

**ZORGPROGRAMMA SOMATOFORME EN AANVERWANTE STOORNISSEN<sup>1</sup>**  
Stepped-care richtlijnen voor evidenced-based behandeling.

19 juli 2002

Y.R. van Rood (programmacoördinator)

B. van Hemert, J. Merkelbach†, S.Colijn, M. Kasius, M. Oudshoorn, & M. van Etten

---

<sup>1</sup> Indien gesproken wordt over het zorgprogramma somatoforme stoornissen dan wordt bedoeld het zorgprogramma somatoforme en aanverwante stoornissen.

## Inhoudsopgave

1. Zorgprogramma somatoforme stoornissen.....	3
1.1. Patiëntenpopulatie.....	3
1.2. Prevalentie.....	5
1.3. Co-morbiditeit.....	6
1.4. Verwijzers.....	6
1.5. Samenwerking met overige behandelaren.....	6
1.6. Settings waar zorg geboden wordt vanuit het zorgprogramma somatoforme stoornissen.....	7
1.7. Type stoornis per setting.....	7
1.8. Behandelactiviteiten.....	8
1.9. Behandelactiviteiten per setting.....	9
1.10. Behandelactiviteiten per type behandelaar.....	10
1.11. Behandelactiviteiten per type stoornis.....	10
2. Zorgprogramma somatoforme stoornissen, algemene procedures.....	10
2.1. Toewijzen aan het zorgprogramma.....	10
2.2. Intake binnen het zorgprogramma.....	10
2.3. Voormetingen.....	11
2.4. Het behandeladvies.....	12
2.5. Behandelactiviteiten.....	12
2.5.1. Psychotherapie (cognitieve gedragstherapie).....	12
2.5.1.1. Kortdurende enkelvoudige cognitief gedragstherapeutische behandeling.....	12
2.5.1.2. Protocol.....	13
2.5.1.3. Protocol plus.....	13
2.5.1.4. Duur van de behandeling.....	13
2.5.2. Farmacotherapie.....	14
Somatisatiestoornis.....	14
Ongedifferentieerde somatoforme stoornis.....	15
Hypochondrie.....	15
Conversiestoornis.....	15
Pijn stoornis.....	15
Trichotillomanie.....	15
2.5.3. Case management.....	15
2.5.4. Verwijzing naar een gespecialiseerde instelling.....	16
2.6. Evaluatie behandelingen.....	16
3. Andere zorgprogramma's.....	16
3.1. Overplaatsing naar een ander zorgprogramma.....	16
3.2. Somatoforme en aanverwante stoornissen in kader van andere zorgprogramma's.....	17
4. Beslisbomen somatoforme en aanverwante stoornissen.....	18
4.1. Somatisatie stoornis.....	18
4.2. Ongedifferentieerde somatoforme stoornis.....	19
4.3. Conversie stoornis.....	20
4.4. Pijnstoornis.....	21
4.5. Hypochondrie.....	22
4.6. Stoornis in de lichaamsbeleving.....	23
4.7. Psychische factoren die een somatische aandoening beïnvloeden.....	24
4.8. Specifieke fobie, bloed – injectie – verwonding type.....	25
4.9. Trichotillomanie en stoornis in de impulsbeheersing NAO.....	26
4.10. Toelichting bij de beslisbomen.....	27
Somatisatie stoornis.....	27
Conversiestoornis.....	28
Pijnstoornis.....	28
Hypochondrie.....	28
Stoornis in de lichaamsbeleving.....	28
Psychische factoren die een somatische aandoening beïnvloeden.....	29
Specifieke fobie, bloed – injectie – verwonding type.....	29
Trichotillomanie en stoornis in de impulsbeheersing NAO.....	29
5. Literatuur.....	30
6. Adressenlijst.....	33

## **1. Zorgprogramma somatoforme stoornissen**

Het programma somatoforme stoornissen beschrijft de geestelijke gezondheidszorg aan patiënten die hulp zoeken in verband met lichamelijke klachten. Het gaat zowel om patiënten die hulp zoeken voor hun lichamelijke klacht als om de patiënten die hulp zoeken voor de gevolgen van hun lichamelijke klacht. Deze patiënten zullen gezien de aard van hun klachten primair hulp zoeken binnen de somatische- en niet binnen de geestelijke- gezondheidszorg. Voor zover ze zich wel met hun probleem tot de GGZ wenden, blijkt het behandel aanbod, gericht op het opheffen van vooronderstelde psychische oorzaken van de lichamelijke klacht of het leren leven met de klachten, vaak niet aan te sluiten bij hun hulpvraag, het verminderen van de klacht en / of de gevolgen van de klacht.

Het doel van de zorg welke binnen dit programma wordt geboden, sluit wel hier bij aan en kan worden omschreven als het verminderen van de klacht en / of de gevolgen van de klacht. Bij het bepalen van het behandel aanbod wordt voor zover mogelijk gebruik gemaakt van wetenschappelijk geëvalueerde en effectief bevonden behandel protocollen (*evidence based*). Waar dat niet mogelijk is wordt de keuze bepaald op grond van de kennelijke overeenstemming binnen het professionele forum (*consensus based*) en de ervaring van behandelaren (*experience based*). De keuze van de volgorde van behandeling is van eenvoudig en kortdurend naar ingewikkelder en langer (*stepped care*).

### ***1.1. Patiëntenpopulatie***

Het programma somatoforme en aanverwante stoornissen is bedoeld voor patiënten met een combinatie van psychische en somatische problematiek, zie tabel 1. Daarbij gaat het om patiënten

- met een somatoforme stoornis. Dit zijn patiënten met somatisch onverklaarde lichamelijke klachten bij wie de interpretatie van de lichamelijke sensaties en de wijze van reageren op de lichamelijke sensaties de klachten instandhouden of verergeren en er door de cognitieve, gedragsmatige, lichamelijke of sociale gevolgen van de klachten sprake is van aanzienlijk lijden.
- bij wie psychische factoren van invloed zijn op een somatische aandoening . Hierbij gaat het om patiënten met een (chronische) somatische aandoening waarbij met de ziekte samenhangende emotionele problemen, gedragsproblemen, cognitieve problemen, lichamelijke en / of relationele problemen, aanleiding geven tot aanzienlijk lijden en/ of interfereren met de behandeling.
- met een specifieke fobie van het bloed – injectie - verwonding type, voorzover deze interfereert met het onderzoek naar of de behandeling van een somatische aandoening
- met trichotillomanie
- met een stoornis in de impulsbeheersing waarbij de patiënten medische behandeling of zorg behoeven in verband met of als gevolg van zelfbeschadigend gewoonte gedrag zoals haartrekken, nagelbijten, krabben, liplikken, etc. Patiënten bij wie het zelfbeschadigend gewoonte gedrag deel uitmaakt van borderline persoonlijkheid problematiek worden niet in het zorgprogramma somatoforme stoornissen behandeld maar verwezen naar het zorgprogramma voor persoonlijkheidsstoornissen.

Tabel 1. ICD-9 en ICD-10 codes behorende bij subdoelgroep V(olwassenen) 1

Subgroep	Classificatie volgens DSM-IV	ICD-9	ICD-10
1.1	Somatisatiestoornis	300.81	F45.0
	Ongedifferentieerde somatoforme stoornis	300.81	F45.1
	Conversiestoornis	300.11	F44.x
	Pijnstoornis	307.xx	F45.4
	Hypochondrie	300.7	F45.2
	Stoornis in de lichaamsbeleving	300.7	F45.8
	Somatoforme stoornis NAO	300.81	F45.9
1.2	Psychische factoren die een somatische aandoening beïnvloeden	316	F54
1.3	Specifieke fobie van het bloed –injectie -verwonding type	300.29	F40.2
1.4	Trichotillomanie	312.39	F63.3
	Stoornis in de impulsbeheersing NAO	312.30	F63.9

Patiënten met een psychische stoornis door een somatische aandoening worden behandeld in het zorgprogramma voor de betreffende psychische stoornis.

Patiënten met een aanpassingsstoornis in reactie op een aan ziekte gerelateerde stressor worden behandeld vanuit het zorgprogramma angststoornissen.

Patiënten met een somatoforme waanstoornis worden behandeld vanuit het zorgprogramma psychotische stoornissen. Indien de intensiteit van de overtuiging niet voortdurend de intensiteit van een waan heeft wordt de patiënt vanuit het zorgprogramma somatoforme stoornissen behandeld.

## 1.2. Prevalentie

Tabel 2. Prevalentie van somatoforme en aanverwante stoornissen in de huisartsenpopulatie en ziekenhuispopulatie.

Type stoornis / lichamelijke klacht	Huisartspopulatie	Ziekenhuispopulatie
Somatisatiestoornis	3 – 5 % <sup>2</sup>	8 % <sup>3</sup>
Ongedifferentieerde somatoforme stoornis	14 – 27 % <sup>4</sup>	
• LOK (algemeen)	18% (5%) <sup>5</sup>	35-50 % <sup>6</sup>
• CVS	0.2 % <sup>7</sup>	
• Niet-cardiale POB		
• Prikkelbare Darm Syndroom <sup>8</sup>	2 – 3 %	
• Hoofdpijn	10 – 15 % migraine 3 % spanningshoofdpijn	
• Fibromyalgie <sup>9</sup>	2 %	6 %
Conversie stoornis <sup>10</sup>		0.5 – 5 %
Pijnstoornis	4% chronische rugpijn 2 % nekpijn	
Hypochondrie	4.2 – 6.3 % <sup>11</sup> 2 – 9 % <sup>12</sup>	5%
Stoornis in de lichaamsbeleving	0.7% (vrouwen)	
Specifieke fobie van het bloed –injectie - verwonding type <sup>13</sup>	3.5%	
Trichotillomanie		
Stoornis in de impulsbeheersing NAO		

<sup>2</sup> Hollifield, et al., 1999,

<sup>3</sup> Hemert, van, 1993

<sup>4</sup> Fink, 1999 en Faravelli, 1997

<sup>5</sup> Arnold, personal communication, waarvan 5% in aanmerking komt voor behandeling en dit ook wil

<sup>6</sup> Nimmuan et al., 2001

<sup>7</sup> Bij een gemiddelde praktijkgrootte van 2550 patiënten betekent dit 4.5 patiënt per praktijk

<sup>8</sup> Bogduk, 1984

<sup>9</sup> Haarlemmer & Soerjanto, 1996

<sup>10</sup> Moene, 2001

<sup>11</sup> Barsky et al., 1994

<sup>12</sup> Noyer, 2001

<sup>13</sup> Bienvenu & Eaton, 1998

### 1.3. Co-morbiditeit<sup>14</sup>

Tabel 3. Vóórkomen van depressie, angst, obsessief compulsieve stoornis en persoonlijkheidsstoornissen bij somatoforme en aanverwante stoornissen.

Type stoornis / lichamelijke klacht	Depressie	Angst – paniek stoornis	OCD	Persoonlijksstoornis
Somatisatiestoornis	55-88%	60%	18%	61-72%
Ongedifferentieerde somatoforme stoornis	48%			
• LOK (algemeen)	40%			
• CVS				
• Niet-cardiale POB		17 – 43%		
• Prikkelbare Darm Syndroom				
• Hoofdpijn				
• Fibromyalgie				
Conversiestoornis	47%	33%	4%	62%?
Pijnstoornis	50%	56%		59%
Hypochondrie	28-33%	24%	0%	63%?
Stoornis in lichaamsbeleving	75%		30%	
	77%	70%		
Specifieke fobie van het bloed –injectie - verwonding type <sup>15</sup>				
Trichotillomanie				
Stoornis in de impulsbeheersing NAO				

### 1.4. Verwijzers

Patiënten kunnen verwezen worden door de huisarts en / of medische specialist. Verwijzing door de medisch specialist geschiedt alleen na overleg met de huisarts. Ook de consultatief psychiater van het algemeen of academisch ziekenhuis kan na overleg met de huisarts een patiënt verwijzen naar het zorgprogramma somatoforme stoornissen.

### 1.5. Samenwerking met overige behandelaren

Patiënten met een somatische aandoening die binnen het zorgprogramma somatoforme stoornissen worden behandeld, zullen over het algemeen ook elders voor hun somatische aandoening onder behandeling of controle zijn. In een dergelijke situatie, waarin meerdere behandelaren bij de behandeling van de patiënt betrokken zijn, is het van eminent belang dat er overleg plaats vindt tussen de behandelaren zodat behandelingen op elkaar kunnen worden afgestemd en het focus van de behandeling kan worden vastgehouden. Aan het begin van de behandeling kan, nadat toestemming van de patiënt is verkregen, contact opgenomen worden met de verschillende betrokken behandelaren. In de loop van de behandeling wordt regelmatig contact opgenomen met die behandelaren die de patiënt met enige regelmaat zien. De frequentie van het overleg is afhankelijk van de ernst van de somatische toestand, de complexiteit van de problematiek en de aanwezigheid van co-morbide (As II) problematiek en varieert tussen 1 x per 2 weken, 1 x per maand of 1 x per 3 maanden.

<sup>14</sup> tenzij anders vermeldt, Hemert van, 2001

<sup>15</sup> Bienvenu & Eaton, 1998

### 1.6. Settings waar zorg geboden wordt vanuit het zorgprogramma somatoforme stoornissen

De zorg voor patiënten van het zorgprogramma somatoforme een aanverwante stoornissen vindt plaats (zal plaats gaan vinden) in zowel de eerste, tweede als derde lijn.

De huisarts speelt een cruciale rol bij de zorg voor deze patiënten. GGZ medewerkers, SPV en psychotherapeut, zullen in de huisartsenpraktijk op verzoek van de huisarts patiënten zien voor nadere diagnostiek en / of kortdurende behandeling. Zij zullen een belangrijke adviserende rol spelen bij het doorverwijzen van patiënten naar de tweede lijn.

