

University of Groningen

Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen

Tak, Lineke; Rosmalen, Judith

Published in:
Handboek psychopathologie bij vrouwen en mannen

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
2019

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Tak, L., & Rosmalen, J. (2019). Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen. In T. van Amelsvoort, M. Bekker, J. van Mens-Verhulst, & M. Olf (editors), *Handboek psychopathologie bij vrouwen en mannen* (blz. 207-2016). Boom uitgevers. https://www.boompsychologie.nl/product/100-8140_Handboek-psychopathologie-bij-vrouwen-en-mannen

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

16

Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen

Lineke Tak en Judith Rosmalen

16.1 Inleiding

Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) en de somatisch-symptoomstoornis (SSS) en verwante stoornissen horen bij de meest voorkomende aandoeningen in de geneeskunde. Bij vrouwen is er gedurende de gehele levensloop een hogere prevalentie, zijn de klachten vaker ernstiger en is er vaker een chronisch beloop. Vrouwen zijn sneller geneigd hun lichamelijke klachten te delen, maar artsen interpreteren deze klachten bij vrouwen ook sneller als gerelateerd aan psychosociale problemen. Behandeling van SOLK en SSS lijkt effectiever bij vrouwen dan bij mannen. Deze feiten onderschrijven het belang van een genderspecifieke benadering in de diagnostiek, het management en de behandeling van SOLK en SSS. In dit hoofdstuk gebruiken we zowel de term ‘SOLK’, die niet in de DSM voorkomt maar wel wordt gebruikt in de gehele gezondheidszorg, als de psychische DSM-5-classificatie SSS. Omdat SSS een nieuwe diagnostische categorie is, is het onvermijdelijk dat veel van het hier aangehaalde onderzoek nog gebaseerd is op de DSM-IV-criteria van de somatoforme stoornissen.

16.2 Klinische kenmerken, symptomen

Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) zijn lichamelijke symptomen die minstens enige weken duren zonder dat er een somatische oorzaak voor wordt gevonden, ondanks adequate

anamnese, en lichamelijk en aanvullend onderzoek (Olde Hartman et al., 2013). Voorbeelden zijn pijnklachten, chronische vermoeidheid, maag- en darmklachten, verlamings- en andere uitvalsverschijnselen. Patiënten met meerdere van deze klachten voldoen soms aan de criteria van zogenoemde ‘functionele syndromen’, zoals het chronische-vermoeidheidssyndroom (CVS), fibromyalgie (FM) en het prikkelbaredarmsyndroom (PDS). Deze syndroomlabels worden vooral gebruikt in de somatische geneeskunde. De term ‘SOLK’ wordt zowel in de somatische geneeskunde als in de psychiatrie gebruikt, maar staat niet als zodanig in de DSM-5. Patiënten met SOLK of een functioneel syndroom kunnen tegelijkertijd wel voldoen aan de diagnostische criteria van een psychische stoornis: namelijk de somatisch-symptoomstoornis of verwante stoornissen.

In de DSM-5 wordt gesproken over de ‘somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen’, gedefinieerd als ‘de prominente aanwezigheid van lichamelijke klachten die in significante mate gepaard gaan met lijdensdruk en beperkingen in het functioneren’ (APA, 2014). De DSM-5 bevat de volgende classificaties voor stoornissen met lichamelijke klachten: somatisch-symptoomstoornis (SSS), conversiestoornis (functioneel-neurologisch-symptoomstoornis), ziekteangststoornis, psychische factoren die somatische aandoeningen beïnvloeden, nagebootste stoornis, en andere gespecificeerde en ongespecificeerde somatisch-symptoomstoornissen of verwante stoornissen.

De SSS vormt de belangrijkste categorie. Een belangrijke verandering ten opzichte van de DSM-IV is dat in de DSM-5 afwezigheid van een somatische verklaring voor de lichamelijke klachten bij de SSS géén criterium meer is. Een SSS kan ook gediagnosticeerd worden bij mensen met een somatische aandoening, zoals hart- en vaatziekten of kanker. Ze dienen dan te voldoen aan het B-criterium: het ervaren van ‘buitenproportionele en excessieve gedachten, gevoelens en gedragingen’ ten opzichte van hun klachten.

De conversiestoornis (functioneel-neurologisch-symptoomstoornis) wordt apart geclassificeerd. Een belangrijke verandering in de DSM-5-classificatie voor de conversiestoornis is dat er niet meer een veronderstelde ‘psychische oorzaak’ hoeft te zijn voor de klachten.

