologists find difficult to help. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, *75*, 1776-1778.
- Chen, F.P., Chang, S.D., Chu, K.K., e.a. (1996). Comparison of laparoscopic presacral neurectomy and laparoscopic uterine nerve ablation for primary dysmenorrhea. *The Journal of Reproductive Medicine*, *41*, 463-466.
- Clark, D.M., Salkovskis, P.M., Hackmann, A., e.a. (1998). Two psychological treatments for hypochondriasis. A randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, *173*, 218-225.
- Creed e.a., (2003)
- Damasio, A.R. (2002) *The feeling of what happens*. Harvest Edition.
- Davis, D.A., Luecken, L.J., & Zaustra, A.J. (2005). Are reports of childhood abuse related to the experience of chronic pain in adulthood? A meta-analytic review of the literature. *The Clinical Journal of Pain*, *21*, 398-405.
- Davis, A.R., Westhoff, C., O'Connell, K., e.a. (2005). Oral contraceptives for dysmenorrhea in adolescent girls: a randomized trial. *Obstetrics and Gynecology*, *106*, 97-104.
- Deary, V., Chalder, T., & Sharpe, M. (2007). The cognitive behavioural model of medically unexplained symptoms: a theoretical and empirical review. *Clinical Psychology Review*, *27*, 781-797.

- Decker, T.W., Williams, J.M., & Hall, D. (1982). Preventive training in management of stress for reduction of physiological symptoms through increased cognitive and behavioral controls. *Psychological Reports*, *50*, 1327-1334.
- Dickinson, W.P., Dickinson, L.M., deGruy, F.V., e.a. (2003). A randomized clinical trial of a care recommendation letter intervention for somatization in primary care. *Annals of Family Medicine*, *1*, 228-235.
- Dieren, Q. van, & Vingerhoets, A.J.J.M. (2007). Medisch onverklaarde somatische symptomen zijn geen onverklaarbare, onbegrepen of vage lichamelijke klachten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *49*, 823-834.
- Dobkin, P.L., Sita, A., & Sewitch, M.J. (2006). Predictors of adherence to treatment in women with fibromyalgia. *The Clinical Journal of Pain*, *22*, 286-294.
- Donovan, J.L., & Blake, D.R. (2000). Qualitative study of interpretation of reassurance among patients attending rheumatology clinics: 'just a touch of arthritis, doctor?'. *British Medical Journal*, *320*, 541-544.
- Downes-Grainger, E., Morriss, R., Gask, L., e.a. (1998). Clinical factors associated with short-term changes in outcome of patients with somatized mental disorder in primary care. *Psychological Medicine*, *28*, 703-711.
- Dowrick, C.F., Ring, A., Humphris, G.M., e.a. (2004). Normalisation of unexplained symptoms by general practitioners: a functional typology. *The British Journal of General Practice*, *54*, 165-170.
- Drossman, D.A., Leserman, J., Nachman, G., e.a. (1990). Sexual and physical abuse in women with functional or organic gastrointestinal disorders. *Annals of Internal Medicine*, *113*, 828-833.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model. a challenge for biomedicine. *Science*, *196*, 129-136.
- Engel, C.C., Jr., Walker, E.A., Engel, A.L., e.a. (1998). A randomized, double-blind crossover trial of sertraline in women with chronic pelvic pain. *Journal of Psychosomatic Research*, *44*, 203-207.
- Epstein, R.M., Hadee, T., Carroll, J., e.a. (2007). 'Could this be something serious?'. Reassurance, uncertainty, and empathy in response to patients' expressions of worry. *Journal of General Internal Medicine*, *22*, 1731-1739.
- Epstein, R.M., Shields, C.G., Meldrum, S.C., e.a. (2006). Physicians' responses to patients' medically unexplained symptoms. *Psychosomatic Medicine*, *68*, 269-276.
- Eriksen, H.R., Ihlebaek, C., Mikkelsen, A., e.a. (2002). Improving subjective health at the worksite: a randomized controlled trial of stress management training, physical exercise and an integrated health programme. *Occupational Medicine*, *52*, 383-391.
- Eriksen, H.R., Svendsrod, R., Ursin, G., e.a. (1998). Prevalence of subjective health complaints in the Nordic European countries in 1993. *European Journal of Public Health*, *8*, 294-298.
- Escobar, J.I., Gara, M.A., Diaz-Martinez, A.M., e.a. (2007). Effectiveness of a time-limited cognitive behavior therapy type intervention among primary care patients with medically unexplained symptoms. *Annals of Family Medicine*, *5*, 328-335.