In de tweede lijn wordt zorg geboden vanuit de Rijngest Groep maar ook vanuit de consultatief psychiatrische diensten en medisch psychologische diensten van de algemene ziekenhuizen en de consultatief psychiatrische dienst van het academisch ziekenhuis. Tenslotte wordt ook geestelijke gezondheidszorg geboden vanuit (poli)klinieken van revalidatie centra.

In de derde lijn wordt zorg aan de patiënten van het zorgprogramma somatoforme stoornissen geboden door de (poli)kliniek van het LUMC. Daarnaast bestaat er de mogelijkheid om door te verwijzen naar gespecialiseerde bovenregionale centra. De (poli)kliniek van het LUMC richt zich op die patiënten die behandel resistent zijn gebleken. In het kader van wetenschappelijk onderzoek zullen nieuwe behandelvormen worden aangeboden. Daarnaast kan de tweede lijn een beroep doen op de (poli)kliniek van het LUMC wanneer er onduidelijkheid is over de diagnose of er sprake is van een onverklaarde stagnatie in de behandeling. De bovenregionale gespecialiseerde centra hebben ieder hun eigen specifieke behandelaanbod. Zie bijlage, pag. 32.

### 1.7. Type stoornis per setting

Tabel 4. Type stoornis of klacht per setting; wie wordt waar behandeld.

	Eerste lijn		Tweede lijn		Derde lijn	
	Huisarts	GGZ	Rijngest Groep	Revalidatie (poli)kliniek	LUMC (poli) kliniek	Gespecialiseerde (poli)kliniek
Somatisatiestoornis	+	+	+	+		+
Ongedifferentieerde somatoforme stoornis	+	+	+	+	[+] <sup>16</sup>	(+)
Conversiestoornis			+			+
Pijnstoornis	+	(+)	+	+		+
Hypochondrie			+		[+]	
Stoornis in lichaamsbeleving			+		[+]	
Psychische factoren van invloed op somatische aandoening	+	+	+	+		
Specifieke fobie bloed – injectie – verwonding type			+			
Trichotillomanie			+			
Stoornis in de impulsbeheersing NAO		(+)	+			

Niet behorend tot de Rijngestgroep

Behorend tot de Rijngestgroep

<sup>16</sup> [+] uitsluitend in het kader van wetenschappelijk onderzoek of voor nadere diagnostiek en advies ten aanzien van de (gestageneerde) behandeling.

## ***1.8. Behandelactiviteiten***

De volgende behandelactiviteiten worden onderscheiden:

### Primaire behandelingen:

- *Psychotherapie (cognitieve gedragstherapie)*
  - Kortdurende enkelvoudige cognitief gedragstherapeutische behandeling (Relaxatie Training).
  - Protocol: cognitief gedragstherapeutische behandeling volgens protocol.
  - Protocol plus: behandeling volgens protocol aangevuld met interventies gericht op co-morbide As I stoornissen of persoonlijkheidsproblematiek.
- *Farmacotherapie*
  - behandeling met (S)SRI
  - behandeling met tricyclische antidepressiva (TCA)
  - behandeling van co-morbide psychiatrische stoornissen, volgens hiervoor geldende richtlijnen
- *Case management*
  - vanuit de huisartspraktijk met de mogelijkheid om consultatie te vragen bij de Rijngest Groep. uitleg over klachten of het management daarvan. Tevens advisering aan huisarts en patiënt ten aanzien van het structureren en reguleren van de medische consumptie. Bijvoorbeeld ten aanzien van de frequentie van het bezoek aan de huisarts. In geval van ernstige somatische problematiek en psychiatrische problematiek kan worden overwogen om de psychiatrische thuiszorg in te zetten. Bijvoorbeeld in afwachting van een opname of om een opname te voorkomen.
  - vanuit polikliniek psychiatrie van het LUMC bij patiënten bij wie de ernst van de somatische toestand dit noodzakelijk maakt (polikliniek activiteit behorende bij de consultatieve dienst psychiatrie)

De verschillende behandelactiviteiten worden na elkaar ingezet zodat het effect van de interventie kan worden beoordeeld. Indien een co-morbide psychiatrische stoornis direct behandeling behoeft dan zal het effect van die behandeling op de aanmeldingsklacht worden afgewacht alvorens met de behandeling van de aanmeldingsklacht te beginnen.

De keuze tussen farmacotherapie en cognitieve gedragstherapie wordt volgens de richtlijnen voor de WGBO door de patiënt gemaakt nadat hij door de behandelaar over de verschillende behandel mogelijkheden, hun effectiviteit alsmede de praktische argumenten omtrent beschikbaarheid is geïnformeerd. Op dit moment zijn er nog geen gegevens bekend van studies waarin het effect van farmacotherapie en cognitieve gedragstherapie wordt vergeleken. Het effect van de ene behandeling, bijvoorbeeld farmacotherapie, dient afgewacht te worden alvorens een volgende behandeling, bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie wordt gestart.

### Aanvullende behandelingen:

- *Fysiotherapie (haptotherapie)*
- *Ergotherapie*

### Consultatie:

- *Vanuit de Rijngest Groep aan de eerste lijn*
- *Vanuit het LUMC aan de Rijngest Groep*




## 1.9. Behandelactiviteiten per setting

Tabel 5. Behandelactiviteiten per setting; waar wordt wat geboden.

	Eerste lijn		Tweede lijn		Derde lijn	
	Huisartspraktijk <sup>17</sup>		Rijngeest Groep	Revalidatie (poli)kliniek <sup>18</sup>	LUMC (poli) kliniek	Gespecialiseerde (poli)kliniek <sup>19</sup>
<b>Primaire behandelingen</b>						
<i>Psychotherapie (cognitieve gedragstherapie)</i>	+	+	+	+	+	+
• Kortdurende enkelvoudige behandeling (RT, AT)	+	+	+			
• Protocol			+	+	[+] <sup>20</sup>	
• Protocol plus			+		+	
<i>Farmacotherapie</i>	+		+	+	+	+
<i>Case management</i>	+	+			(+) <sup>21</sup>	
<b>Aanvullende behandelingen<sup>22</sup></b>						
Fysiotherapie (haptotherapie)	(+) <sup>23</sup>		(+)	+	+	+
Ergotherapie						+
<b>Consultatie</b>						
Aan de huisartspraktijk		+	+			
Aan de Rijngeest Groep					+	

 Niet behorend tot de Rijngeestgroep

 Behorend tot de Rijngeestgroep

<sup>17</sup> De huisartspraktijk maakt geen deel uit van het zorgprogramma in die zin dat de huisartspraktijk geen GGZ instelling is. Momenteel loopt er een proef waarbij SPV en mogelijk in de nabije toekomst ook psychotherapeuten vanuit het CGGZ gedetacheerd zijn in de huisartspraktijk.

<sup>18</sup> Een klinische setting waar behandeling van patiënten met somatoforme stoornissen kan plaats vinden.

Gestreefd wordt naar nauwe samenwerking met een of meerdere regionale revalidatie centra.

<sup>19</sup> Verwijzing naar een van de gespecialiseerde instellingen kan worden overwogen als regionaal de mogelijkheid voor de geïndiceerde behandeling ontbreekt.

<sup>20</sup> [+] in het kader van wetenschappelijk onderzoek

<sup>21</sup> Alleen indien de ernst van de somatische toestand begeleiding vanuit het ziekenhuis noodzakelijk maakt.

<sup>22</sup> Veel voorkomende aanvullende behandelingen. De opsomming is niet volledig. Verpleegkundige interventies bij opgenomen patiënten en maatschappelijke interventies kunnen in voorkomende gevallen ingezet worden bij de behandeling.

<sup>23</sup> In het kader van een protocol plus behandeling kan behandeling door een haptotherapeut gespecialiseerd in de behandeling van patiënten met psychiatrische problematiek geïndiceerd zijn.

### 1.10. Behandelactiviteiten per type behandelaar

Tabel 6. Behandelactiviteiten per type behandelaar; wie doet wat.

	Arts	Psychiater (i.o.)	Psycholoog (i.o.)	Verpleegkundige SPV	Fysiotherapeut
<b>Primaire behandelingen</b>					
<i>Psychotherapie (cognitieve gedragstherapie)</i>					
• Kortdurende enkelvoudige behandeling (RT, AT)	+	+	+	+	
• Protocol		+	+		
• Protocol plus		+	+		
<i>Farmacotherapie</i>	+	+			
<i>Case management</i>	+	+		+	
<b>Aanvullende behandelingen</b>					
Fysiotherapie (haptotherapie)					+
Ergotherapie					+
<b>Consultatie</b>					
Aan de huisartspraktijk		+	+	+	
Aan de Rijngeest Groep		+	+		

### 1.11. Behandelactiviteiten per type stoornis

Zie voor een overzicht bijlage tabel 7.

## **2. Zorgprogramma somatoforme stoornissen, algemene procedures**

### ***2.1. Toewijzen aan het zorgprogramma***

In een gesprek van maximaal 45min. (toewijzingsgesprek<sup>24</sup>) wordt de klachtenanamnese afgenomen. Aansluitend wordt de MINI+ afgenomen. Toewijzing aan het zorgprogramma somatoforme en aanverwante stoornissen vindt plaats op basis van de door de patiënt gepresenteerde klacht en/of op basis van de DSM-IV diagnose zoals bepaald met behulp van de MINI+.

Als de patiënt voldoet aan de criteria voor zowel een somatoforme of aanverwante stoornis als een andere as I stoornis, bijvoorbeeld angststoornis, stemmingsstoornis, psychotische stoornis of stoornis van de impulscontrole, dan vindt toewijzing plaats op grond van de volgende criteria:

- de belangrijkste klacht volgens de patiënt. Als de lichamelijke klacht of de gevolgen van de lichamelijke klacht de belangrijkste klacht is dan wordt de patiënt behandeld vanuit het zorgprogramma somatoforme stoornissen.
- de volgorde waarin de klachten zijn ontstaan. As I stoornissen die voorafgaand aan de somatoforme stoornis zijn ontstaan, moeten eerst behandeld te worden.

Co-morbide persoonlijkheidsstoornissen vormen in beginsel geen reden om patiënten uit te sluiten van deelname aan het zorgprogramma.

### ***2.2. Intake binnen het zorgprogramma***

Indien de patiënt is toegewezen aan het zorgprogramma somatoforme stoornissen dan wordt een afspraak gemaakt voor een intake om op grond daarvan te komen tot een specifiek

<sup>24</sup> Mogelijk dat dit gesprek in de toekomst kan worden vervangen door een kort telefonisch gesprek. Het zogenaamde aanmeldingsgesprek

behandeladvies. Afhankelijk van complexiteit van de problematiek kan dit 1 tot 3 zittingen van 45min. in beslag nemen.

De intake bij patiënten die hulp zoeken in verband met lichamelijke klachten en /of de gevolgen van die klachten, wijkt in vorm af van de standaard intake (klachtenanamnese, psychiatrisch onderzoek en biografie) maar levert inhoudelijk dezelfde informatie op. De patiënt wordt gevraagd naar zijn klacht, zijn ideeën over de klacht en de gevolgen van de klacht voor zijn dagelijks leven. Een dergelijke benadering is zeer acceptabel gebleken voor de meeste patiënten met lichamelijke (on)verklaarde klachten (Speckens, et al., 1995). Zie voor een nadere uitwerking de handleiding “*Cognitieve Gedragstherapie voor Lichamelijk (on)verklaarde klachten; Diagnostiek en Behandeling*.” (Speckens, Spinhoven & van Rood, 1999 en van Rood, ter Kuile & Speckens, 2001).

### 2.3. Voormetingen

In dezelfde periode worden ook de vragenlijsten en ratings afgenomen die als uitgangspunt dienen voor de evaluatie van de behandeling (zie verder). Ook kan de patiënt gevraagd worden (informed consent) of hij mee wil werken aan wetenschappelijk onderzoek en in dat kader nog enkele vragenlijsten in wil vullen.

Standaard worden bij alle patiënten die behandeld worden in een van de SAS zorgprogramma's een aantal meetinstrumenten afgenomen, zie tabel 7.

Tabel 8. Meetinstrumenten welke standaard worden afgenomen bij patiënten die in het zorgprogramma somatoforme stoornissen instromen.

	Meetinstrumenten	
	Vragenlijsten	Beoordelingsschalen
<b>Generiek voor SAS<sup>25</sup></b>	BSI, MASQ, SF36, OQ	CGI, GAF, CPRS, SOMi
<b>Specifiek voor Somatoforme en aanverwante stoornissen</b>	LKV, IAS	
<b>Stoornis / klacht specifiek:</b>		
Somatisatiestoornis		
Ongedifferentieerde somatoforme stoornis		
• Chronisch Vermoeidheid Syndroom	CIS	
• Prikkelbare Darm Syndroom	CS-FBD	
Conversiestoornis		
Pijnstoornis	PCCL	
Hypochondrie		
Stoornis in de lichaamsbeleving	MU, VOBDD	Y-BOCS BDD
Somatoforme stoornis NAO		
Psychische factoren die een somatische aandoening beïnvloeden		
Specifieke fobie van het bloed –injectie - verwonding type	Injectie fobie schaal, angst en vermijding	
Trichotillomanie		
Stoornis in de impulsbeheersing NAO		

Op indicatie kan persoonlijkheidsonderzoek (TCI) en neuropsychologisch onderzoek worden aangevraagd. (De mogelijkheid voor dit laatste ontbreekt op dit moment nog.)

<sup>25</sup> Deze vragenlijsten worden bij alle patiënten afgenomen die instromen binnen de zorgprogramma's voor stemmingsstoornissen, angststoornissen en somatoforme stoornissen.

## **2.4. Het behandeladvies**

De intaker formuleert op grond van zijn eigen gegevens en de gegevens welke zijn verzameld door de research nurse een behandeladvies. Dit voorstel wordt besproken en geaccordeerd in de multidisciplinaire team vergadering.