Bij de ziekteangststoornis hoeft er niet per se sprake te zijn van lichamelijke klachten die belemmeren in het functioneren. In tegenstelling tot de andere somatisch-symptoom- en verwante stoornissen, ligt bij deze classificatie de nadruk op angst en obsessie, zonder lichamelijke symptomen of met slechts milde of kortdurende lichamelijke symptomen. Deze aandoening laten we in dit hoofdstuk daarom buiten beschouwing.

16.3 Epidemiologie

In de algemene populatie varieert de puntprevalentie van SOLK bij volwassenen in verschillende onderzoeken van 2% tot 87% (Hilderink, Collard, Rosmalen, & Oude Voshaar, 2013). Deze zeer grote range kan verklaard worden door grote verschillen in de gehanteerde definities en in de ernst van de klachten in verschillende studies. Ondanks deze grote range is bij vrouwen de prevalentie altijd hoger: ze rapporteren meer klachten in het algemeen en meer onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (Tomenson et al., 2013). Bij kinderen tussen 5 en 7 jaar is de eenjaarsprevalentie van SOLK bij meisjes 28% en bij jongens 19% (Rask et al., 2009). Bij tien- tot twaalfjarige kinderen is er bij 15% sprake van persisterende SOLK, van wie 60% meisjes zijn; gedurende de adolescentie neemt bij ruim twee derde van de kinderen de klachten af (Janssens, Klis, Kingma, Oldehinkel, & Rosmalen, 2014). De groep met persisterende SOLK op de leeftijd van 17 jaar bestaat voor 82% uit meisjes. De prevalentie van SOLK op oudere leeftijd neemt af, maar varieert in de algemene populatie nog steeds van 5% tot 18%. Naarmate de leeftijd vordert, neemt het percentage vrouwen binnen de SOLK-populatie toe (Hilderink et al., 2013).

In de algemene populatie is de geschatte prevalentie van SSS 7% (Dimsdale et al., 2013). Het aantal data is nog beperkt, en vrouw-manverschillen en prevalenties gedurende de levensloop zijn nog niet bekend. Er zijn echter geen redenen om aan te nemen dat er niet ook in de algemene populatie een hogere prevalentie bij vrouwen is.

Er kan gesteld worden dat SOLK en SSS bij de meest voorkomende diagnoses in de geneeskunde horen, en dat ze gedurende de gehele levensloop en ongeacht de definitie vaker voorkomen bij vrouwen dan bij mannen.

16.4 Comorbiditeit, beloop

De belangrijkste psychische comorbiditeit bij SOLK en SSS op volwassen leeftijd bestaat uit een angst- of stemmingsstoornis. In onderzoek bij volwassen patiënten met een SSS wordt bij 26% in de eerste lijn (De Waal, Arnold, Eekhof, & Van Hemert, 2004), bij 36% in de somatische tweede lijn (Fink, Hansen, & Oxhøj, 2004) en bij 50-60% in de psychische derde lijn (Van der Boom & Houtveen, 2014) een angst- of stemmingsstoornis vastgesteld. Ook bij jongeren bestaat deze comorbiditeit met angst en depressie (Janssens, Rosmalen, Ormel, Van Oort, & Oldehinkel, 2010). Het meer rapporteren van lichamelijke klachten door vrouwen wordt niet volledig verklaard door een hogere

prevalentie van angst- en stemmingsstoornissen, en berust dus ook op andere factoren (Kroenke & Spitzer, 1998).

Er is nauwelijks wat bekend over sekse-genderspecifieke verschillen wat betreft psychische comorbiditeit. Het enige verschil dat wel bekend is, is dat vrouwen vaker een subtype depressieve stoornis hebben met veel somatische klachten (Dekker, Koelen, Peen, Schoevers, & Gijsbers-van Wijk, 2007). Als alle lichamelijke klachten door een depressie kunnen worden verklaard, is er geen sprake van een SSS. Echter, in de klinische praktijk is het vaak lastig dit onderscheid te maken en kunnen beide stoornissen ook comorbide voorkomen.

In de klinische praktijk van de geestelijke gezondheidszorg wordt ook vaak comorbiditeit gezien met een persoonlijkheidsstoornis, autismespectrumstoornis, aandachtdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis, zwakbegaafdheid, een discrepant of disharmonisch intelligentieprofiel, en met afhankelijkheid van middelen (opioïde pijnmedicatie, benzodiazepines, alcohol en cannabis). De prevalentie van deze comorbide psychische aandoeningen bij SOLK en SSS in de geestelijke gezondheidszorg is tot dusver überhaupt niet systematisch in kaart gebracht (Tak & Spiertz, 2018), dus laat staan dat sekse-genderspecifieke verschillen hierin onderzocht zijn.