- Evans, B.W., Clark, W.K., Moore, D.J., e.a. (2007). Tegaserod for treatment of irritable bowel syndrome and chronic constipation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 4.
- Fallon, B.A., Schneier, F.R., Marshall, R., e.a. (1996). The pharmacotherapy of hypochondriasis. *Psychopharmacology Bulletin*, 32, 607-611.
- Fava, G.A., Grandi, S., Rafanelli, C., e.a. (2000). Explanatory therapy in hypochondriasis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 317-322.
- Fekkes, M., Pijpers, F.I., Verloove-Vanhorick, S.P. (2006). Effects of anti-bullying school program on bullying and health complaints. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160, 638-644.
- Feltz-Cornelis, C.M. van der. (2007). Onverklaard of ondoordacht? Naar een DSM-V voor de somatoforme stoornissen. Commentaar op Van Dieren & Vingerhoets. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49, 839-842.
- Feltz-Cornelis, C. van der, & van der Horst, H. (Red.). (2008). *Handboek Somatisatie. Lichamelijk onverklaarde klachten in de eerste en tweede lijn* (2de druk). Utrecht: De Tijdstroom.
- Feltz-Cornelis, C.M. van, Oppen, P., Ader, H.J., e.a. (2006). Randomised controlled trial of a collaborative care model with psychiatric consultation for persistent medically unexplained symptoms in general practice. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 282-289.
- Gholamrezaei, A., Ardestani, S.K., & Emami, M.H. (2006). Where does hypnotherapy stand in the management of irritable bowel syndrome? A systematic review. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 12, 517-527.
- Gilbody, S.M. (2007). IMPACT collaborative care programme reduces suicide ideation in depressed older adults. *Evidence-Based Mental Health*, 10, 51.
- Glenton, C., Nilsen, E.S., & Carlsen, B. (2006). Lay perceptions of evidence-based information--a qualitative evaluation of a website for back pain sufferers. *BMC Health Services Research*, 15, 34.
- Glenton, C., Paulsen, E.J., & Oxman, A.D. (2005). Portals to Wonderland: Health portals lead to confusing information about the effects of health care. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 5, 7.
- Golding, J.M. (1999). Sexual assault history and headache: five general population studies. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 624-629.
- Goldstein-Ferber, S., & Granot, M. (2006). The association between somatisation and perceived ability: roles in dysmenorrhoea among Israeli Arab adolescents. *Psychosomatic Medicine*, 68, 136-142.
- Grace, V.M., & Zondervan, K.T. (2006). Chronic pelvic pain in women in New Zealand: comparative well-being, comorbidity, and impact on work and other activities. *Health Care for Women International*, 27, 585-599.
- Greeven, A. (2007). *Hypochondriasis; diagnostic issues and treatment*. Proefschrift. Leiden: Universiteit Leiden.

- Grepmaier, L., Mitterlehner, F., Loew, T., e.a. (2007). Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment results of their patients: a randomized, double-blind, controlled study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 332-338.
- Grol, R.P.T.M. (Red.) 1983. Huisarts en somatische fixatie. Theorie en praktijk van de preventie van somatische fixatie. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema.
- Gucht, V. de, Fischler, B. (2002). Somatization: a critical review of conceptual and methodological issues. *Psychosomatics*, 43, 1-9.
- Guthrie, E., & Thompson, D. (2002). Abdominal pain and functional gastrointestinal disorders. *British Medical Journal*, 325, 701-703.
- Hansen, A., Edlund, C., & Bränholm, I.B. (2005). Significant resources needed for return to work after sick leave. *Work*, 25, 231-240.
- Harlow, S., & Park, M. (1996). A longitudinal study of risk factors for the occurrence, duration and severity of menstrual cramps in a cohort of college women. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 103, 655-660.
- Härkäpää, K., Jarvikoski, A., Mellin, G., Hurri, H. (1989). A controlled study on the outcome of inpatient and outpatient treatment of low back pain. Part I. Pain, disability, compliance, and reported treatment benefits three months after treatment. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 21, 81-89
- Harvey, R.F., Mauad, E.C., & Brown, A.M. (1987). Prognosis in the irritable bowel syndrome: a 5-year prospective study. *Lancet*, 1(8539), 963-965.
- Haugstad, G.K., Haugstad, T.S., Kirste, U.M., e.a. (2006). Mensendieck somatocognitive therapy as treatment approach to chronic pelvic pain: results of a randomized controlled intervention study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 194, 1303-1310.
- Heading, R., Bardhan, K., Hollerbach, S., e.a. (2006). Systematic review: the safety and tolerability of pharmacological agents for treatment of irritable bowel syndrome – a European perspective *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 24, 207-236.
- Hellman, C.J.C., Budd, M., Borysenko, J., e.a. (1990). A study of the effectiveness of two group behavioral medicine interventions for patients with psychosomatic complaints. *Behavioral Medicine*, 16, 166-173.
- Henningsen, P., Zipfel, S., & Herzog, W. (2007). Management of functional somatic syndromes. *Lancet*, 369, 946-955.
- Heyman, J., Ohrvik, J., & Leppert, J. (2006). Distension of painful structures in the treatment for chronic pelvic pain in women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85, 599-603.
- Hoedeman, R. (2008). Mondelinge mededeling.
- Hoogendoorn, W.E., van Poppel, M.N.M., Bongers, P.M., e.a. (1999). Physical load during work and leisure time as risk factors for back pain. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 25, 387-403.