De resultaten van de intake en het daaruit volgende behandeladvies worden door de intaker aan de patiënt voorgelegd en besproken volgens de richtlijnen van de WGBO. Schriftelijke voorlichting over de stoornis en de behandeling wordt zo mogelijk toegevoegd. Als de keuze is gemaakt wordt het WGBO behandelovereenkomstformulier ingevuld. Uit de keuze van de behandeling volgt ook het eerste evaluatietijdstip na 6 of 12 weken.

Het behandeladvies kan luiden:

- *Geen behandeling*, indien:
  - er geen aangrijpingspunt voor behandeling wordt gevonden. Dat wil zeggen dat er geen factoren zijn die een rol kunnen spelen bij het begin, de ernst, de verergering of het voortduren van de klachten of die het beloop of behandeling van de aandoening hinderen.
  - patiënt alles overwegende afziet van behandeling.
  - er sprake is van een contra-indicatie voor behandeling. Bijvoorbeeld als de patiënt verwickeld in een juridische procedure samenhangend met de klacht.
- *Psychotherapie (cognitieve gedragstherapie)*
- *Farmacotherapie*
- *Case management*
- *Verwijzing naar een gespecialiseerde instelling*

## **2.5. Behandelactiviteiten**

### **2.5.1. Psychotherapie (cognitieve gedragstherapie)**

Cognitieve gedragstherapie effectief gebleken bij patiënten met lichamelijk onverklaarde klachten in het algemeen en bij niet-cardiale pijn op de borst, Chronisch Vermoeidheid Syndroom, Prikkelbare Darm Syndroom, fibromyalgie, chronische pijn, hoofdpijn en hypochondrie in het bijzonder (zie bijlage tabel 8). In tegenstelling tot wat wel gedacht wordt, heeft praten over belangrijke emotionele levensgebeurtenissen geen effect op de klachten bij somatisatie in de eerste lijn (Schilte et al., 2001).

#### **2.5.1.1. Kortdurende enkelvoudige cognitief gedragstherapeutische behandeling**

Het betreft een eenvoudige, niet complexe, behandeling bestaande uit een goede rationale en een daarbij aansluitende interventie, zoals bijvoorbeeld bij relaxatie training voor lichamelijk (on)verklaarde klachten (van Rood & Ouwehand, 2001). Duur van de behandeling 4 tot 6 zittingen. Behandelaren: SPVen, GZ psychologen i.o., psychiaters i.o.

Relaxatie training is effectief gebleken bij de behandeling van patiënten met onder andere (spannings)hoofdpijn, klachten passend bij het Prikkelbare Darm Syndroom en essentiële hypertensie. Applied tension is effectief gebleken bij de behandeling van patiënten met een specifieke fobie van het bloed – injectie – verwondingstype.

Er zijn behandelprotocollen beschikbaar voor relaxatie training bij patiënten met lichamelijke klachten en voor de behandeling van een specifieke fobie van het bloed – injectie – verwondingstype.

### 2.5.1.2. Protocol

Er zijn specifieke protocollen ontwikkeld voor onder andere hypochondrie, verstoorde lichaamsbeleving, chronische pijn, hoofdpijn en het chronisch vermoeidheidssyndroom (zie tabel 9).

Voor patiënten met pijnklachten, het prikkelbare darm syndroom en constitutioneel eczeem zijn protocollen voor groepsbehandeling beschikbaar.

Patiënten met een klachtenpatroon waarvoor geen specifiek protocol beschikbaar is zoals patiënten met bijvoorbeeld onverklaarde misselijkheid of jeuk, worden behandeld volgens het algemene protocol voor lichamelijke onverklaarde klachten.

Can (1996) ontwikkelde een cognitief gedragstherapeutische behandeling voor eerste generatie Turkse en Marokkaanse migranten met onverklaarde lichamelijke klachten.

### 2.5.1.3. Protocol plus

Behandeling volgens bestaand protocol aangevuld met interventies gericht op co-morbide As I stoornissen of persoonlijkheidsproblematiek. Te denken valt aan aanvullend farmacotherapie, lichaamsgerichte therapie / haptotherapie, gezinsgesprekken etc. De behandeling zal over het algemeen langer duren dan de gewone protocollaire behandelingen. De protocollen dienen als richtlijn bij de behandeling van deze patiënten met complexe problematiek. Het protocol helpt de behandelaar om ondanks de bijkomende problematiek van de patiënt, het focus van de behandeling vast te houden. ‘Strikt waar het nodig en flexibel waar het kan’. Behandelaren: ervaren en in de relevante protocollen geschoolde GZ psychologen, psychotherapeuten, en psychiaters. Indien er sprake is van een ernstige co-morbide psychiatrische stoornis waarvoor farmacotherapie geïndiceerd is dan moet overwogen worden of de behandeling geheel in handen komt van een psychiater of dat psychiater en psycholoog / psychotherapeut samen de patiënt zullen behandelen.

Tabel 9. Referenties van cognitief gedragstherapeutische behandelprotocollen

Type stoornis / lichamelijke klacht	Referenties
Somatisatiestoornis	Zie LOK algemeen
Ongedifferentieerde somatoforme stoornis	Zie LOK algemeen
• Lichamelijke Onverklaarde Klachten (algemeen)	Speckens, Spinhoven & van Rood, 1999 Van Rood, ter Kuile & Speckens, 2001
• Chronisch Vermoeidheid Syndroom	Bleijenberg, Bazelmans, & Prins, 2001
• Niet-cardiale Pijn Op de Borst	Van Rood, Van Peski –Oosterbaan, 2001
• Prikkelbare Darm Syndroom	Blanchard et al., 1993, Keefer & Blanchard, 2001
• Hoofdpijn	Sorbi et al., 1999 Zie ook LOK algemeen
Conversiestoornis	Moene, 2001
Pijnstoornis	Philips & Rachman, 1996 Zie ook LOK algemeen
Hypochondrie	Bouman en Visser, 1998 Zie ook LOK algemeen
Stoornis in lichaamsbeleving	Bouman, 1998, Philips, 1996
Psychische factoren die een somatische aandoening beïnvloeden	Zie LOK algemeen
Specifieke fobie van het bloed –injectie –verwonding type	Öst & Sterner 1987
Trichotillomanie	Azrin & Nunn, 1973
Stoornis in de impulsbeheersing	Zie Trichotillomanie

### 2.5.1.4. Duur van de behandeling

De meeste protocollaire behandelingen voor patiënten met somatoforme stoornissen bestaan uit 4 tot 16 zittingen in een periode van 1 tot 12 maanden. Bij aanvang van de behandeling

vinden de zittingen wekelijks plaats. Na enkele weken wordt de frequentie verlaagd naar een keer per twee weken. Aan het eind van de behandeling wordt de frequentie van de zittingen geleidelijk aan terug gebracht tot een keer per maand. Tenslotte volgt na 3 en na 6 maanden nog een follow-up zitting.

Indien er geen specifiek protocol voorhanden is en gebruik gemaakt wordt van het algemene protocol voor lichamelijk onverklaarde klachten. In deze gevallen kan een inschatting worden gemaakt van de duur van de behandeling door na te gaan uit welke interventies de behandeling zal gaan bestaan en hoeveel tijd verwacht mag worden (op grond van ervaring en bestaande protocollen) dat deze interventies in beslag zullen nemen. Indien een bepaalde interventie de enige interventie is, zoals wanneer een patiënt met hoofdpijn ontspanningsoefeningen krijgt aangeboden, dan is het aantal zittingen gelijk aan het geschatte aantal (4) plus 1 zitting voor de follow-up.

Tabel 10. Geschatte duur van de interventies bij gebruik van het LOK algemeen protocol

Aangrijpingspunt	Interventies	Aantal zittingen
Cognitie en emoties	Cognitieve herstructurering	6-12 zittingen
Gedrag	Basisniveau realiseren	6-8 zittingen
	Opbouwen van activiteiten niveau	6-8 zittingen
	Exposure en Respons preventie	6-8 zittingen
	Zelfcontrole procedures	6-12 zittingen
	Ontspanningsoefeningen	2-4 zittingen
Lichamelijke gevolgen	Conditie opbouw	6-12 zittingen
	Ademhalingsoefeningen	1-2 zittingen
	Werkhervatting	6-8 zittingen
Sociale gevolgen	Relatie gesprekken	2-4 zittingen

In bepaalde omstandigheden kan 16 zittingen te weinig blijken te zijn. Dat kan het geval zijn als de persoonlijkheid van of de situatie waarin de patiënt verkeerd het doorlopen van het protocol bemoeilijkt. Verder kan verwacht worden dat de standaard protocollaire behandeling te kort zal zijn als de patiënt al een standaard protocollaire behandeling heeft gehad in de eerste lijn en hier onvoldoende baat bij heeft gehad. Tenslotte zal de behandeling over het algemeen langer duren als de behandelaar nog in opleiding is.

### 2.5.2. Farmacotherapie

Behandeling van co-morbide psychiatrische stoornissen, volgens hiervoor geldende richtlijnen.

#### *Somatisatiestoornis*

Er is geen medicamenteuze behandeling beschikbaar voor mensen met een somatisatiestoornis (van Hemert 1999, Phillips 2001). Het gaat echter wel om een groep, die vaak medicamenteuze behandeling zoekt voor de verschillende symptomen en dan het risico loopt om onnodige medicatie voorgeschreven te krijgen, zoals benzodiazepinen en pijnstillers. Het is daarom aan te raden om het medicamenteuze beleid in een hand te houden, bij voorkeur in die van de huisarts.

Medicamenteuze behandeling van comorbide psychiatrische stoornissen is wel aangewezen, waarbij opgemerkt moet worden, dat patiënten met een somatisatiestoornis extra gevoelig zijn voor bijwerkingen, zodat adequate voorlichting hierover op zijn plaats is.

### *Ongedifferentieerde somatoforme stoornis*

Er zijn aanwijzingen voor de effectiviteit van SSRI's bij de behandeling van sommige patiënten met lichamelijk onverklaarde klachten, fibromyalgie, Prikkelbare Darm Syndroom, en (spannings)hoofdpijn (O'Malley et al., 1999).

### *Stoornis in de lichaamsbeleving*

Phillips (2002) heeft in een gerandomiseerde en gecontroleerde trial de effectiviteit van fluoxetine (40-80mg) onderzocht. Fluoxetine bleek effectiever dan placebo. Begonnen werd met een dosis van 20 mg/d welke op geleiden van de bijwerkingen werd verhoogd tot maximaal 80 mg/d. Patiënten met een waanachtige vorm van BDD reageerde even goed als patiënten met een niet-waanachtige vorm van BDD.

### *Hypochondrie*

Er zijn geen gerandomiseerde en gecontroleerde studies gedaan waarin de effectiviteit van behandeling met een (S)SRI bij hypochondrie is onderzocht. Wel zijn er aanwijzingen dat patiënten met hypochondrie kunnen profiteren van behandeling met een (S)SRI. De publicaties betreffen vooral studies, waarin gewerkt is met fluoxetine, fluvoxamine en paroxetine.

Over de adequate dosis, het tijdsbeloop tussen aanvang van therapie en gunstige effect en de werking op langere termijn is weinig bekend. Aangezien hypochondrie ook wel gerekend wordt tot de z.g. OCD spectrum disorders, is er iets voor te zeggen om in principe de richtlijn voor OCD aan te houden, als het gaat om instellen op een SSRI.

Hypochondere patiënten zijn vaak bang voor bijwerkingen van de medicatie, die ze krijgen voorgeschreven. Grondige voorlichting hierover is op zijn plaats.

### *Conversiestoornis*

Verslagen over medicamenteuze behandeling van patiënten met conversie zijn schaars. Er is geen bruikbare richtlijn te formuleren (van Hemert 1999).

### *Pijn stoornis*

Bij chronische pijnklachten zijn goede resultaten behaald met tricyclische antidepressiva. In een meta-analyse van elf studies worden in vier studies gunstige effecten beschreven van amitriptyline tot 75 mg per dag (Fishbain 1998). Daarnaast zijn er ook aanwijzingen dat bij sommige patiënten SSRI's een gunstig effect hebben (O'Malley, 1999). De effectiviteit van antidepressiva bij patiënten met een pijstoornis wordt waarschijnlijk bepaald door het analgetische effect van de antidepressiva. Toevoeging van een neurolepticum aan het antidepressivum lijkt niet effectief (Zitman 1991).

### *Trichotillomanie*

Bij patiënten met trichotillomanie vinden Ninan et al., 2000 geen effect van SSRI (clomipramine) in een 6 weken durende placebo gecontroleerde trial met 19 patiënten.

### *2.5.3. Case management*

Bij case management wordt de frequentie van het contact zo gekozen dat het contact met de hulpverlener niet afhankelijk is van de klachten van de patiënt. De aangeboden frequentie is hoger dan de frequentie waarmee de patiënt op grond van zijn klachten contact zou zoeken. Voorzichtigheid is geboden met het verminderen van de bezoek frequentie, aangezien dit gemakkelijk kan leiden tot een toename in de klachten presentatie.

#### 2.5.4. Verwijzing naar een gespecialiseerde instelling<sup>26</sup>

Indien behandeling binnen de zorginstelling niet mogelijk is, maar wel geïndiceerd, dan kan verwijzing naar een gespecialiseerde instelling worden overwogen.

### 2.6. Evaluatie behandelingen

De behandelingen zullen op gezette tijden worden geëvalueerd door een onafhankelijk onderzoeker, de researchnurse, met behulp van zelfrapportage vragenlijsten en beoordelingsschalen (zie bijlage de Beurs: meetinstrumenten). Voor farmacotherapie en kortdurende enkelvoudige cognitief gedragstherapeutische behandeling vindt de evaluatie meestal na 6 weken plaats. Bij farmacotherapie voor body dysmorphic disorder en hypochondrie vindt de evaluatie na 16 weken plaats. Evaluatie van de protocollair cognitief gedragstherapeutische behandelingen vindt plaats maximaal 4 weken na de protocollair vastgestelde laatste zitting. Bij protocol plus behandelingen wordt de behandeling geëvalueerd na de protocollair vastgestelde laatste zitting en vervolgens elke 6 maanden. De resultaten van deze evaluaties worden aan de behandelaar meegedeeld en deze bespreekt de resultaten met de patiënt. Op basis van het resultaat van de evaluatie wordt een keuze gemaakt over het vervolg van de behandeling.