Meer dan de helft van de patiënten met SOLK verbetert of herstelt binnen een jaar; ongeveer 10-30% van de patiënten met SOLK lijkt juist méér last te krijgen van de SOLK in de loop van de tijd (Olde Hartman et al., 2009). Vrouwen en meisjes hebben volgens sommige studies meer risico op een ongunstig beloop, maar de resultaten op dit gebied zijn niet consistent. Over de prognose van de SSS is nog weinig bekend. Hoewel er *evidence-based* behandelingen bestaan, is weinig bekend over het naturalistische beloop en het recidiverisico na een effectieve behandeling.

16.5 Etiologie

Etiologische modellen voor SOLK en SSS overlappen en gaan uit van complexe interacties tussen biologische, psychologische en sociale (waar- onder gezondheidszorggerelateerde) componenten die gezamenlijk leiden tot neurobiologische veranderingen en die samenspeelen in kwetsbaarheids-, uitlokkende en in stand houdende factoren van de lichamelijke klachten (Spaans, Van der Horst, Rosmalen, Van Rood, & Visser, 2017). Gezamenlijk bieden deze theorieën een verscheidenheid aan verklaringen voor SOLK en SSS, maar op zichzelf schieten ze vrijwel altijd tekort. Op individueel patiëntniveau bepalen meestal een aantal unieke factoren het ontstaan en in stand houden van

de klachten. Omdat de factoren die hebben bijgedragen aan het ontstaan van de lichamelijke klachten vaak juist onbekend of moeilijk te behandelen zijn, wordt er in de klinische praktijk steeds meer aandacht besteed aan de in stand houdende (ofwel: herstelbelemmerende) factoren.

16.5.1 Biologische componenten

Onder biologische componenten vallen als kwetsbaarheidsfactoren bijvoorbeeld verschillen in pijndrempel, ontregeling van lichamelijke stresssystemen en centrale sensitisatie, het proces waarbij het centrale zenuwstelsel steeds gevoeliger wordt voor dezelfde herhaalde (pijn)prikkel. Vrouwen hebben een lagere pijndrempel dan mannen, en zijn zich meer bewust van (onduidelijke) lichamelijke sensaties dan mannen (Melchior, Poisbeau, Gaumont, & Marchand, 2016; Vargas-Prasa et al., 2016). Een voorbeeld van een uitlokkende factor is het doormaken van een infectie. Voorbeelden van in stand houdende biologische gevolgen van de klachten zijn een verminderde conditie en een toename van centrale sensitisatie.

16.5.2 Psychologische componenten

Onder psychologische componenten valt als kwetsbaarheidsfactor bijvoorbeeld onveilige gehechtheid, die zich kan uiten in moeilijkheden met het ervaren van het verband tussen lichaamssignalen en gedachten en emoties. Het niet voldoende kunnen reguleren van emoties kan een lichamelijke ontregeling geven met als gevolg langdurige lichamelijke klachten. De invloed van vroege trauma's, affectieve verwaarlozing en aangeleerde manieren van omgaan met lichamelijke klachten kunnen ook bijdragen aan kwetsbaarheid voor SOLK (Spaans et al., 2017).

Zowel bij mannen als vrouwen zijn stressvolle levensgebeurtenissen geassocieerd met de ontwikkeling van SOLK. Het zou echter mogelijk kunnen zijn dat het type levensgebeurtenis en het moment in het leven waarin deze plaatsvindt verschillende effecten sorteren bij vrouwen en mannen. In een populatiestudie bleek bijvoorbeeld dat stressvolle levensgebeurtenissen in de kindertijd alleen geassocieerd waren met SOLK bij vrouwen en niet bij mannen, terwijl er bij mannen een sterkere associatie was met stressvolle levensgebeurtenissen en het ontwikkelen van SOLK tijdens hun volwassenheid (Tak, Kingma, Van Ockenburg, Ormel, & Rosmalen, 2015). Stressvolle en traumatische levensgebeurtenissen kunnen dus uitlokkende factoren zijn, maar ook kwetsbaarheidsfacto-

ren. Seksueel en lichamelijk misbruik – geassocieerd met de ontwikkeling van SOLK bij zowel kinderen als volwassenen – komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen (Bonvanie, Van Gils, Janssens, & Rosmalen, 2015; Paras et al., 2009).