- Hoogendoorn, W.E., van Poppel, M.N.M., Bongers, P.M., e.a. (2000). Systematic review of psychosocial factors at work and private life as risk factors for back pain. *Spine*, 25, 2114-2125.
- Howard, L., Wessely, S., Leese, M., e.a. (2005). Are investigations anxiolytic or anxiogenic? A randomised controlled trial of neuroimaging to provide reassurance in chronic daily headache. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 76, 1558-1564.
- Howard, F.M. (2000). Introduction. In F.M. Howard, C.P. Perry, J.E. Carter, e.a. (Red.), *Pelvic Pain: diagnosis & management* (pp. 3-6). Philadelphia, VS: Lippincott Williams, & Wilkins.
- Hussain, Z., & Quigley, E.M. (2006). Systematic review: complementary and alternative medicine in the irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 23, 465-471.
- Hutton, J. (2005). Cognitive behaviour therapy for irritable bowel syndrome. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 17, 11-14.
- Huurre, T., Rahkonen, O., Komulainen, E., e.a. (2005). Socioeconomic status as a cause and consequence of psychosomatic symptoms from adolescence to adulthood. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 580-587.
- Hurwitz, E.L., Morgenstern, H., & Chiao, C. (2005). Effects of recreational physical activity and back exercises on low back pain and psychological distress: findings from the UCLA Low Back Pain Study. *American Journal of Public Health*, 95, 1817-1824.
- Huygen, F.J.A. (2006). *Family Medicine: the medical life history of families*. London: Royal College of General Practitioners.
- Imbierowicz, K., & Egle, U.T. (2003). Childhood adversities in patients with fibromyalgia and somatoform pain disorder. *European Journal of Pain*, 7, 113-119.
- Inadomi, J.M., Fennerty, M.B., & Bjorkman, D. (2003). Systemic review: the economic impact of irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 18, 671-682.
- Jackson, J., Fiddler, M., Kapur, N., e.a. (2006). Number of bodily symptoms predicts outcome more accurately than health anxiety in patients attending neurology, cardiology, and gastroenterology clinics. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 357-363.
- Jackson, J.L., & Passamonti, M. (2005). The outcomes among patients presenting in primary care with a physical symptom at 5 years. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 1032-1037.
- Jamieson, D.J., & Steege, J.F. (1996). The prevalence of dysmenorrhoea, dyspareunia, pelvic pain, and irritable bowel syndrome in primary care practices. *Obstetrics and Gynecology*, 87, 55-58.
- Jarrell, J.F., Vilos, G.A., Allaire, C., e.a. (2005). Consensus guidelines for the management of chronic pelvic pain. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 27, 781-826.

- Johnson, N.P., Farquhar, C.M., Crossley, S., e.a. (2004). A double-blind randomised controlled trial of laparoscopic uterine nerve ablation for women with chronic pelvic pain. *BJOG*, *111*, 950-959.
- Johnson, S.R. (2004). Premenstrual syndrome, premenstrual dysphoric disorder, and beyond: a clinical primer for practitioners. *Obstetrics and Gynecology*, *104*, 845-859.
- Jonghe, F. de, & Dekker, J. (1997). *Steun, stress, kracht en kwetsbaarheid in de psychiatrie*. Assen: Van Gorcum.
- Kajander, K., Hatakka, K., Poussa, T., e.a. (2005). A probiotic mixture alleviates symptoms in irritable bowel syndrome patients: a controlled 6-month intervention *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, *22*, 387-394.
- Kashner, T.M., Rost, K., Cohen, B., e.a. (1995). Enhancing the health of somatization disorder patients. Effectiveness of short-term group therapy. *Psychosomatics*, *36*, 462-470.
- Katon W, von Korff M, Lin E, Bush T. (1992) A randomized trial of psychiatric consultation with distressed high utilizers. *General Hospital Psychiatry*, *14*, 86-98.
- Kennedy, T., Jones, R., Darnley, S., e.a. (2005). Cognitive behaviour therapy in addition to antispasmodic treatment for irritable bowel syndrome in primary care: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, *331*, 435.
- Khan, A.A., Khan, A., Harezlak, J., e.a. (2003). Somatic symptoms in primary care: etiology and outcome. *Psychosomatics*, *44*, 471-478.
- Koch, U. en Schulz, H., (2008) Weiterentwicklung in der psychosomatischen Rehabilitation. In: Schmid-Ott, G., Wiegand-Grefe, S., Jacobi, C., e.a. (Eds). *Rehabilitation in der Psychosomatik- Versorgungsstrukturen, Behandlungsangebote, Qualitätsmanagement*. Stuttgart/ New York: Schattauer Verlag, p 445-459
- Kolk, A.M., Schagen, S., & Hanewald, G.J. (2004). Multiple medically unexplained physical symptoms and health care utilization; Outcome of psychological intervention and patient-related predictors of change. *Journal of Psychosomatic Research*, *57*, 379-389.
- Koopmans, P.C., Roelen, C.A., & Groothoff, J.W. (2008). Parametric hazard rate models for long-term sickness absence. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, Oct 21.
- Krem M.M. (2004). Motor Conversion Disorders Reviewed From a Neuropsychiatric Perspective. *Journal of Clinical Psychiatry*, *65*, 783-790.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., deGruy, F.V., e.a. (1998). A symptom checklist to screen for somatoform disorders in primary care. *Psychosomatics*, *39*, 263-272.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., & Williams, J.B. (2002). The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, *64*, 258-266.
- Kroenke, K. (2007). Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosomatic Medicine*, *69*, 881-888.