Indien de behandeling voldoende lang heeft geduurd om effect te kunnen verwachten en er geen effect of slechts een zeer gering effect is bereikt dan wordt die behandeling gestaakt. Als er meerdere behandelopties zijn dan wordt vervolgens overgegaan op een volgende behandeling. Bij verbetering maar geen genezing wordt in principe de ingezette behandeling voortgezet tot de volgende evaluatie. Bij genezing of volgens de patiënt voldoende effect wordt de behandeling afgesloten. Indien ondanks adequate behandeling er geen verbetering optreedt dan kan doorverwijzing naar de derde lijn worden overwogen.

Indien na adequate behandeling van de aanmeldingklacht de patiënt voor een nieuwe klacht hulp zoekt dan dient de patiënt opnieuw te worden toegewezen aan een van de zorgprogramma's. Het in zorg nemen voor een nieuwe klacht vindt pas plaats na een behandel-pauze van tenminste 4 maanden.

## 3. Andere zorgprogramma's

### 3.1. Overplaatsing naar een ander zorgprogramma

Indien tijdens de behandeling klachten ontstaan die direct behandeld moeten worden, (psychose, ernstige depressie) dan wordt de lopende behandeling gestaakt en de patiënt voor zijn actuele problematiek behandeld vanuit het relevante zorgprogramma.

Overplaatsing naar een ander zorgprogramma kan noodzakelijk zijn als tijdens de behandeling blijkt dat de co-morbide problematiek adequate behandeling binnen het zorgprogramma somatoforme stoornissen onmogelijk maakt. Overplaatsing moet zeker niet te gemakkelijk worden overwogen. Enerzijds omdat uit onderzoek is gebleken dat co-morbide problematiek in de meeste gevallen afneemt bij behandeling van de primaire klacht, dus zonder gebruik te maken van specifieke op de co-morbide gerichte interventies.

Anderzijds omdat gebleken is dat juist door vast te houden aan de grote lijnen van het protocol en de daarbij behorende rationale voor behandeling, uiteindelijk het meeste effect wordt gesorteerd. Behandeling van patiënten bij wie de problematiek wordt gecompliceerd door co-morbide, as I of as II, problematiek, vergt wel bijzondere deskundigheid en vooral ervaring. Immers de behandelaar moet niet alleen bekwaam zijn in het uitvoeren van het behandelprotocol maar ook in staat zijn om de essentie van het protocol vast te houden en tegelijk op niet-essentiële punten aanpassingen te maken zodat ook de patiënt met co-morbide

---

<sup>26</sup> zie voor een adressenlijst de bijlage



problematiek van de geboden behandeling kan profiteren. Tenslotte moet voorkomen worden dat er met “moeilijke” patiënten wordt geschoven.

Indien na afloop van de behandeling nog klachten resterend zijn er twee mogelijkheden. Indien de ernst van de klachten geen directe behandeling noodzakelijk maakt, wordt na afsluiting van de behandeling een wachtperiode van tenminste 3 maanden aangehouden voordat aan een volgende behandeling wordt begonnen. Dit omdat gebleken is dat klachten vaak na afloop van de behandeling verder afnemen en de hulpvraag vervalt.

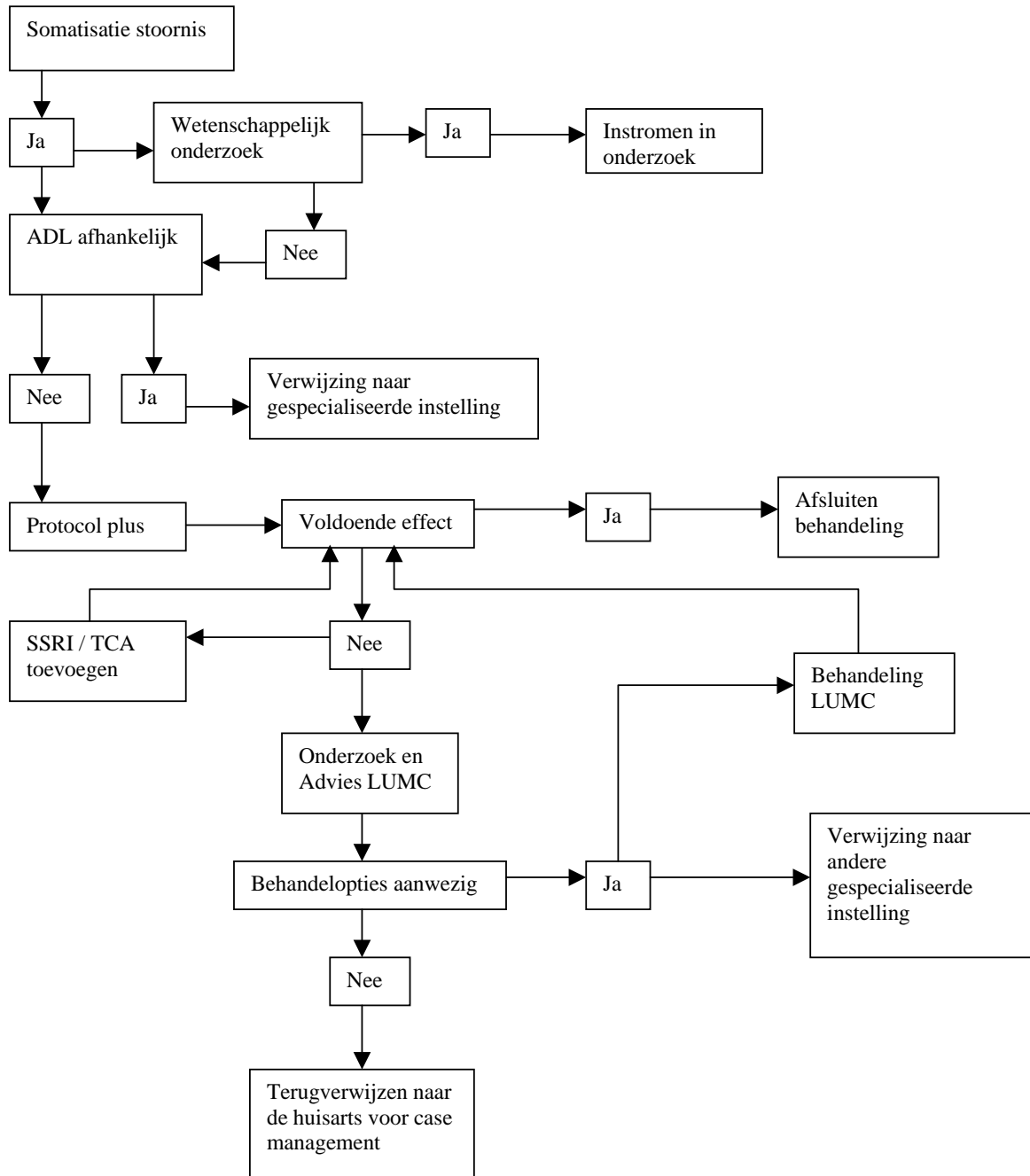
### ***3.2. Somatoforme en aanverwante stoornissen in kader van andere zorgprogramma's***

Verwacht wordt dat binnen de zorgprogramma's voor angststoornissen, stemmingsstoornissen, psychotische stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen regelmatig patiënten gezien worden met een co-morbide somatoforme of aanverwante stoornis. De behandelaren uit de betreffende zorgprogramma's kunnen advies vragen bij behandelaren van het zorgprogramma somatoforme stoornissen.

Een bijzondere relatie is er tussen het zorgprogramma somatoforme stoornissen en de programma's voor behandeling van kinderen en jeugdigen. Enkele somatoforme stoornissen, zoals de somatisatiestoornis en de body dysmorphic disorder beginnen al op jonge leeftijd. Sommige ongedifferentieerde somatoforme stoornissen zoals het Chronisch Vermoeidheid Syndroom en het Prikkelbare Darm Syndroom kunnen ook al op jonge leeftijd beginnen.

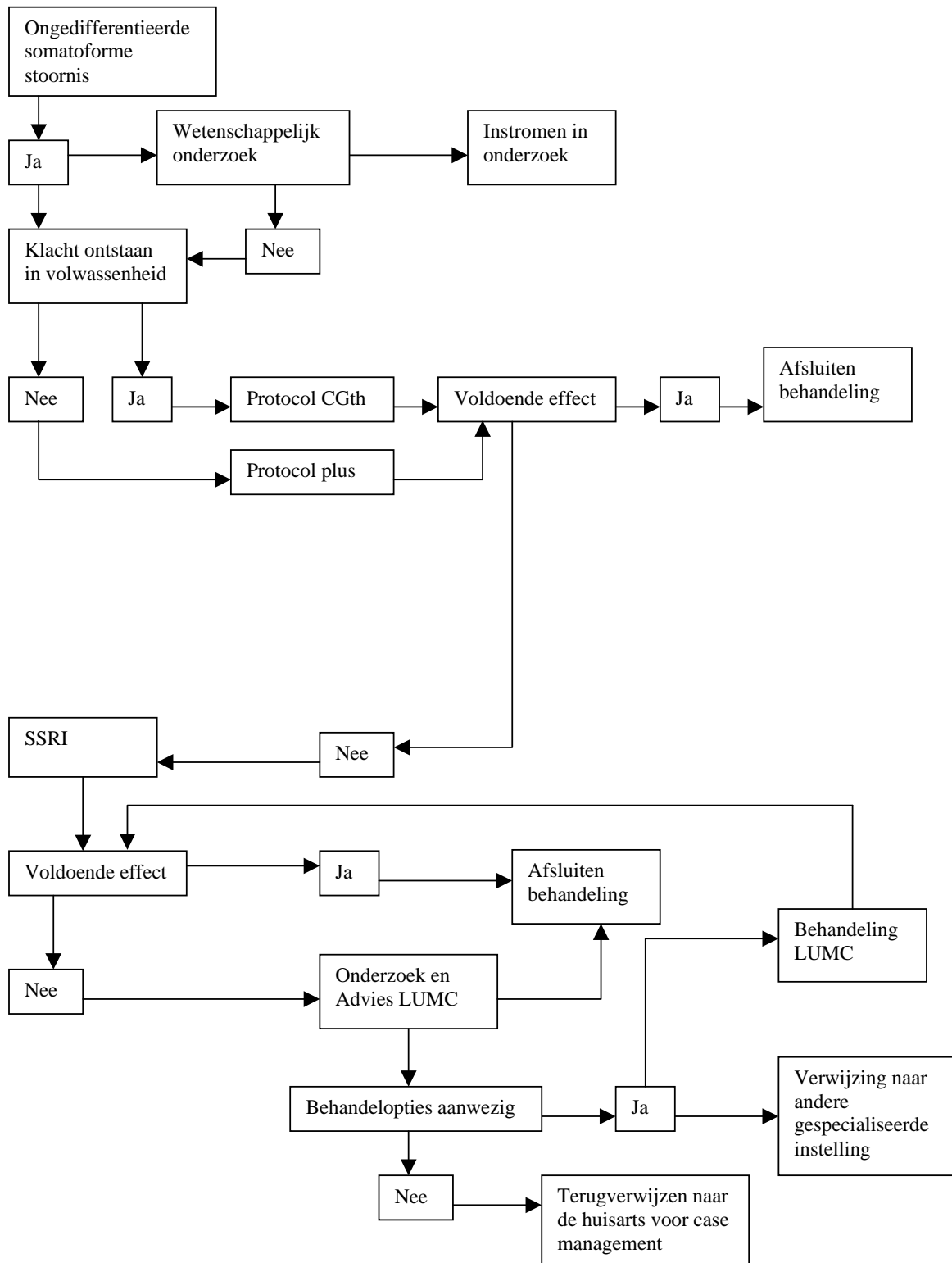
## 4. Beslisbomen somatoforme en aanverwante stoornissen