In stand houdende psychologische gevolgen van de klachten zijn bijvoorbeeld bezorgdheid, frustratie en het niet kunnen accepteren van de klachten, somberheid of niet-helpende of catastroferende gedachten, en gedrag dat de klachten verergert, zoals alles-of-nietsgedrag of het steeds richten van de aandacht op de klachten. Ook op dit gebied zijn tot dusver vrijwel geen sekse-genderspecifieke hypothesen geformuleerd of onderzocht.

16.5.3 Sociale componenten

Bij vrouwen wordt er waarschijnlijk eerder SOLK vastgesteld dan bij mannen, vanwege verschil in sociale acceptatie van het uitspreken van klachten, verschillen in consultatiegedrag en vooroordelen bij artsen. Het is sociaal meer geaccepteerd voor vrouwen dan voor mannen om pijn en ongemak te erkennen (Barsky et al., 2001). Vrouwen zoeken eerder medische hulp voor hun lichamelijke klachten dan mannen en maken ook meer gebruik van de zorg (Weiss, Rief, Martin, Rauh, & Kleinstauber, 2016). Huisartsen zijn meer geneigd gepresenteerde lichamelijke klachten als SOLK te interpreteren bij vrouwen dan bij mannen. Vrouwen zelf schrijven lichamelijke klachten ook eerder toe aan psychische oorzaken dan mannen (Nykqvist, Kjellberg, & Bildt, 2002). Het vrouw-manverschil in het zoeken van (medische) hulp kan mogelijk verklaard worden door genderverschillen in socialisatie. Jongens leren terughoudender te zijn in het uiten van lichamelijke klachten, terwijl het voor meisjes geaccepteerder is om open te zijn over lichamelijke klachten en zorgen.

Daarnaast zijn sociale in stand houdende gevolgen van de klachten bijvoorbeeld terugtrekken uit activiteiten of gebrek aan erkenning betreffende de echtheid van de klachten door instanties.

16.6 Diagnostiek

Er zijn tientallen instrumenten om lichamelijke klachten te meten bij volwassenen (Van Driel et al., 2018). In Nederland wordt in de eerste lijn voor volwassenen veelal gebruikgemaakt van de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) (Terluin et al., 2006). Daarnaast zijn er vragenlijsten die zich richten op specifieke syndromen zoals fibromyalgie of op chronische pijn. Sommige van deze instrumenten bevatten items die specifiek op mannen of vrouwen gericht zijn,

zoals vragen naar menstruatieklasten of erectiestoornissen; hiermee dient bij de interpretatie van de scores rekening gehouden te worden. Vaak bestaat er echter geen vragenlijst voor een specifieke klacht van een individuele patiënt en kan deze beter een geïndividualiseerd klachtendagboek bijhouden. Beperkingen in het functioneren als gevolg van de lichamelijke klachten zijn vast te stellen met behulp van vragenlijsten die hierop gericht zijn, zoals de RAND-36 of SF-36 (Van der Zee & Sanderman, 1992).

Omdat de ernst en hoeveelheid van de in stand houdende factoren mogelijk belangrijker zijn voor de behandeling dan de aard van de klachten, zou het nuttig kunnen zijn deze factoren eveneens in kaart te brengen. Met het gevolgenmodel (zie volgende paragraaf) worden ook de (in stand houdende) gevolgen van de lichamelijke klachten systematisch in kaart gebracht. Er is ook een specifieke vragenlijst ontwikkeld om de ernst van het B-criterium te meten (Toussaint, et al., 2017).

Voor kinderen is de meest gebruikte vragenlijst om generieke klachten in kaart te brengen de Children's Somatization Inventory (CSI). Deze kent een kind- en een ouderversie, en is bedoeld voor de leeftijd 8 tot 18 jaar. Andere bredere lijsten waarin SOLK worden uitgevraagd zijn de ouder rapportagelijst de Child Behavior Checklist (CBCL), en de kindervariant ervan, de Youth Self Report (YSR). Er zijn geen sekse- of genderspecifieke items in deze vragenlijsten.

Screeningslijsten om SOLK te detecteren en de ernst ervan te bepalen bij volwassenen, zijn beperkt toepasbaar bij ouderen. Bestaande vragenlijsten bevatten symptomen die overlappen met geriatrische syndromen, zijn veelal niet gevalideerd voor ouderen, en normwaarden ontbreken (Van Driel et al., 2018).