- Lackner, J.M., Morley, S., Dowzer, C., e.a. (2004). Psychological treatments for irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 1100-1113.
- Landelijke Stuurgroep Mulidisciplinaire Richtlijnontwikkeling. (2009) *Richtlijn Angststoornissen* (eerste herziene versie). Utrecht: Trimbos-instituut.
- Landelijke Stuurgroep Mulidisciplinaire Richtlijnontwikkeling. (2009) *Richtlijn Depressie* (1ste herziene versie). Utrecht: Trimbos-instituut.
- Latthe, P., Mignini, L., Gray, R., e.a. (2006). Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *British Medical Journal, 332*, 749-755.
- Larisch, A., Schweickhardt, A., Wirsching, M., e.a. (2004). Psychosocial interventions for somatizing patients by the general practitioner. A randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research, 57*, 507-514.
- Lefebvre, G., Pinsonneault, O., Antao, V., e.a. (2005). Primary dysmenorrhea consensus guideline. *Journal of Obstetrics and Gynecology Canada, 27*, 1117-1146.
- Lesbros-Pantoflickova, D., Michetti, P., Fried, M., e.a. (2004). Meta-analysis: the treatment of irritable bowel syndrome *Alimentary Pharmacology & Therapeutics, 20*, 1253-1269.
- Lichten, E.M., & Bombard, J. (1987). Surgical treatment of primary dysmenorrhoea with laparoscopic uterine nerve ablation. *The Journal of Reproductive Medicine, 32*, 37-41.
- Lim, B., Manheimer, E., Lao, L., e.a. (2006). Acupuncture for treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 4.
- Linton, S.J., & Andersson, T. (2000). Can chronic disability be prevented? A randomized trial of a cognitive-behavior intervention and two forms of information for patients with spinal pain. *Spine, 25*, 2825-2831.
- Linton, S.J., & Nordin, E. (2006). A 5-year follow-up evaluation of the health and economic consequences of an early cognitive behavioral intervention for back pain: a randomized, controlled trial. *Spine, 31*, 853-858.
- Linton, S.J., & Ryberg, M. (2001). A cognitive-behavioral group intervention as prevention for persistent neck and back pain in a non-patient population: a randomized controlled trial. *Pain, 90*, 83-90.
- Linton, S.J., & van Tulder, M.W. (2001). Preventive interventions for back pain and neck pain problems: what is the evidence? *Spine, 26*, 778-787.
- Lipowski, Z.J. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. *The American Journal of Psychiatry, 145*, 1358-1368.
- LISV (1996). *Medisch arbeidsongeschiktheids criterium*. Richtlijn LISV. Amsterdam: Tica.
- Liu, J.P., Liu, Y.X., Wei, M.L., e.a. (2006). Herbal medicines for treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 1.
- Majoribanks, J., Proctor, M.L., & Farquhar, C. (2003). Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 4.

- Martin, A., Rauh, E., Fichter, M., e.a. (2007). A one-session treatment for patients suffering from medically unexplained symptoms in primary care: a randomized clinical trial. *Psychosomatics*, 48, 294-303.
- Mathias, S.D., Kuppermann, M., Liberman, R.F., e.a. (1996). Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstetrics and Gynecology*, 87, 321-327.
- Maxion-Bergemann, S., Thielecke, F., Abel, F., e.a. (2006). Costs of irritable bowel syndrome in the UK and US. *PharmacoEconomics*, 24, 21-37.
- Mayou, R.A., Bass, C.M., & Bryant, B.M. (1999). Management of non-cardiac chest pain: from research to clinical practice. *Heart*, 81, 387-392.
- McDonald, I.G., Daly, J., Jelinek, V.M., e.a. (1996). Opening Pandora's box: the unpredictability of reassurance by a normal test result. *British Medical Journal*, 313, 329-332.
- Meijer, S.A., Smit, F., Schoemaker, C.G., e.a. (2006). *Gezond verstand. Evidence-based preventie van psychische stoornissen. VTV themarapport*. Utrecht/Bilthoven: Trimbos-instituut & RIVM.
- Metz, J.C.M., Verbeek-Weel, A.M.M., & Huisjes, H.J. (2001). *Raamplan 2001 artsenopleiding: bijgestelde eindtermen van de artsenopleiding*. Nijmegen: Mediagroep Nijmegen.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2006). *Motiverende gespreksvoering: een methode om mensen voor te bereiden op verandering* (L. van der Leer, Vert.) (2de druk). Gorinchem: Uitgeverij Ekklesia.
- Moene, F.C., Hoogduin, K.A., Van D.R. (1998). The inpatient treatment of patients suffering from (motor) conversion symptoms: a description of eight cases. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 46, 171-190.
- Moene, F.C., Landberg, E.H., Hoogduin, K.A., e.a. (2000). Organic syndromes diagnosed as conversion disorder: identification and frequency in a study of 85 patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 7-12.
- Moene, F.C., Spinhoven, P., Hoogduin, K.A., & Van Dyck, R. (2002) A randomised controlled clinical trial on the additional effect of hypnosis in a comprehensive treatment programme for in-patients with conversion disorder of the motor type. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71(2), 66-76.
- Moene, F.C., Spinhoven, P., Hoogduin, K.A., & van Dyck, R. (2003) A randomized controlled clinical trial of a hypnosis-based treatment for patients with conversion disorder, motor type. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51, 29-50.
- Morriss, R., Dowrick, C., Salmon, P., e.a. (2007). Cluster randomised controlled trial of training practices in reattribution for medically unexplained symptoms. *The British Journal of Psychiatry*, 191, 536-542.
- Muller, T., Mannel, M., Murck, H., e.a. (2004). Treatment of somatoform disorders with St. John's wort: a randomized, double-blind and placebo-controlled trial. *Psychosomatic Medicine*, 66, 538-547.

- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2007). Guideline 53: Chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy). London: Department of Health.
- Nederlands Huisartsen Genootschap. (1999). *NHG-Patiëntenbrief*. Via www.nhg.artsennet.nl.
- Neumeyer-Gromen, A., Lampert, T., Stark, K., e.a. (2004). Disease management programs for depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Medical Care*, 42, 1211-1221.
- Nezu, A.M., Nezu, C.M., Lombardo, E.R., (2001). Cognitive-behavior therapy for medically unexplained symptoms: A critical review of the treatment literature. *Behavior Therapy*, 32, 537-583.
- Nickel, M., Cangoez, B., Bachler, E., e.a. (2006). Bioenergetic exercises in inpatient treatment of Turkish immigrants with chronic somatoform disorders: a randomized, controlled study. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 507-513.
- Nimnuan, C., Hotopf, M., & Wessely, S. (2001). Medically unexplained symptoms: an epidemiological study in seven specialities. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 361-367.
- Norman, S.A., Lumley, M.A., Dooley, J.A., e.a. (2004). For whom does it work? Moderators of the effects of written emotional disclosure in a randomized trial among women with chronic pelvic pain. *Psychosomatic Medicine*, 66, 174-183.
- Normén, G., Svärdsudd, K., & Andersson, D.K. (2008). How primary health care physicians make sick listing decisions: the impact of medical factors and functioning. *BMC Family Practice*, 9, 3.
- NVAB. (2008). *Herziene richtlijn psychische klachten*. Eindhoven: NVAB.
- O'Connor, A.M., Stacey, D., Entwistle, V., e.a. (2003). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, .CD001431.
- O'Mahony, L., McCarthy J., Kelly, P., e.a. (2005). Lactobacillus and bifidobacterium in irritable bowel syndrome: symptom responses and relationship to cytokine profiles. *Gastroenterology*, 128, 541-551.
- Olde Hartman, T.C., Borghuis, M.S., Lucassen, P.L.B.J., e.a. (2009). Medically unexplained symptoms, somatisation disorder, and hypochondriasis: course and prognosis. A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research* May;66(5):363-77. Epub 2008 Dec 16. Review.
- Onwude, J.L., Thornton, J.G., Morley, S., e.a. (2004). A randomised trial of photographic reinforcement during postoperative counselling after diagnostic laparoscopy for pelvic pain. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 112, 89-94.
- Owens, D.M., Nelson, D.K., & Talley, N.J. (1995). The irritable bowel syndrome: long-term prognosis and the physician-patient interaction. *Annals of Internal Medicine*, 122, 107-112.

- Palomba, S., Russo, T., Falbo, A., e.a. (2006). Laparoscopic uterine nerve ablation versus vaginal uterosacral ligament resection in postmenopausal women with intractable midline chronic pelvic pain: a randomized study. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 129, 84-91.
- Patel, S.M., Stason, W.B., Legedza, A., e.a. (2005). The placebo effect in irritable bowel syndrome trials: a meta-analysis. *Neurogastroenterology and Motility*, 17, 332-340.
- Patel, V., Tanksale, V., Sahasrabhojane, M., e.a. (2006). The burden and determinants of dysmenorrhoea: a population-based survey of 2262 women in Goa, India. *BJOG*, 113, 453-463.
- Peters, S., Stanley, I., Rose, M., e.a. (1998). Patients with medically unexplained symptoms: sources of patients' authority and implications for demands on medical care. *Social Science & Medicine*, 46, 559-565.
- Peters, S., Stanley, I., Rose, M., e.a. (2002). A randomized controlled trial of group aerobic exercise in primary care patients with persistent, unexplained physical symptoms. *Family Practice*, 19, 665-674.
- Phillips, K.A. (2005). Placebo-controlled study of pimozide augmentation of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Am.J Psychiatry*, 162, 377-379.
- Phillips, K. A., Albertini, R. S., & Rasmussen, S. A. (2002). A randomized placebo-controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Arch.Gen.Psychiatry*, 59, 381-388.
- Poppel, M.N. van, Hooftman, W.E., & Koes, B.W. (2004). An update of a systematic review of controlled clinical trials on the primary prevention of back pain at the workplace. *Occupational Medicine*, 54, 345-352.
- Proctor, M.L., Hing, W., Johnson, T.C., e.a. (2006). Spinal manipulation for primary and secondary dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 3.
- Proctor, M.L., Latthe, P.M., Farquhar, C.M., e.a. (2005). Surgical interruption of pelvic nerve pathways for primary and secondary dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 4.
- Proctor, M.L., & Murphy, P.A. (2001). Herbal and dietary therapies for primary and secondary dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 2.
- Proctor, M.L., Murphy, P.A., Pattison, H.M., e.a. (2007). Behavioural interventions for primary and secondary dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 3.
- Proctor, M.L., Roberts, H., & Farquhar, C.M. (2001). Combined oral contraceptive pill (OCP) as treatment for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 2.
- Proctor, M.L., Smith, C.A., Farquhar, C.M., e.a. (2002). Transcutaneous electrical nerve stimulation and acupuncture for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 1.
- Quartero, A.O., Meinecke-Schmidt, V., Muris, J., e.a. (2007). Bulking agents, antispasmodic and antidepressant medication for the treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database of Systematic Review*, issue 4.