### 4.1. Somatisatie stoornis<sup>27</sup>

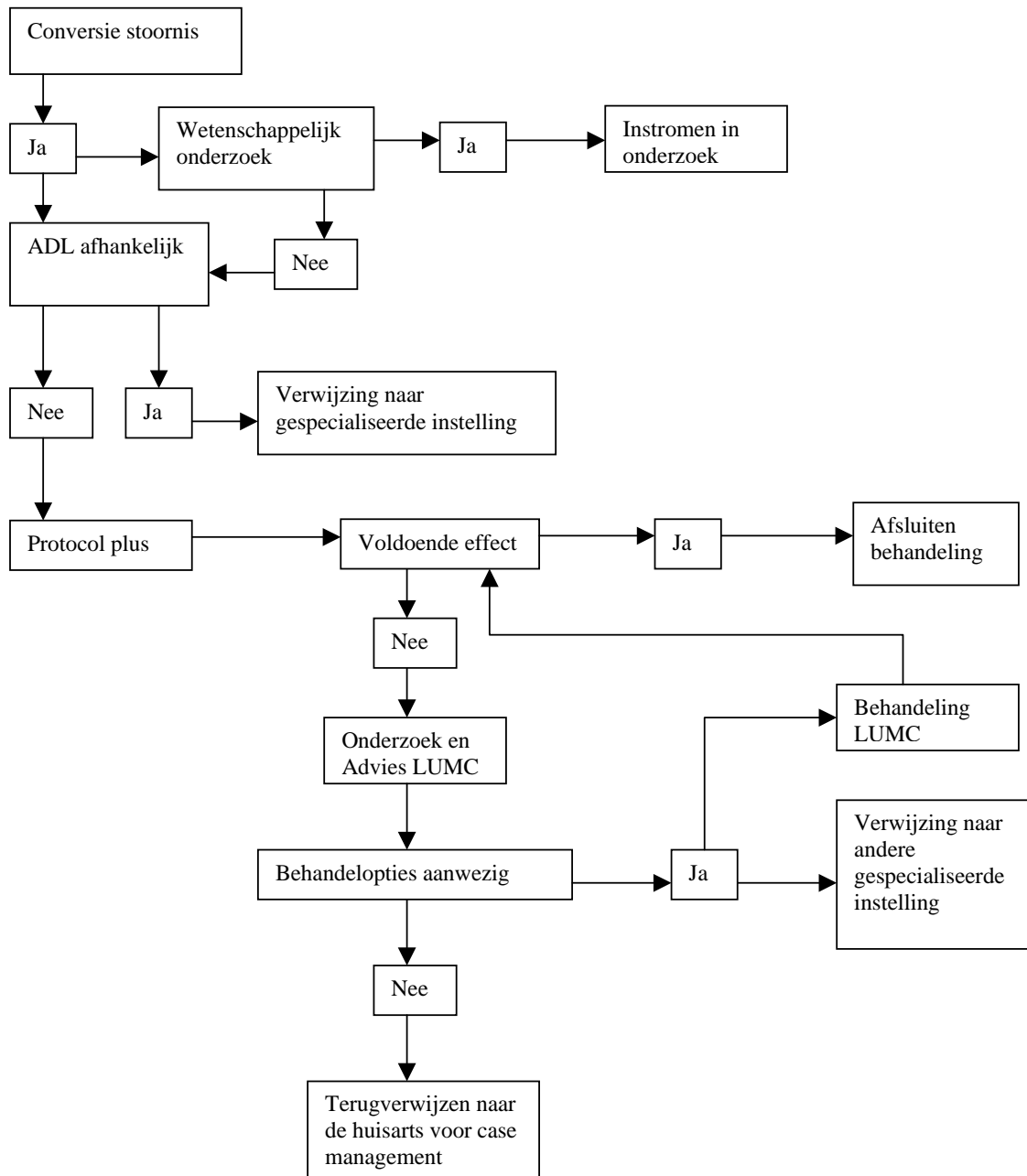


<sup>27</sup> zie voor toelichting pagina 26 en verder

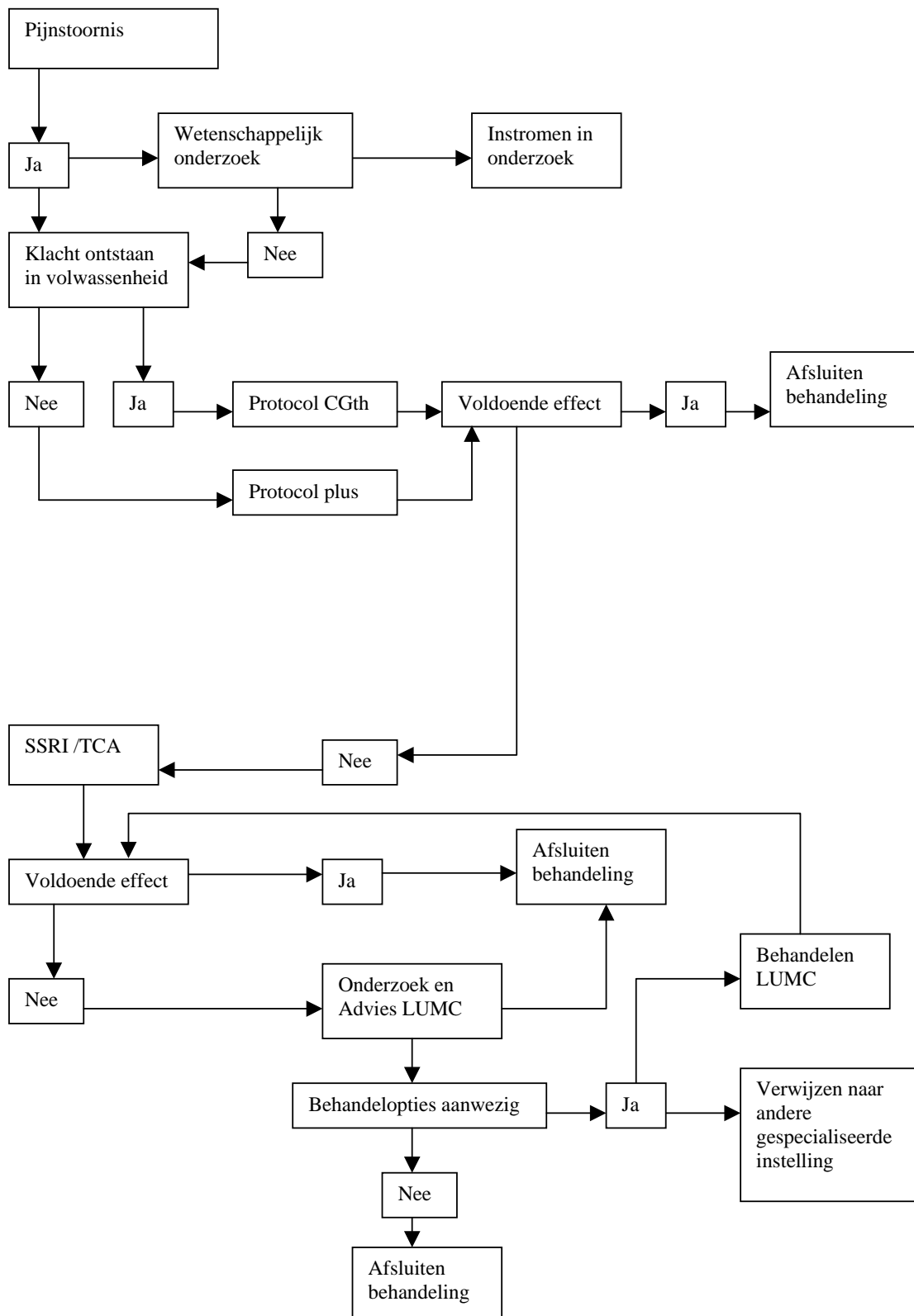
## 4.2. Ongedifferentieerde somatoforme stoornis