Relevante instrumenten kunnen worden gevonden op www.solkweb.nl/ meetinstrumenten. Tevens is er een online systeem ontwikkeld voor het systematisch meten van klachten en uitlokkende en in stand houdende factoren, met gebruik van gevalideerde instrumenten en geïndividualiseerde dagboeken (www.gripopklachten.nl).

16.7 Behandeling en preventie

Sekse-genderverschillen in behandeling van SSS zijn weinig onderzocht, maar mogelijk hebben vrouwen meer baat bij psychologische behandeling dan mannen.

Eén van de belangrijkste factoren voor het komen tot een goede samenwerkingsrelatie met de patiënt is aandacht voor het erkennen van de klachten. Bewust of onbewust hebben artsen (maar ook patiënten zelf en hun omgeving) de overtuiging dat SOLK minder echt en minder ernstig zijn dan verklaarde

lichamelijke klachten. Het is belangrijk stil te staan bij de eigen indruk van de patiënt die zich presenteert met SOLK en het gevoel daarbij. De behandelaar moet voorkomen de klachten te normaliseren en/of te bagatelliseren. Toch gebeurt dit laatste vaak uit machteloosheid of handelingsverlegenheid, waardoor men bewust of onbewust liever niet heeft dat een patiënt dergelijke klachten presenteert. Ook zijn artsen vaak minder getraind in de behandeling van SOLK, terwijl dit wel een van de meest voorkomende redenen is om een arts te consulteren. Sekse-gendersverschillen in het komen tot een goede samenwerkingsrelatie, bij zowel patiënten met SOLK als bij artsen en andere behandelaars, zijn niet onderzocht.

De meest voorkomende behandelingen die beschikbaar zijn voor patiënten met SOLK en SSS kunnen we onderverdelen in psychologische, lichaamsgerichte en farmacologische behandelingen. Psychologische behandelingen lijken enig effect te hebben op de ernst van de lichamelijke klachten. Cognitieve gedragstherapie (CGT) is het meest onderzocht. Hoewel het effect relatief klein is, blijft het behouden bij een follow-up van een jaar (Van Dessel et al., 2014). De grote heterogeniteit tussen patiënten met SOLK en SSS kan één van de oorzaken zijn van de matige gemiddelde behandelresultaten.

Nederlandse therapieën zijn vaak gebaseerd op het gevolgenmodel. Dit is een cognitief-gedragstherapeutisch model waarbij het identificeren van in stand houdende (herstelbelemmerende) factoren, los van de biopsychosociale etiologie van de klachten, centraal staat (Van Rood, Ravesteijn, De Roos, Spinhoven, & Speckens, 2011). Een behandeling volgens het gevolgenmodel blijkt voor patiënten acceptabel omdat er in dit model niet vanzelfsprekend van uit wordt gegaan dat de lichamelijke klachten een psychische oorzaak hebben. Doel van deze werkwijze is het gepersonaliseerd optimaliseren van omstandigheden om eventueel herstel mogelijk te maken. Het is nog niet onderzocht of een vorm van CGT gebaseerd op het gepersonaliseerde gevolgenmodel effectiever is dan oudere protocollen.

Andere behandelvormen die ingezet kunnen worden naast CGT, zijn psychodynamische therapie, hypnotherapie en lichaamsgerichte (non-verbale) therapieën als psychomotore therapie of (psychosomatische) fysio- of oefentherapie (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2018). Als behandeling niet geholpen heeft of als patiënten moeite hebben met het accepteren dat de lichamelijke (pijn)klachten blijven bestaan kan *acceptance and commitment therapy* (ACT) geïndiceerd zijn. Recente meta-analyses van de effectiviteit van ACT bij chronische pijn tonen aan dat de effectgroottes vergelijkbaar zijn met die van CGT (Veehof et al., 2016).

Vrouwen lijken meer te profiteren van psychotherapeutische behandeling dan mannen, bijvoorbeeld van kortdurende psychotherapie (Kleinstäuber, Wit-

thöft, & Hiller, 2011). Ook vrouwen met ernstige SSS lijken meer baat te hebben bij psychotherapie dan mannen (Koelen et al., 2014).