- Rasmussen, N.H., Furst, J.W., Swenson-Dravis, D.M., e.a. (2006). Innovative reflecting interview: effect on high-utilizing patients with medically unexplained symptoms. *Disease Management*, 9, 349-359.
- Rief, W., Martin, A., Rauh, E., e.a. (2006). Evaluation of general practitioners' training: how to manage patients with unexplained physical symptoms. *Psychosomatics*, 47, 304-311.
- Rief, W., Nanke, A., Emmerich, J., e.a. (2004). Causal illness attributions in somatoform disorders associations with comorbidity and illness behavior. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 367-371.
- Ring, A., Dowrick, C., Humphris, G., e.a. (2004). Do patients with unexplained physical symptoms pressurise general practitioners for somatic treatment? A qualitative study. *British Medical Journal*, 328, 1057.
- Robbins, J. M., & Kirmayer, L. J. (1991) Attributions of common somatic symptoms. *Psychological medicine*, 21(4), 1029-45.
- Roberts, L., Little, P., Chapman, J., e.a. (2002). The back home trial: general practitioner-supported leaflets may change back pain behavior. *Spine*, 27, 1821-1828.
- Roberts, L., Wilson, S., Singh, S., e.a. (2006). Gut-directed hypnotherapy for irritable bowel syndrome: piloting a primary care-based randomised controlled trial. *The British Journal of General Practice*, 56, 115-121.
- Robinson, A., Lee, V., Kennedy, A., e.a. (2006). A randomised controlled trial of self-help interventions in patients with a primary care diagnosis of irritable bowel syndrome. *Gut*, 55, 643-648.
- Roelen, C.A.M., van der Pol, T.R., Koopmans, P.C., e.a. (2006). Identifying workers at risk of sickness absence by questionnaire, *Occupational Medicine*, 56, 442-446.
- Roelofs, K., & Spinhoven, P. (2007). Trauma and medically unexplained symptoms. Towards an integration of cognitive and neuro-biological accounts. *Clinical Psychology Review*, 27, 798-820.
- Romeijnders, A.C.M., Vriezen, J.A., van der Klink, J.J.L., e.a. (2005). Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning. *Huisarts & Wetenschap*, 48, 20-23.
- Rood, Y.R. van, Kuile, M.M. ter, Speckens, A.E.M. (2001). Ongedifferentierde somatoformestoornis. In. red. Ph Spinhoven, T.K. Bouman en C.A.L. Hoogduin. *Behandelstrategieën bij somatoforme stoornissen*. Houten: Bohn, Stafleu, Van Loghum.p. 17-40
- Rosen, J. C., Reiter, J., & Orosan, P. (1995). Cognitive-behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. *J Consult Clin.Psychol.*, 63, 263-269.
- Rosendal, M., Olesen, F., Fink, P., e.a. (2007). A randomized controlled trial of brief training in the assessment and treatment of somatization in primary care: effects on patient outcome. *General Hospital Psychiatry*, 29, 364-373.
- Rost, K., Kashner, T.M., & Smith, R.G., Jr. (1994). Effectiveness of psychiatric intervention with somatization disorder patients: improved outcomes at reduced costs. *General Hospital Psychiatry*, 16, 381-387.

- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). (2005). *The initial management of chronic pelvic pain*. Guideline no 41. London, UK: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
- Ruddy, R., & House, A. (2005) Psychosocial interventions for conversion disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4.
- Salkovskis P.M. (1989). *Somatic problems*. In: K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk, & D.M. Clark. (Eds.) . *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: a practical guide*. (pp. 235-276).
- Salmon, P., Dowrick, C.F., Ring, A., e.a. (2004). Voiced but unheard agendas: qualitative analysis of the psychosocial cues that patients with unexplained symptoms present to general practitioners. *The British Journal of General Practice*, 54, 171-176.
- Salmon P, Ring A, Dowrick CF, Humphris GM (2005). What do general practice patients want when they present medically unexplained symptoms, and why do their doctors feel pressurized? *Journal of Psychosomatic Research*, 59, 255-262.
- Sar, V., Akyüz, G., Kundakçı, T., e.a. (2004). Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 161, 2271-2276.
- Sator-Katzenschlager, S.M., Scharbert, G., Kress, H.G., e.a. (2005). Chronic pelvic pain treated with gabapentin and amitriptyline: a randomized controlled pilot study. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 117, 761-768.
- Schauenburg, H., Hildenbrand, G., Koch, U., e.a. (2007). *Klinikführer: stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Einrichtungen*. Stuttgart: Schattaure GmbH
- Schilte, A.F., Portegijs, P.J., Blankenstein, A.H., e.a. (2001). Randomised controlled trial of disclosure of emotionally important events in somatisation in primary care. *British Medical Journal*, 323, 86.
- Sharpe, M., Mayou, R., & Walker, J. (2006). Bodily symptoms: new approaches to classification. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 353-356.
- Sharpe M, Peveler R, Mayou R. (1992) The psychological treatment of patients with functional somatic symptoms: a practical guide. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 515-529.
- Sifneos, P.E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.
- Silver F.W. Management of conversion disorder (1996). *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 75, 134-140.
- Smith, R.C., Lyles, J.S., Gardiner, J.C., e.a. (2006). Primary care clinicians treat patients with medically unexplained symptoms: a randomized controlled trial. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 671-677.
- Smith, G.R., Jr., Monson, R.A., & Ray, D.C. (1986). Psychiatric consultation in somatization disorder. A randomized controlled study. *The New England Journal of Medicine*, 314, 1407-1413.