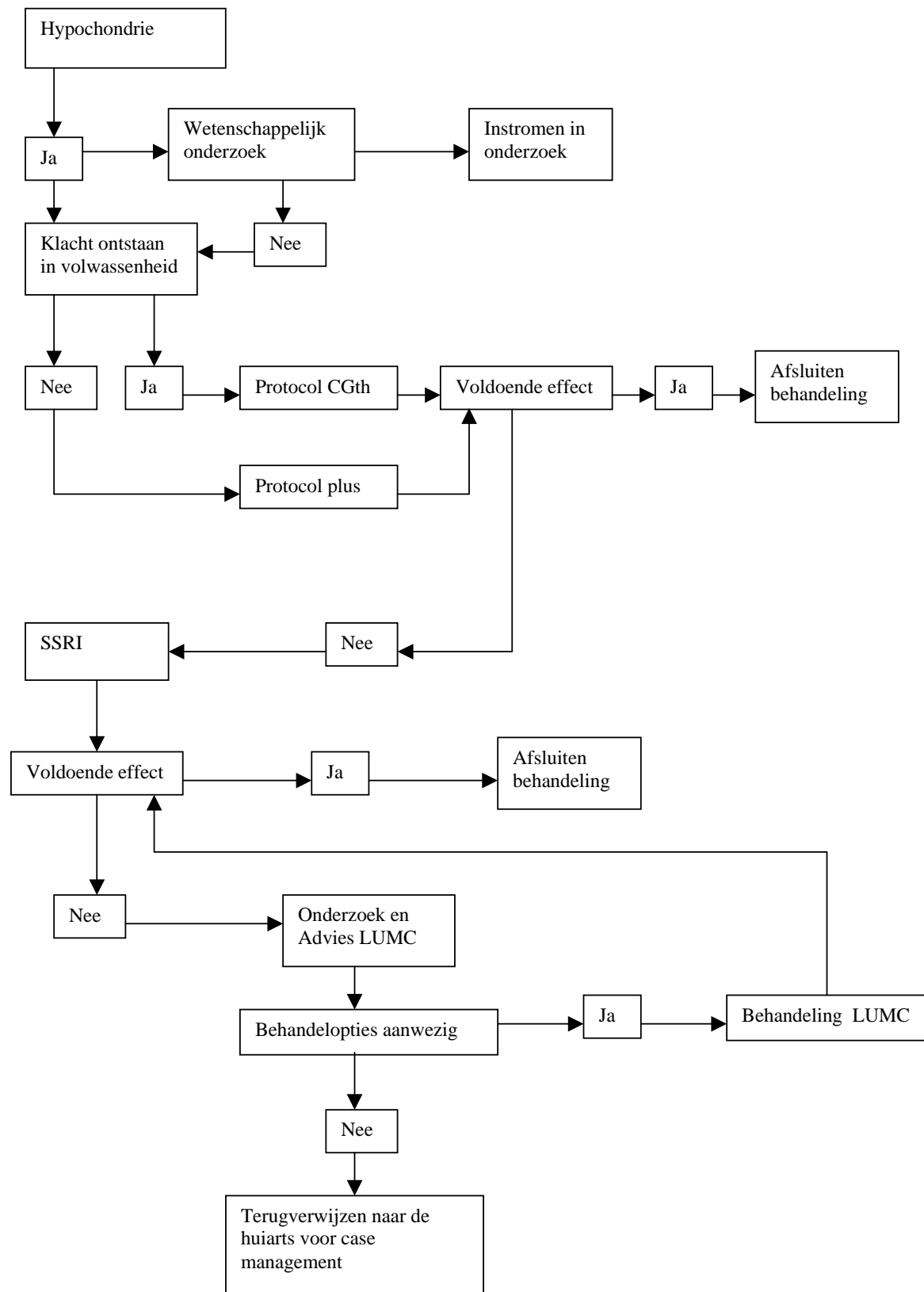
### 4.3. Conversie stoornis



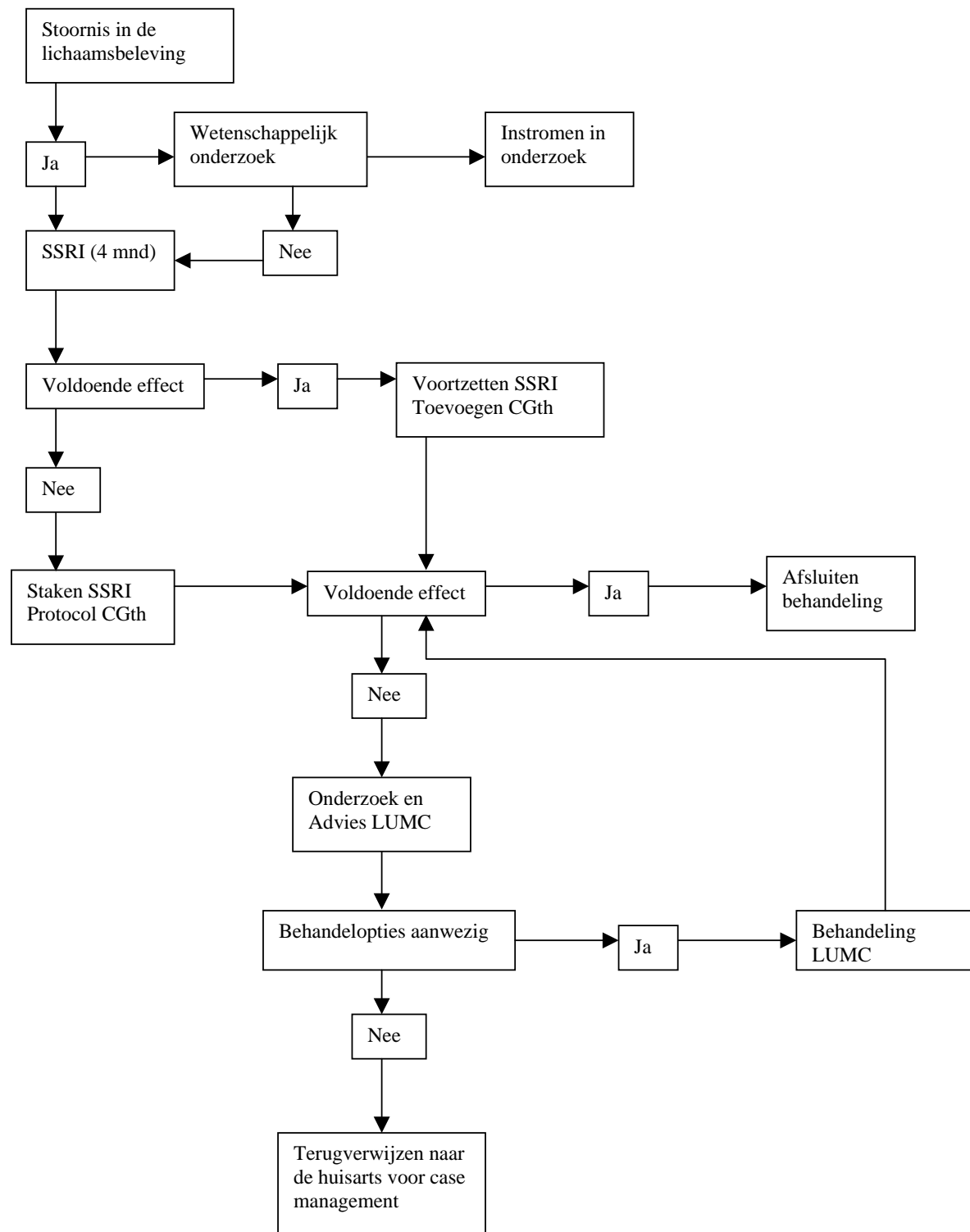
#### 4.4. Pijnstoornis



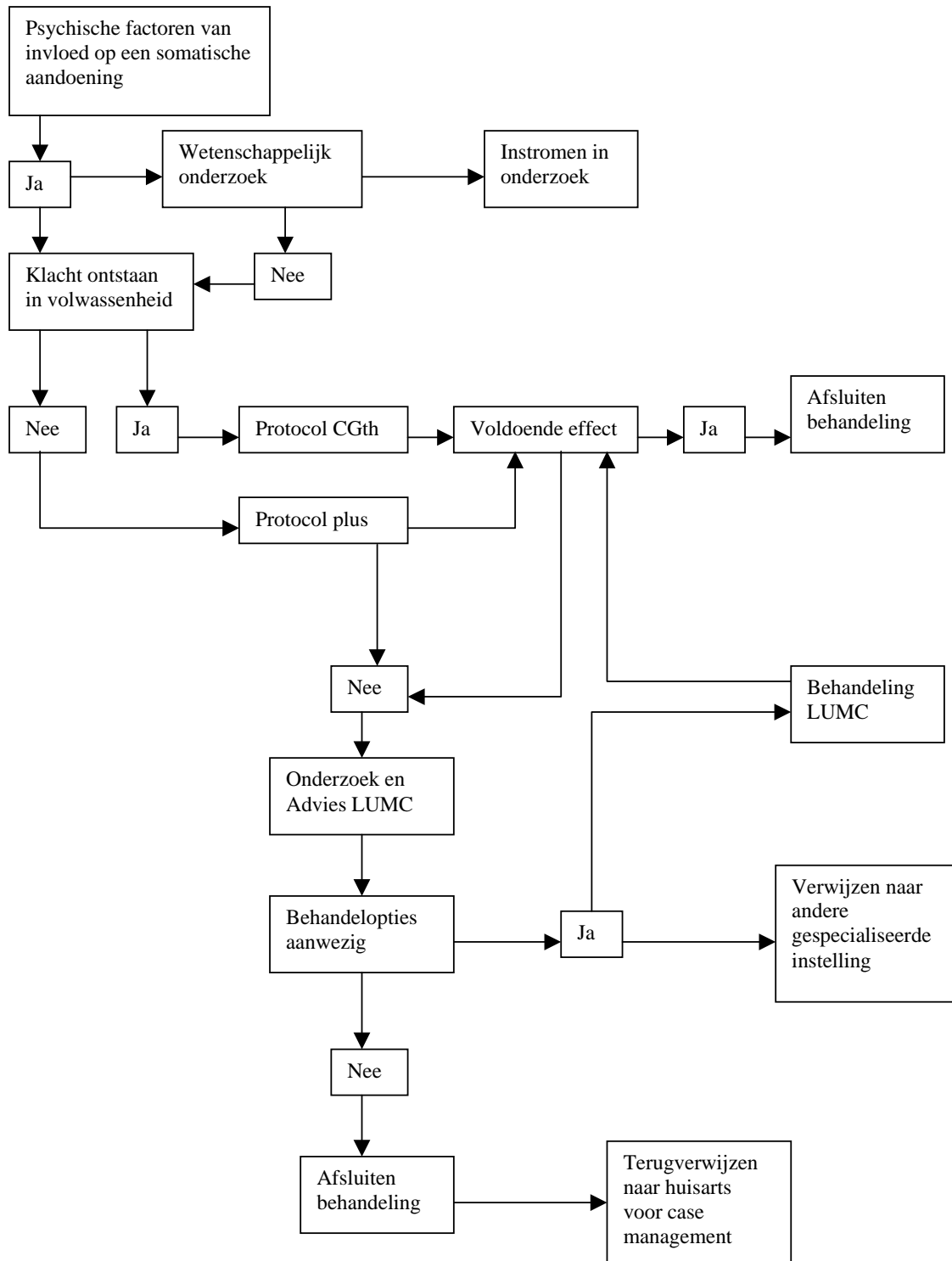
#### 4.5. Hypochondrie



#### 4.6. Stoornis in de lichaamsbeleving

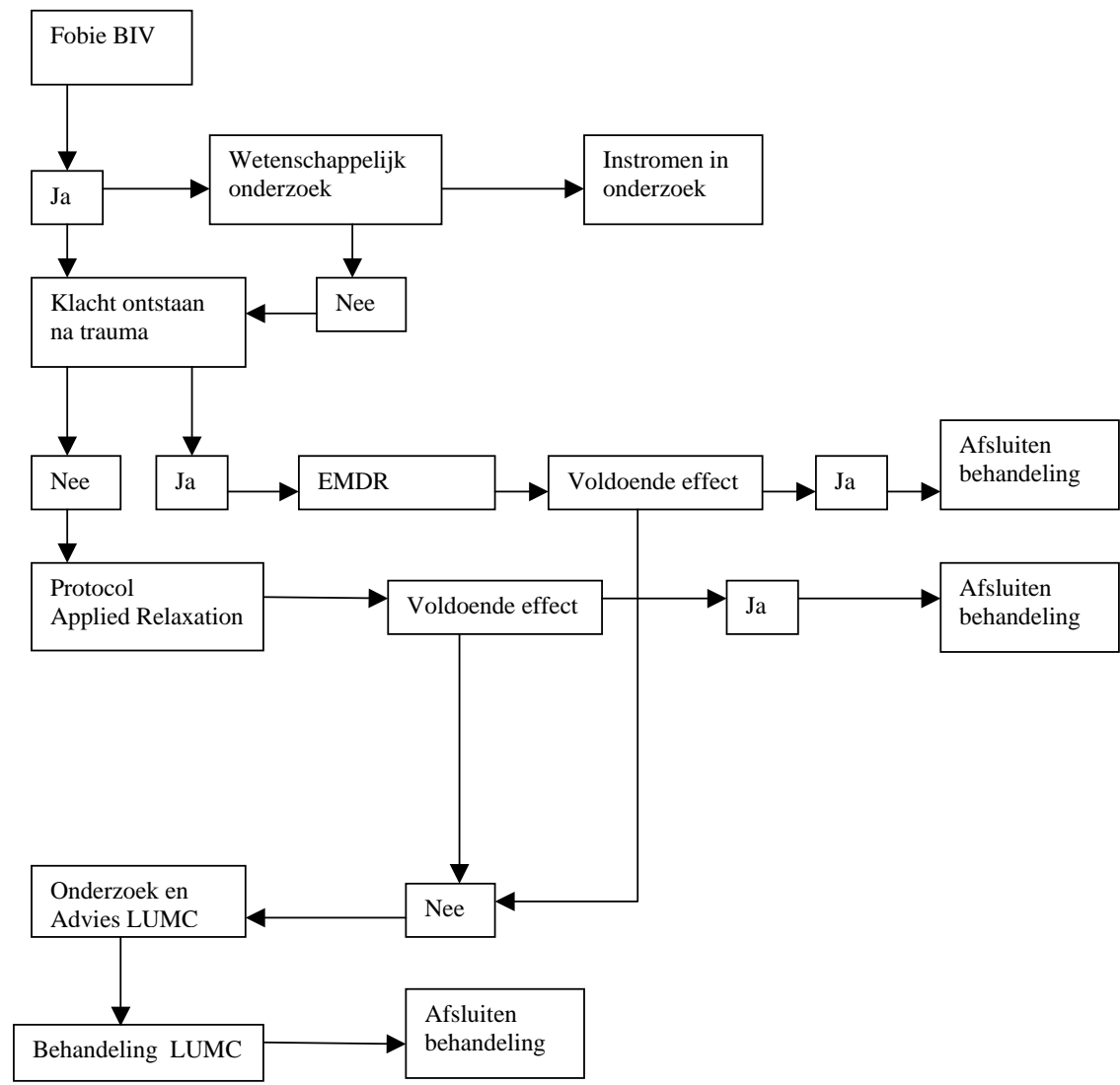


#### 4.7. Psychische factoren die een somatische aandoening beïnvloeden

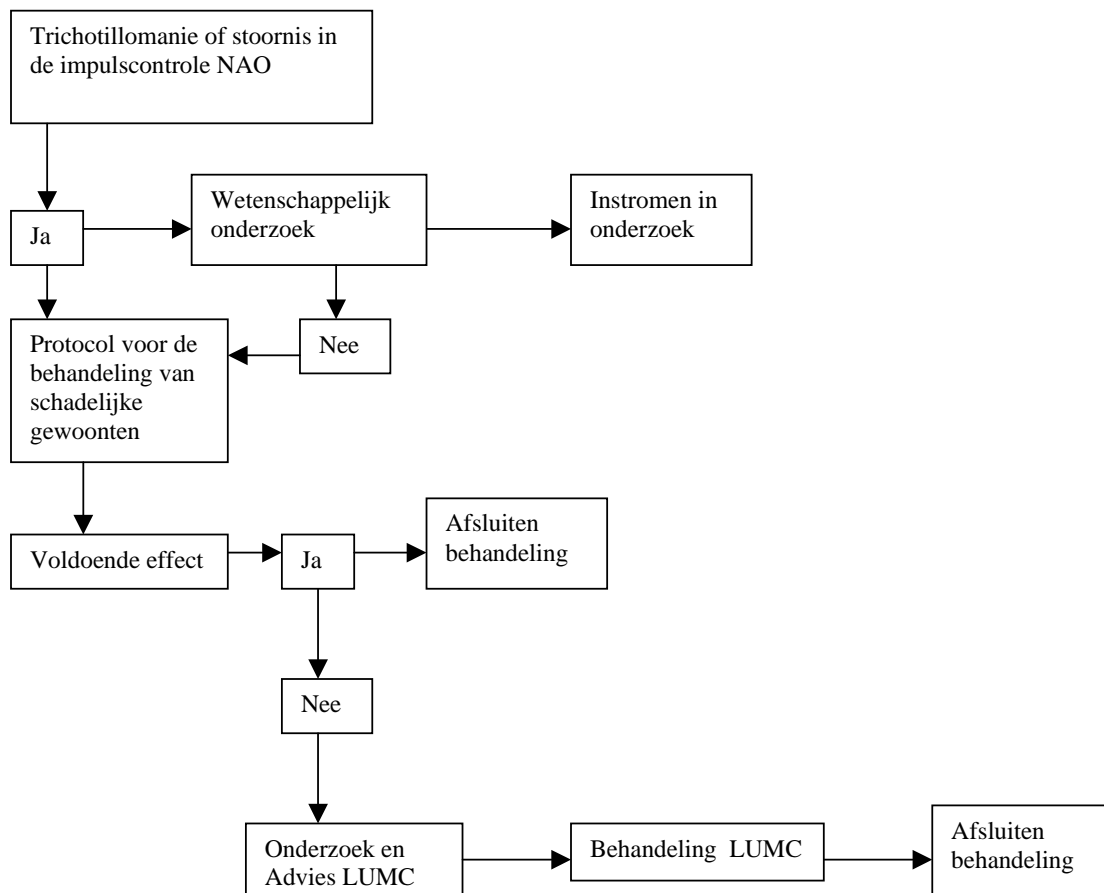




4.8. Specifieke fobie, bloed – injectie – verwonding type



#### 4.9. Trichotillomanie en stoornis in de impulsbeheersing NAO



#### **4.10. Toelichting bij de beslisbomen.**

##### *Somatisatie stoornis*

‘Het centrale kenmerk van de somatisatie stoornis is een patroon van terugkerende, meervoudige, klinisch belangrijke lichamelijke klachten. Een lichamelijke klacht wordt beschouwd als klinisch belangrijk als zij leidt tot medische behandeling (bijvoorbeeld het gebruik van medicijnen) of als zij aanmerkelijke beperkingen geeft op belangrijke gebieden van het functioneren, zoals het sociaal of beroepsmatige functioneren. De meervoudige lichamelijke klachten moeten [...] optreden over een periode van meerdere jaren. De meervoudige klachten worden niet volledig verklaard door een bekende medische aandoening.’ (APA, 1994)

Indien behandeling wordt geadviseerd dan is cognitieve gedragstherapie behandeling van eerste keus. De behandeling richt zich op de belangrijkste lichamelijke klacht en de gevolgen van die klacht (LOK algemeen). Indien een pijnklacht op de voorgrond staat dan wordt de patiënt behandeld volgens het protocol voor de cognitief gedragstherapeutische behandeling van patiënten met pijnklachten. Indien een pseudo-neurologische klacht de belangrijkste klacht is dan wordt de patiënt behandeld volgens de richtlijnen voor de behandeling van patiënten met een conversie stoornis (Moene, proefschrift 2001). Indien de angstige preoccupatie met de klacht voorop staat dan wordt de patiënt behandeld volgens het protocol voor de behandeling van hypochondrie. Staat een andere lichamelijke klacht op de voorgrond dan wordt de patiënt behandeld volgens het behandel protocol voor patiënten met een ongedifferentieerde somatoforme stoornis (van Rood, ter Kuile, Speckens, 2001).

Er is geen medicamenteuze behandeling beschikbaar voor mensen met een somatisatiestoornis (van Hemert 1999, Phillips 2001). Het gaat echter wel om een groep, die vaak medicamenteuze behandeling zoekt voor de verschillende symptomen en dan het risico loopt om onnodige medicatie voorgeschreven te krijgen, zoals benzodiazepinen en pijnstillers. Het is daarom aan te raden om het medicamenteuze beleid in één hand te houden, bij voorkeur in die van de huisarts.

Behandeling met SSRI kan worden overwogen indien angstige preoccupatie met de klacht voorop staat. In dat geval gelden dezelfde richtlijnen als voor de behandeling van patiënten met hypochondrie.

Bij farmacotherapeutische behandeling van co-morbide psychiatrische stoornissen moet rekening gehouden worden met de extra gevoeligheid van patiënten met een somatisatiestoornis voor bijwerkingen. Adequate voorlichting hierover is op zijn plaats.

Indien de patiënt ADL afhankelijk is en er sprake is van co-morbide persoonlijkheidsproblematiek dat kan de patiënt voor behandeling worden verwezen naar de Eikenboom (Utrecht). Patiënten bij wie de pseudo-neurologische klachten op de voorgrond staan kunnen worden verwezen naar de PAAZ “De Grote Rivieren” te Dordrecht.