Er is in het algemeen geen indicatie voor farmacologische behandeling van een SSS (Kleinstäuber et al., 2014). Bij een comorbide psychische stoornis of bij symptomen die tevens een in stand houdende factor vormen, kan medicatie voor de desbetreffende stoornis of symptomen helpen bij herstel. Of er genderspecifieke effecten of bijwerkingen zijn van medicatie bij deze indicaties is onbekend. Als er een indicatie is voor medicatie, lijkt het overwegen van langzame opbouw op zijn plaats, met name als er eerdere negatieve ervaringen zijn met ernstige bijwerkingen. Hoewel dit nog nooit wetenschappelijk is onderzocht, kan het helpen te benadrukken dat uit klinische ervaring blijkt dat veel mensen met SOLK en SSS gevoelig zijn voor bijwerkingen van medicatie, ook bij zeer lage doseringen (Agger et al., 2017).

Bij zeer ernstige of therapieresistente SSS is soms een ambulante behandeling niet haalbaar of onvoldoende effectief. Dan is een intensievere dagbehandeling of klinische opname soms noodzakelijk. Ook bij deze zeer ernstige SSS blijkt psychotherapie effectief. In deze patiëntengroep blijkt dat psychotherapie een verbetering geeft van fysiek functioneren en dat functionele belemmeringen minder worden. Het psychische functioneren verandert echter niet (Kloth et al, 2015).

Psychologische behandeling voor kinderen met verschillende soorten SOLK is effectief (Bonvanie et al., 2017). Na behandeling namen klachten en beperkingen zoals schoolverzuim af. Het effect bleef behouden zes tot twaalf maanden na de behandeling. Echter, net als bij onderzoek naar volwassenen is het effect matig en waren studies wat betreft opzet zeer heterogeen. Ook werd niet onderzocht of de effectiviteit verschilde tussen jongens en meisjes.

Er zijn geen gerandomiseerde klinische trials beschikbaar betreffende de effectiviteit van behandeling van SOLK en SSS bij ouderen. In de behandeling van ouderen is de klinische ervaring dat leeftijdsspecifieke elementen mogelijk belangrijk zijn: bijvoorbeeld het verleggen van cognitieve naar non-verbale en experiëntiële interventies en aandacht voor existentiële thema's zoals omgaan met verlies en confrontatie met eindigheid (Spaans et al., 2017).

Preventie van SOLK en SSS zal vooral gericht moeten zijn op vroege onderkenning. Hoe langer de klachten bestaan, hoe kleiner de rol wordt van de factoren waardoor de klachten zijn ontstaan, en hoe groter de rol wordt van de in stand houdende factoren. Patiëntgerichte consultvoering met aandacht voor een gemeenschappelijke probleemdefinitie en besluitvorming heeft een gunstige invloed op de lichamelijke klachten, emotionele gezondheid en het functioneren (Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2018). Recent is een project gestart dat

gaat onderzoeken hoe deze consultvoering gendersensitief vormgegeven zou kunnen worden (www.symptomengender.ruhosting.nl).

16.8 Tot slot

SOLK en SSS en verwante stoornissen zijn zowel bij kinderen, volwassenen als ouderen één van de meest voorkomende stoornissen in de geneeskunde. Op alle leeftijden komen ze meer voor bij vrouwen dan bij mannen. Dit verschil in prevalentie kan worden verklaard door biologische, psychologische en sociale componenten. In de diagnostiek staat erkenning van de echtheid van de klachten en het opstellen van een gedeeld verklaringsmodel op de voorgrond, zowel bij mannen als bij vrouwen. Er zijn effectieve behandelingen beschikbaar, zoals cognitieve gedragstherapie. Het is tot op heden echter niet bekend of er sekse-genderspecifieke verschillen zijn wat betreft acceptatie en effectiviteit van deze behandeling. Bij kortdurende psychotherapie lijkt het effect bij vrouwen groter. Het is aan te bevelen dat toekomstig onderzoek aandacht besteedt aan mogelijke sekse-genderverschillen in de etiologie, de behandeling en de prognose van SOLK en SSS en verwante stoornissen.

Take home message

- SOLK en SSS en verwante stoornissen komen in elke leeftijdsfase meer voor bij vrouwen dan bij mannen.
- Zowel bij mannen als bij vrouwen is erkenning van de echtheid van de klachten door de behandelaar zeer belangrijk voor het aangaan van een goede behandelrelatie.
- Er zijn effectieve behandelingen beschikbaar. Alleen bij kortdurende psychotherapie lijkt het effect bij vrouwen groter. Om te weten te komen of er sekse-genderspecifieke verschillen zijn in acceptatie en effectiviteit van alle behandelingen is meer onderzoek aangewezen.