- Smith, G.R., Jr., Rost, K., & Kashner, T.M. (1995). A trial of the effect of a standardized psychiatric consultation on health outcomes and costs in somatizing patients. *Archives of General Psychiatry*, *52*, 238-243.
- Smout, A.J.P.M. (2001). *Prikkelbare Darm Syndroom*. In de serie 'Spreekuur thuis'. Wormer: Inmerc.
- Soysal, M.E., Soysal, S., Vicdan, K., e.a. (2001). A randomized controlled trial of goserelin and medroxyprogesterone acetate in the treatment of pelvic congestion. *Human Reproduction*, *16*, 931-939.
- Speckens, A.E., van Hemert, A.M., Spinhoven, P., e.a. (1995). Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: a randomised controlled trial. *British Medical Journal*, *311*, 1328-1332.
- Speckens, A.E.M., Spinhoven, P. & van Rood, Y.R. (2004). Protocollaire behandeling van patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten: Cognitieve gedragstherapie. In: G.P.J. Keijsers, A. van Minnen & C.A.L. Hoogduin (Eds.). Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg I (2 e herziene druk). Houten: Bohn, Stafleu, Van Loghum, p. 183-218.
- Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, W. W. & Nübling, R. (2007). *Metaanalyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation*. Bern: Huber.
- Stewart, M.A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcome: a review. *Canadian Medical Association Journal*, *125*, 1432-1433.
- Stone, J., Wojcik, W., Durrance, D., e.a. (2002). What should we say to patients with symptoms unexplained by disease? The 'number needed to offend'. *British Medical Journal*; *325*, 1449-1450.
- Stones, R.W., Bradbury, L., & Anderson, D. (2001). Randomized placebo controlled trial of lofexidine hydrochloride for chronic pelvic pain in women. *Human Reproduction*, *16*, 1719-1721.
- Stones, R.W., Cheong, Y.C., & Howard, F.M. (2005). Interventions for treating chronic pelvic pain in women. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 3.
- Sumathipala, A. (2007). What is the evidence for the efficacy of treatments for somatoform disorders? A critical review of previous intervention studies. *Psychosomatic Medicine*, *69*, 889-900.
- Sumathipala, A., Hewege, S., Hanwella, R., e.a. (2000). Randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for repeated consultations for medically unexplained complaints: a feasibility study in Sri Lanka. *Psychological Medicine*, *30*, 747-757.
- Sundell, G., Milsom, I., & Andersch, B. (1990). Factors influencing the prevalence and severity of dysmenorrhoea in young women. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *97*, 588-594.
- Swank, D.J., Swank-Bordewijk, S.C., Hop, W.C., e.a. (2003). Laparoscopic adhesiolysis in patients with chronic abdominal pain: a blinded randomised controlled multi-centre trial. *Lancet*, *361*, 1247-1251.

- Sykes, R. (2006). Somatoform disorders in DSM-IV: mental or physical disorders? *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 341-344.
- Tabas, G., Beaves, M., Wang, J., e.a. (2004). Paroxetine to treat irritable bowel syndrome not responding to high-fiber diet: a double-blind, placebo-controlled trial. *The American Journal of Gastroenterology*, 99, 914-920.
- Tack, J., Fried, M., Houghton, L.A., e.a. (2006). Systematic review: the efficacy of treatments for irritable bowel syndrome – a European perspective. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 24, 183-205.
- Thomson, A., & Page, L. (2007). Psychotherapies for hypochondriasis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 4, CD006520.
- Toner, B.B. (2005). Cognitive-behavioral treatment of irritable bowel syndrome. *CNS Spectrums*, 10, 883-890.
- Tu, F., Bettendorf, B., & Shay, S. (2007). Dysmenorrhea: contemporary perspectives. *Pain Clinical Updates*, 15, issue 8.
- UWV. *Ziektediagnosen bij uitkeringen voor arbeidsongeschiktheid. Statistische informatie over medische classificaties in WAO, Wajong en WAZ. 2002, 2005.* www.uwv.nl
- Vahedi, H., Merat, S., Rashidioon, A., e.a. (2005). The effect of fluoxetine in patients with pain and constipation – predominant irritable bowel syndrome: a double-blind randomized controlled study. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 22, 381-385.
- Veale, D., Gournay, K., Dryden, W., Boocock, A., Shah, F., Willson, R. e.a. (1996). Body dysmorphic disorder: a cognitive behavioural model and pilot randomised controlled trial. *Behav.Res.Ther.*, 34, 717-729.
- Veek, P.P.J. van der, van Rood, Y.R., & Masclee, A.A.M. (2007). Clinical trial: short- and long-term benefit of relaxation training for irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 26, 943-952.
- Verhaak, P.F., Meijer, S.A., Visser, A.P., e.a. (2006). Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Family Practice*, 23, 414-420.
- Veselka, L., Lipovsky, M.M., Lether F., Buhning, M.E.F. (2005). Bridges toward integrated medicine. *Journal of psychosomatic Research. EACLPP abstract*, 59, 22-50
- Viinamäki, H.V., Koskela, K., & Niskanen, L. (1996). Rapidly declining mental well-being during unemployment. *The European Journal of Psychiatry*, 10, 215-221.
- Visser, S., & Bouman, T.K. (2001). The treatment of hypochondriasis: exposure and response prevention vs. cognitive therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 423-442.
- Vlieger, A.M., Menko-Frankenhuis, C., Wolfkamp, S.C., e.a. (2007). Hypnotherapy for children with functional abdominal pain or irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial. *Gastroenterology*, 133, 1430-1436.
- Volz, H.P., Murck, H., Kasper, S., e.a. (2002). St John's wort extract (LI 160) in somatoform disorders: results of a placebo-controlled trial. *Psychopharmacology*, 164, 294-300.