##### *Ongedifferentieerde somatoforme stoornis*

‘Het centrale kenmerk van ongedifferentieerde stoornis is een of meer lichamelijke klachten, die zes maanden of langer aanwezig zijn [...] Voor de klachten wordt na adequaat somatisch onderzoek geen verklaring gevonden of de lichamelijke klachten of hieruit volgende beperkingen zijn ernstiger dan men op grond van de anamnese, het lichamenlijk onderzoek of laboratoriumuitslagen zou verwachten [...] De klachten veroorzaken klinisch belangrijk lijden of beperkingen van het functioneren op belangrijke levensgebieden, zoals het beroepsmatig of sociaal functioneren. De diagnose wordt niet gesteld als de klachten beter zijn te verklaren door een andere psychische stoornis (bijvoorbeeld een andere somatoforme

stoornis, seksuele disfunctie, stemmingsstoornis, angststoornis, slaapstoornis of psychotische stoornis)' (APA, 1994).

#### *Conversiestoornis*

'Het centrale kenmerk van de conversiestoornis is de aanwezigheid van klachten of uitvalverschijnselen van de vrijwillige motorische of sensorische functies, die aan een neurologische of andere algemeen medische aandoening doen denken. Op grond van de samenhang met conflicten of andere stressoren bij aanvang of verergering van de klachten wordt geoordeeld dat de klachten samenhangen met psychologische factoren' (APA, 1994)

#### *Pijnstoornis*

'Het centrale kenmerk van de pijnstoornis is pijn als belangrijkste aandachtspunt van de klinische presentatie. De pijn moet ernstig genoeg zijn om klinische aandacht te rechtvaardigen. [...] De inschatting is dat psychische factoren een belangrijke rol spelen bij de aanvang, de ernst, de toename of het onderhouden van de pijn. De diagnose pijnstoornis wordt niet gesteld als de pijn beter wordt verklaard door een stemmingsstoornis, een angststoornis of een psychotische stoornis, of als pijn voldoet aan de criteria voor dyspareunie. Voorbeelden van beperkingen door pijn zijn onder andere onvermogen om te werken of naar school te gaan, frequent gebruik van gezondheidsvoorzieningen, de pijn wordt een belangrijke focus in het leven van een persoon, substantieel gebruik van medicamenten, en problemen in de sociale omgang, zoals relatieproblemen of disruptie van het normale levenspatroon van het gezien' (APA, 1994)

#### *Hypochondrie*

'Het centrale kenmerk van hypochondrie is preoccupatie met de angst of de gedachte aan een ernstige ziekte te lijden, gebaseerd op misinterpretatie van een of meer lichamelijke klachten over verschijnselen. Bij gedegen medisch onderzoek wordt geen medische aandoening gevonden die de bezorgdheid van de persoon geheel rechtvaardigt. De ongefundeerde angst of gedachte duurt ondanks medische geruststelling voort. Echter, de opvatting heeft niet (voortdurend) de intensiteit van een waan (dat wil zeggen dat de persoon de mogelijkheid kan erkennen dat hij of zij de mate van de gevreesde ziekte overdrijft, of dat er wellicht in het geheel geen ziekte is)' (APA, 1994)

#### *Stoornis in de lichaamsbeleving*

'Het centrale kenmerk van de stoornis in de lichaamsbeleving is (historisch bekend als dysmorphofobie) preoccupatie met een mankement in het lichamenlijk uiterlijk. Het mankement is ofwel ingebeeld, of er is een kleine lichamelijke afwijking waaraan de betrokkene overdreven belang hecht. De opvatting heeft niet (voortdurend) de intensiteit van een waan (dat wil zeggen dat de persoon de mogelijkheid kan erkennen dat het niet zo (erg) is als hij of zij denkt dat het is)' (APA, 1994)

Momenteel wordt op de polikliniek psychiatrie van het LUMC ervaring opgedaan met het volgende behandelprotocol. Week 1- 16 citalopram, 20 mg/d vanaf de eerste week, tenzij er aanwijzingen zijn dat zij dit slecht wordt verdragen. In dat geval kan gestart worden met 10 mg/d. Dosis constant houden voor tenminste 16 weken alvorens te concluderen of de behandeling effect heeft. De dosis wordt gelijk gehouden gedurende tenminste 12 maanden. Na de eerste 4 maanden waarin de patiënt alleen farmacotherapie krijgt, worden of cognitieve (cognitieve herstructurering en gedragsexperimenten) of gedragsmatige (exposure en respons preventie) interventies toegevoegd. Tenslotte word 4 maanden later de nog niet eerder gegeven interventie toegevoegd.

### *Psychische factoren die een somatische aandoening beïnvloeden*

'Er is een somatische aandoening vastgesteld (AsIII). Psychische factoren beïnvloeden de somatische aandoening op ongunstige wijze doordat: 1) de factoren het beloop van de somatische aandoening hebben beïnvloed, zoals blijkt uit een nauw verband in de tijd tussen de psychische factoren en het ontstaan, verergering van, of uitstel van herstel van, een somatische aandoening, 2) de factoren interfereren met de behandeling van de somatische aandoening (zie ook 'niet mee werken aan somatische behandeling'), 3) de factoren een extra gezondheidsrisico met zich mee brengen voor de patiënt en in het licht van zijn somatische aandoening, of 4) stress gebonden, fysiologische reacties de symptomen van de somatische aandoening verergeren of verergeren. (APA, 1994).

### *Specifieke fobie, bloed – injectie – verwonding type*

Duidelijke aanhoudende angst die overdreven of onterecht is, uitgelokt door de aanwezigheid van of het anticiperen op een specifiek voorwerp of situatie. Blootstelling aan de fobische prikkel veroorzaakt zonder uitzondering een onmiddellijke angstreactie, die de vorm kan krijgen van een situatie gebonden of situationeel gepredisponeerde paniekaanval. (Bij kinderen of bij volwassenen die sinds hun kindertijd deze angst hebben kan de angst naar voren komen in de vorm van huilen, woede uitbarstingen, verstijven of vastklampen). Betrokkene is zich er van bewust dat de angst overdreven of onterecht is (Bij kinderen of bij volwassenen die sinds hun kindertijd deze angst hebben kan die kenmerk ontbreken). Bloed – injectie – verwonding type: indien de angst wordt uitgelokt door het zien van bloed of een wond of door het krijgen van een injectie of andere invasieve medische technieken. De bloed – injectie – verwonding fobie is in hoge mate familiair bepaald en wordt vaak gekarakteriseerd door een sterke vasovagale reactie. (APA, 1994)

Applied tension. Protocol voor de behandeling van bloed fobie (Öst, L-G & Sterner, 1987). De patiënt leert de vasovagale reactie te beheersen door bij blootstelling aan de fobische prikkel de spieren aan te spannen. Duur 1 – 5 zittingen. Behandelaren: Psychologen i.o., psychiaters i.o.

EMDR is geïndiceerd als de fobie is ontstaan in reactie op een type I trauma. Duur: < 10 zittingen. Behandelaren: EMDR getrainde therapeuten

### *Trichotillomanie en stoornis in de impulsbeheersing NAO*

*Trichotillomanie*. Recidiverend uittrekken van de eigen haren, hetgeen leidt tot waarneembaar haarverlies. Een toenemend gevoel van spanning vlak voor het uittrekken van het haar of bij pogingen dit gedrag te weerstaan. Lust, bevrediging op opluchting bij het uittrekken van het haar. De stoornis is niet toe te schrijven aan een andere psychische stoornis of het gevolg van een somatische aandoening (bijvoorbeeld dermatologische ziekte) (APA, 1994)

*Stoornis in de impulsbeheersing NAO*. Stoornissen in de impulsbeheersing die niet voldoen aan de criteria van enig andere specifieke stoornis in de impulsbeheersing of van een andere psychische stoornis met kenmerken van impulsbeheersing. Te denken valt aan, nagelbijten, lipbijten, tongbijten, krabben, wrijven etc. Van belang is uit te sluiten dat de stoornis kan worden toegeschreven aan een andere psychische stoornis.

Behandeling op grond van het protocol voor behandeling van patiënten met schadelijk gewoonte gedrag of op geleide van een individuele functie analyse (Mansueto, 1997)

## **5. Literatuur**

- Azrin, N.H., & Nunn, R.G. (1973). Habit-reversal: a method of eliminating nervous habits and tics. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 619-628.
- Bienvenu, O.J. and Eaton, W.W. (1998). The epidemiology of blood-injection-injury phobia. *Psychological Medicine*, 28, 1129-1136.
- Blanchard, E.B., Greene, B., Scharff, L. & Schwarz-McMorris, S.P. (1993). Relaxation training as a treatment for irritable bowel syndrome. *Biofeedback Self Regulation*, 18(3), 125-131.
- Bleijenberg, G., Bazelmans, E., & Prins, J.B. (2001 in druk). *Chronische vermoeidheid. Praktijkreeks Gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Boogaards M.C. & Kuile ter, M.M. The treatment of recurrent tension headache: a meta analytic review, *Clin J Pain*, 1994; 10: 174-190.
- Bouman TK en Visser S. Hypochondrie: de angst voor ernstige ziekten. *Praktijkreeks Gedragstherapie*, deel 8, Bohn Stafleu van Loghum, 1998.
- Bouman TK. (1998) Spiegeltje, spiegeltje aan de wand: Cognitieve gedragstherapie en de stoornis in de lichaamsbeleving (Body Dismorphic Disorder). *Gedragstherapie*, 31, 249-272.
- Can M, Psychotherapeutische Methodiek (II 3.1.) In: *Handboek voor Interculturele Zorg*, Elsevier Tijdstroom, 1996
- Clark DM, Salkovskis PM, Hackmann A, Wells A, Fennell M, Ludgate J. Ahmad S, Richards HC, Gelder M. Two psychological treatments for hypochondriasis. A randomized controlled trial. *Br J of Psychiatry*, 1998,173:218-25
- Deale, A., Chalder, T., Marks, I. & Wessely, S. (1997). Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 154, 408-414.
- Dulmen van AM, Fennis JF, Bleijenberg G. Cognitive-behavioural group therapy for irritable bowel syndrome: effects and long-term follow-up.
- Fallon BA, Schneier FR, Marshall R et al (1996) The pharmacotherapy of hypochondriasis. *Psychopharmacological Bull*, 32, 607-611
- Fallon BA (2001) Pharmacologic strategies for hypochondriasis. In: Starcevic V, Lipssitt DR. Hypochondriasis, modern perspectives on an ancient malady. New York, Oxford University Press, 329-351.
- Fallon BA, Schneider FR, Marshall R et al.: The pharmacotherapy of hypochondriasis. *Psychopharmacol Bull* 1996; 32:607-11
- Fishbain DA, Cutler RB, Rosomoff HL et al. Do antidepressants have an analgesic effect in psychogenic pain and somatoform pain disorder? A meta-analysis. *Psychosom Med* 1998; 60: 503-9.
- Ford, M.R. (1982). Biofeedback treatment for headaches, Raynaud's disease, essential hypertension, and irritable bowel syndrome: a review of the long-term follow-up literature. *Biofeedback Self Regulation*, 7(4), 521-36.
- Greene, B., & Blanchard, E.B. (1994). Cognitive therapy for irritable bowel syndrome. *Journal of Consultation Clinical Psychology*, 62, 576-82.
- Hellström, K, Fellenius, J., and Lars-Göran, Öst (1996). *Behaviour Research and Therapy*, 34(2), 101-112.
- Hemert, A.M.van: Somatoforme stoornissen: farmacotherapie en co-morbiditeit met andere psychische stoornissen. In: Onverklaarde lichamelijke klachten: pathogenetische modellen en behandeling. Boerhaave Commissie voor Postacademisch Onderwijs in de Geneeskunde, Universiteit Leiden. 1999:95-116.

- Heymann-Monnikes, I., Arnold, R., Florin, I., Herda, C., Melfsen, S., Monnikes, H. (2000). The combination of medical treatment plus multicomponent behavioral therapy is superior to medical treatment alone in the therapy of irritable bowel syndrome. *American Journal Gastroenterology*, 95, 981-94.
- Hoogduin, C.A.L., Hagenaars, M.A., Minnen, A. van, & Keijsers, G.P.J. (1999) Protocollaire behandeling van patiënten met ongewenste gewoonten: zelfcontroleprocedures. In: G.P.J. Keijsers, A. van Minnen, C.A.L, Hoogduin (red.) *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Keefer, L. & Blanchard, E.B. (2001) The effects of relaxation response meditation on the symptoms of irritable bowel syndrome: results of a controlled treatment study. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 801-811.
- Klimes, I., Mayou, R.A., Pearce, M.J., Coles, L., & Fagg, J.R. (1990). Psychological treatment for atypical non-cardiac chest pain: a controlled evaluation. *Psychological Medicine*, 20, 605-11.
- Mansueto, C.S. (1997) Trichotillomania: A comprehensive behavioral model. *Clinical Psychological Review*, 17, 5, 567-577
- Mayou, R., Bryant, B., Sanders, D., Bass, C., Klimes, I & Forfar, C. (1997). A controlled trial of cognitive behavioural therapy for non-cardiac chest pain. *Psychological Medicine*, 27, 1021-1031.
- Mansueto, C.S., Townsley Stemberger, R.M., McCombs, A. and Goldfinger Golomb, R., (1997) Trichotillomania: a comprehensive behavioral model. *Clinical Psychological Review*, 17(5), 567-577
- Morley S, Eccleston C, Williams A., (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80(1-2): 1-13
- O'Connor, K.P., Brault, M., Robillard, S, Loisel, J, Borgeat, F., and Stip, E. (2001). Evaluation of a cognitive-behavioural program for the management of chronic tic and habit disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 667-681.
- Oosterbaan DB, van Balkom AJ, Boeyen CA (2001) An open study of paroxetine in hypochondriasis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 25, 1023-1033
- Öst, L-G & Sterner, (1987) Applied tension. A specific behavioural method for treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 25-29
- Peski-Oosterbaan, A.S. van, Spinhoven, Ph., Rood, Y.R. van, Does, J.W. van der, Brusckke, A.V., Rooijmans, H.G. (1999). Cognitive behavioral therapy for non-cardiac chest pain: a randomized trial. *American Journal of Medicine*, 106, 424-429.
- Phillips KA. *The broken mirror, understanding and treating body dysmorphic disorder*. Oxford University Press, 1996
- Phillips, KA (1998) Body dysmorphic disorder: clinical aspects and treatment strategies. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 62, A33-A48
- Phillips, KA, Albertini, R.S., & Rasmussen, S.A. (2002) A randomized placebo controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59, 381-388
- Philips HC and Rachman S. *The psychological management of chronic pain, a treatment manual*, second edition. Springer Series on Behavior Therapy and Behavioral Medicine, 1996.
- Prins, J.B., Bleijenberg, G., Bazelmans, E., Elving, L., Boo, Th. de, Severens, J.L., Wilt, G.J. van der, Spinhoven, Ph., & Meer, J.W.M. van der, (2001). Cognitive behaviour

therapy for chronic fatigue syndrome: a multicenter randomised controlled trial. *Lancet*, 357: 841-47.

- Rood, Y.R. van, Kuile, M.M. ter, & Speckens, A.E.M. (2001) Ongedifferentieerde somatoforme stoornissen. In: Ph. Spinhoven, T.K. Bouman & C.A.L. Hoogduin (red). *Behandelstrategieën bij somatoforme stoornissen*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Schilte, A.F., Portegrijs, P.J.M., Blankenstein, A.H., Horst, H.E., van der, Latour, M.B.F., Eijk, Th.M. van, & Knottnerus, J.A. (2001) Randomised controlled trial of disclosure of emotionally important events in somatisation in primary care. *British Medical Journal*, 323, 1-6.
- Sharpe M., Hawton, K.E., Simkin, S., Surawy, C., Hackmann, A., Klimes, I., Peto, T., Warrell, D., & Seagroatt, V. (1996). Cognitive behaviour therapy for the chronic fatigue syndrome: a randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 312, 22-26.
- Sorbi MJ & Swaen SJ. Protocollaire behandeling van patiënten met migraine en spierspanningshoofdpijn; ontspanningstraining en cognitieve training. *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg*, Keijser GPJ, van Minnen A en Hoogduin CAL eds., 1999, 199-236.
- Speckens, A.E.M. Hemert, A.M. van, Bolk, J.H., Hawton, K.E. & Rooijmans, H.G.M. (1995). The acceptability of psychological treatment in patients with medically unexplained physical symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 7, 855-863
- Speckens, A.E.M., Hemert, A.M. van, Spinhoven, Ph., Hawton, K., Bolk, J.H., & Rooijmans, H.G.M. (1995). Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: a randomised controlled trial. *British Medical Journal* 311, 1328-1332.
- Speckens, A.E.M., Spinhoven, Ph., & Rood, Y.R. van (1999). Protocollaire behandeling van patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten: Cognitieve gedragstherapie. In: G.P.J. Keijsers, A. van Minnen, C.A.L. Hoogduin (red.) *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Sumathipala, A., Hewege, S., Hanwella, R., & Mann, A.H. (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.
- Surawy, C. Hackmann, A., Hawton, K., & Sharpe, M. (1995). Chronic fatigue syndrome: a cognitive approach. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 535-544.
- Toner, B.B., Segal, Z.V., Emmott, S., Myran, D., Ali, A., DiGasbarro, I., & Stuckless, N. (1998). Cognitive-behavioral group therapy for patients with irritable bowel syndrome. *International Journal of Group Psychotherapy*, 48, 215-43.
- Visser S en Bouman TK. The treatment of hypochondriasis: exposure plus response prevention versus cognitive therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 2001, 39: 423-442.
- Visser, S. & Reinders, M. (1999) Cognitieve therapie bij hypochondrie en andere somatoforme stoornissen. In: S.M. Bögels & P. van Oppen (red.) *Cognitieve therapie: theorie en praktijk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum (p. 219-246).
- Vlaeyen JW, Teeken-Gruben NJ, Goossens ME, Rutte- van Molken MP, Pelt RA, van Eek H, Heuts PH. Cognitive-educational treatment of fibromyalgia: a randomized clinical trial. I Clinical effects. *J of Rheumatology*, 1996, 23(7):1237-45
- Warwick HM, Clark DM, Cobb AM, Salkovskis PM. A controlled trial of cognitive-behavioural treatment of hypochondriasis. *Br J of Psychiatry*, 1996, 169(2):189-95.



## **6. Adressenlijst**

### Stichting Epilepsie Instellingen Nederland,

Contact persoon: Dr. Jarl Kuyk, psycholoog, jkuyk@sein.nl

Locatie Meer en Bosch, Achterweg 5, 2103 SW Heemstede, 023-5237547 / 580

### Revalidatie Centrum Amsterdam

Team Intensieve Neurorevalidatie, tbv niet aangeboren hersenletsel

Overtoom 283, 1054 HW Amsterdam

### APZ de Grote Rivieren

Contact persoon: Dr. Franny Moene, psycholoog, moene@knoware.nl

Psychiatrisch Centrum Albert Schweizerplaats, behandeling van conversiestoornissen

Overkampweg 115, 3318 AR Dordrecht

### Wilhelmina Kinderziekenhuis te Assen

Contact persoon: H. Benders, psycholoog, G.F. Nelck, kinderarts, Mw. R. van Loon, fysiotherapeut

Klinische behandeling van kinderen met functionele klachten (vnl. conversie stoornis)

Europaweg Zuid 1, Postbus 30001, 9400 RA Assen, 0592-325555

### Psychiatrische Thuiszorg Zuid Holland Noord

Haptotherapeuten geregistreerd bij de Vereniging voor Haptotherapie, A-leden, waarmee eerder is samengewerkt

- Peter van den Beld, Praktijk voor Haptotherapie, Katwijkerweg 8, 2231 SB Rijnsburg, 071-4031672
- Mart Blokland, Centrum voor Haptonomie, Provinciale weg Oost 87, 2851 AC Haastrecht, 0182-503391
- Mart Blokland, Parnassia Psychomedisch centrum, afd. Fysiotherapie, Monsterseweg 83, Postbus 53002, 2505 AA Den Haag
- Alberta Dorreboom, Stadionweg 42, Amsterdam, 020-6714294

### Parnassia Westeinde ziekenhuis

Afdeling Somatiek en Psychiatrie,

Contact persoon: Frank van de Valk, dagelijks muv donderdag telefonisch overleg mogelijk van 9.00 – 10.00 tel.nr. 070-31341100

### De Eikenboom

Contact persoon: Mw Bühring (psychiater) en Mw Lether

### Revalidatie centrum Rijnlands Zeehospitium

Contact persoon: Mark van Gestel, tbv patiënten met pijnklachten

Contact persoon: Feri Kovacs, tbv patiënten met post- wiplash klachten

Drieplassenweg 17

2225 JJ Katwijk zh

(071) 406 01 00

### Revalidatie centrum Heliomare

Relweg 51  
1949 EC Wijk aan Zee  
(0251) 28 82 22

Rugadviescentrum Leiden BV  
Kanaalpark 145  
2321 JV Leiden  
(071) 573 08 40



Tabel 7. Behandelactiviteiten per type stoornis; wat wordt bij welke klacht gedaan..

Type stoornis	Psychotherapie <i>CGth</i> <sup>28</sup>		Farmacotherapie		Fysische therapie		Case management	Consultatie
	<i>Protocol</i>	<i>RT/AT</i> <sup>29</sup>	<i>SSRI</i>	<i>TCA</i>	<i>Fysiotherapie</i>	<i>Ergotherapie</i>		
Somatisatiestoornis	1		2	2	+		+	+
Ongedifferentieerde somatoforme stoornis	1		2		+	+		+
• LOK (algemeen)	1		2		+			+
• CVS	1				+			+
• Niet-cardiale POB	1		2					+
• Prikkelbare Darm Syndroom	2	1	2					+
• Hoofdpijn	2	1						+
• Fibromyalgie	2	1						+
Conversiestoornis	1				+	+		+
Pijnstoornis	1		2	2	+	+		+
Hypochondrie	1		2					+
Stoornis in lichaamsbeleving	2		1					+
Psychische factoren van invloed op een somatische aandoening	1					+		+
Specifieke fobie van het bloed-injectie-verwonding type <sup>30</sup>	2	1						+
Trichotillomanie	1		2?					+
Stoornis in de impulsbeheersing NAO	1		2?					+

<sup>28</sup> Cognitieve Gedragstherapie

<sup>29</sup> Relaxatie Training en applied relaxation, kortdurende enkelvoudige behandeling

<sup>30</sup> Indien de fobie is ontstaan in reactie op een traumatische gebeurtenis dan kan EMDR als behandeling worden overwogen.

Tabel 8. Referenties behorende bij randomised controled trials en meta-analyses naar de effectiviteit van CGth bij patiënten met een somatoforme of aanverwante stoornis.

Type stoornis / lichamelijke klacht	Cognitieve Gedragstherapie		Relaxatie training
	Randomised Controled Trials	Meta analyses	
Somatisatiestoornis			
Ongedifferentieerde somatoforme stoornis			
• Lichamelijk Onverklaarde Klachten (algemeen)	Speckens et al., 1995 Sumathipala et al., 2000		
• Chronisch Vermoeidheid Syndroom	Sharpe et al., 1996 Deale et al., 1997 Prins et al., 2001		
• Niet-cardiale Pijn Op de Borst	Klimes et al, 1990 Mayou et al., 1997 van Peski-Oosterbaan et al., 1999		
• Prikkelbare Darm Syndroom	Greene & Blanchard, 1994 Dulmen et al, 1996 Toner et al., 1998 Heymann-Monnikes et al., 2000		Blanchard et al., 1993, Keefer & Blanchard, 2001
• Hoofdpijn	Bij kinderen Barry et al., 1997	Boogaards & ter Kuile et al., 1994	Bogaards en ter Kuile, 1994
• Essentiële hypertensie			Ford, 1982
• Fibromyalgie	Vlaeyen et al., 1996		
Conversiestoornis	Moene, 2001		
Pijnstoornis		Morley et al., 1999	
Hypochondrie	Warwick et al. 1996 Clark et al. 1998 Visser & Bouman, 2001		
Stoornis in lichaamsbeleving			
Psychische factoren die een somatische aandoening beïnvloeden			
Specifieke fobie van het bloed-injectie-verwonding type	Öst et al., 1984, Öst, Sterner & Fellenius, 1989, Öst, Fellenius & Sterner, 1991, Hellström, Fellenius & Öst, 1996		
Trichotillomanie	O'Connor et al., 2001		
Stoornis in de impulsbeheersing NAO (krabben)	O'Connor, et al., 2001		

Tabel 9: Lichamelijke klachten, veel voorkomende gevolgen van de klacht en mogelijke interventies

<b>Lichamelijke klachten</b>	<b>Gevolgen</b>	<b>Interventies</b>
Defaecatie pijn	Spierspanning Gespannen op toilet zitten  Uitstellen van defaeceren	Ontspanningsoefeningen Toepassen van ontspanningsoefeningen tijdens Toilet bezoek Bij aandrang toilet bezoeken
Duizelingen	Spierspanning Krampachtig bewegen Disventilatie	Ontspanningsoefeningen Ontspannen bewegen Ademhalingsoefeningen
Hoofdpijn	Spierspanning Overmatig gebruik van analgetica Overactiviteit	Ontspanningsoefeningen Detoxificatie / respons preventie Basisniveau realiseren
Jeuk	Krabben Spierspanning Slaapproblemen	Aanleren van onverenigbare respons Ontspanningsoefeningen
Maagklachten	Spierspanning Disventilatie Verkeerde eetgewoontes	Ontspanningsoefeningen Ademhalingsoefeningen Goede eetgewoontes aanleren
Misselijkheid en/of overgeven	Spierspanning Disventilatie Kokhalzen Vermijden van bepaald voedsel	Ontspanningsoefeningen Ademhalingsoefeningen Oefenen onverenigbare respons (slikken) Opheffen vermijdingsgedrag

Tabel 9 vervolg: Lichamelijke klachten, veel voorkomende gevolgen van de klacht en mogelijke interventies

Niet-cardiale pijn op de borst	Spierspanning Disventilatie Angst Vermijden van inspanning	Ontspanningsoefeningen Ademhalingsoefeningen Uitdagen van disfunctionele cognities Exposure / gedragsexperimenten
Overmatig transpireren (hyperhidrosis)	Angst (cognities) Angst (arousal) Vermijdingsgedrag Frequent droog deppen van de huid, douchen of Gebruik van deodorants	Uitdagen disfunctionele cognities Ontspanningsoefeningen Opheffen vermijdingsgedrag Respons preventie
Pijn (overactief)	Spierspanning Overactiviteit Conditie verlies Verlies van werk	Ontspanningsoefeningen Basisniveau realiseren Conditie opbouwen Werk hervatten
Pijn (onderactief)	Onderactiviteit /conditie verlies Sombere stemming Verlies van werk	Conditie opbouwen Uitdagen disfunctionele cognities en/of Antidepressiva Werk hervatten
Pijn (angst)	Angst  Onderactiviteit /conditie verlies	Uitdagen disfunctionele cognities en/of Antidepressiva Conditie opbouwen
Prikkelbare Darm Syndroom	Spierspanning Gespannen op toilet zitten / eten Disventilatie (Anticipatie) angst	Ontspanningsoefeningen doen Toepassen van ontspanningsoefeningen Ademhalingsoefeningen Uitdagen van disfunctionele cognities