- Waal, M.W.M. de, Arnold, I.A., Eekhof, J.A.H., e.a. (2004). Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment, and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *The British Journal of Psychiatry*; 184, 470-476.
- Walker, L.S., Garber, J., & Greene, J.W. (1993). Psychosocial correlates of recurrent childhood pain: a comparison of pediatric patients with recurrent abdominal pain, organic illness, and psychiatric disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 248-258.
- Warwick, H.M., Clark, D.M., Cobb, A.M., e.a. (1996). A controlled trial of cognitive-behavioural treatment of hypochondriasis. *The British Journal of Psychiatry*, 169, 189-195.
- Warwick, H.M.C., & Salkovskis, P.M. (1985). Reassurance. *British Medical Journal*, 290, 1028.
- Webb, A.N., Kukuruzovic, R.H., Catto-Smith, A.G., Sawyer, S.M. (2007) Hypnotherapy for treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database Systematic Review* issue 4:CD005110.
- Weissman, A.M., Hartz, A.J., Hansen, M.D., e.a. (2004). The natural history of primary dysmenorrhoea: a longitudinal study. *BJOG*, 111, 345-352.
- Wessely, S., Nimnuan, C., & Sharpe, M. (1999). Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet*, 354, 936-939.
- Wessely, S., & White, P.D. (2004). There is only one functional somatic syndrome. *The British Journal of Psychiatry*, 185, 95-96.
- Whitehead, W.E., Palsson, O., & Jones, K.R. (2002). Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: what are the causes and implications? *Gastroenterology*, 122,1140-1156.
- Whitehead, W.E. (2006). Hypnosis for irritable bowel syndrome: the empirical evidence of therapeutic effects. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54, 7-20.
- Whorwell, P., Altringer, L., Morel, J., e.a. (2006). Efficacy of an encapsulated probiotic *Bifidobacterium infantis* 35624 in women with irritable bowel syndrome. *The American Journal of Gastroenterology*, 101, 1581-1590.
- Wiegand, S., Meerman C., Jacobbi, C., e.a. (2008) Ergebnisse einer evaluation aller wirksamkeitsstudieen psychosoamtischer rehabilitation. In: Schmid-Ott, G., Wiegand-Grefe, S, e.a. (Eds.) Rehabilitation in der Psychosomatik Versorgungsstrukturen - Behandlungsangebote – Qualitätsmanagement. Stuttgart/ New York: Schattauer Verlag, p 445-459
- Williams, R.E., Hartmann, K.E., & Steege, J.F. (2004). Documenting the current definitions of chronic pelvic pain: implications for research. *Obstetrics and Gynecology*, 103, 686-691.
- Williams, J., Hadjistavropoulos, T., & Sharpe, D. (2006). A meta-analysis of psychological and pharmacological treatments for Body Dysmorphic Disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 99-111.

- Wilson, S., Maddison, T., Roberts, C., e.a. (2006). Systematic review: the effectiveness of hypnotherapy in the management of irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 24, 769-780.
- Wise, T.N., & Birket-Smith, M. (2002). The somatoform disorders for DSM-V: the need for changes in process and content. *Psychosomatics*, 43, 437-440.
- Wit, N., de, Rubin, G., Jones, R.H. (2007) Irritable bowel syndrome. *Clinical Evidence*, 2007
- Woolfolk, R.L., & Allen, L.A. (2006). *Treatening Somatization: a cognitive-behavioral approach*. New York: The Guildford Press.
- World Health Organization. (2002). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneva, Switzerland: WHO.
- Yunus, M.B. (2004) Suffering, science, and sabotage. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 12, 3-18
- Zhu, X., Proctor, M., Bensoussan, A., e.a. (2007). Chinese herbal medicine for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 4.
- Zondervan, K.T., Yudkin, P.L., Vessey, M.P., e.a. (1999a). Prevalence and incidence of chronic pelvic pain in primary care: evidence from a national general practice database. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 106, 1149-1155.
- Zondervan, K.T., Yudkin, P.L., Vessey, M.P., e.a. (1999b). Patterns of diagnosis and referral in women consulting for chronic pelvic pain in UK primary care. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 106, 1156-1161.
- Zondervan, K.T., Yudkin, P.L., Vessey, M.P., e.a. (2001). The community prevalence of chronic pelvic pain in women and associated illness behaviour. *The British Journal of General Practice*, 51, 541-547.



Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling

GGZ



Netherlands Institute of
Mental Health and Addiction

Trimbos-instituut

*Secretariaat Landelijke Stuurgroep
Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ*
Postbus 725
3500 AS Utrecht
Telefoon (030) 297 11 01
E-mail: ggzrichtlijnen@trimbos.nl
www.ggzrichtlijnen.nl
www.trimbos.nl



Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO

Postbus 20064
3502 LB Utrecht



Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling

GGZ

De *multidisciplinaire richtlijn Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) en Somatoforme Stoornissen* is opgesteld door een werkgroep met vertegenwoordigers van de belangrijkste beroepsgroepen en instanties die met deze symptomen en stoornissen te maken hebben. De richtlijn is het resultaat van nauwgezette literatuurstudie en diepgaande discussies over dit in de geneeskunde en voor patiënten zo belangrijke probleem.

Deze richtlijn wil handvatten bieden voor de omgang met dit probleem. Behandelaars kunnen met deze richtlijn beslissingen nemen ten aanzien van diagnostiek, behandeling en case management van SOLK en Somatoforme Klachten op basis van wetenschappelijke evidentie en/of good clinical practice.

De richtlijn SOLK en Somatoforme Stoornissen gaat in op diagnostiek, op het hanteren van patiëntprofielen, en op het inzetten van behandeling en case-management volgens een stepped-care principe in diverse behandelsettings.