



[www.DirectieveTherapie.nl](http://www.DirectieveTherapie.nl)

## Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij  
**de Stichting Cognitie en Psychose.**

Voor alle vragen:  
[info@gedachtenuitpluizen.nl](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

# Tobben met hypochondere en somatiserende patiënten

Sako Visser en Theo K. Bouman\*

---

## Samenvatting

*Het omgaan met en de behandeling van hypochondere en somatiserende patiënten is niet eenvoudig. De therapeutische relatie moet bekwaam gehanteerd worden – aangezien deze patiënten liever bij een medicus zitten dan bij een psychotherapeut – en het onderzoek naar de effectiviteit van interventies is beperkt. Ook bij bewaamde therapeuten draait de behandeling van deze patiënten makkelijk op een mislukking uit. Deze kan in verschillende fasen van het contact optreden. In dit artikel komen achtereenvolgens aan de orde: het behandelcontract, cognitieve gedragstherapie, exposure in vivo met responspreventie, en het gebruik van psychofarmaca. In de discussie wordt besproken welke factoren een rol gespeeld kunnen hebben bij mislukkingen en welke lessen hieruit getrokken kunnen worden.*

## Inleiding

Hypochondere en sterk somatiserende mensen zijn voor psychotherapeuten niet de meest dankbare soort patiënten. Hypochondere mensen zijn bang een ernstige, levensbedreigende ziekte te hebben. Ze hebben overigens niet altijd lichamelijke klachten. Sterk somatiserende patiënten hebben wel lichamelijke klachten, veel zelfs, en delen met de hypochondere patiënten de overtuiging dat hen somatisch iets mankeert. Een verschil met hypochondere patiënten is dat zij niet bang zijn dat hun ziekte levensbedreigend is. Veelal zitten beide groepen patiënten liever bij een arts of een medisch specialist dan bij iemand die vooral interesse heeft voor de psychologische kant van de zaak. De doorsnee hypochonder wil graag de geruststelling dat de verschijnselen die hij in zijn lichaam voelt niet op een ernstige aandoening wijzen. De sterk somatiserende patiënt gaat gebukt onder tal van lichamelijke klachten en wil steeds weten wat er nu aan de hand is. Beiden zoeken hun heil bij medici; de één voor geruststelling en de ander voor erkenning en uitsluitel over de oorzaak van de klachten.

Voordat deze patiënten bij een psychotherapeut verschijnen zijn vaak al heel wat pogingen ondernomen om hen ertoe te brengen hun klachten eens vanuit een andere invalshoek te bekijken. Soms laten ze zich alleen naar een psychotherapeut verwijzen om de arts te vriend te houden en niet omdat ze in een psychologische benadering geloven. De therapeut moet dus de relatie met deze patiënten bekwaam hanteren: erkenning geven, niet de strijd aangaan én niet ingaan op medische zaken. De therapeut moet de patiënt zover zien te brengen dat deze wil meewerken aan een psychologische benadering; hij moet daartoe een kader aanbieden waarbinnen de somatische klachten serieus genomen worden en psychologische interventies passen. Tevens moet een behandelcontract afgesloten worden waarin duidelijk is wat wel en niet in de behandeling aan de orde zal komen. Ten slotte moeten de juiste interventies en

---

\* SAKO VISSER is verbonden aan de Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Groningen, Antonius Deusinglaan 4, 9713 AW Groningen; Theo K. Bouman is verbonden aan de Sectie Klinische Psychologie, Rijksuniversiteit Groningen, Oostersingel 59, 9713 EZ Groningen.

behandelstrategieën gekozen worden voor deze (wetenschappelijk nog weinig onderzochte) patiënten.

Ook al lukt het een goede therapeutische relatie op te bouwen, de patiënt te motiveren en adequate interventies te bedenken, dan nog kan de behandeling op een mislukking uitdraaien. Mislukkingen kunnen in iedere fase van de therapie optreden. Hieronder volgen enkele illustraties. Achtereenvolgens komen aan de orde: het behandelcontract, cognitieve gedragstherapie, exposure in vivo met responspreventie, en psychofarmaca.

## Het behandelcontract

Bij het afsluiten van het behandelcontract dient de therapeut duidelijk af te spreken wat het onderwerp van de behandeling is, namelijk de bezorgdheid of de angst, of het leren omgaan met lichamelijke klachten. Hij dient ook duidelijk te maken wat *niet* het onderwerp van de behandeling is, namelijk de lichamelijke klachten zelf of het krijgen van de zekerheid dat er niets aan de hand is. Tevens wordt de patiënt expliciet gevraagd of hij een dergelijke aanpak wenst. Vaak wordt een tijdsperiode afgesproken waarbinnen deze psychologische benadering toegepast wordt. Soms zal er nog verder onderhandeld moeten worden, bijvoorbeeld over het contact met artsen en over mogelijke verwijzingen. Wij nemen als voorbeeld mevrouw Xanders.

### *Mevrouw Xanders: nog één verwijzing*

---

*Mevrouw Xanders werd door haar huisarts verwezen wegens haar angst en overtuiging dat ze leed aan kanker. Ze kon bij tijden wel toegeven dat haar overtuiging aan kanker te lijden mogelijk ongegrond was. (Er was dus geen sprake van een waan, maar van een hypochondere overtuiging.) De huisarts had de last die ze ondervond door deze angst en overtuiging sterk benadrukt en voorgesteld of ze hier bij een psychotherapeut aandacht aan wilde besteden. Daar voelde ze wel voor.*

*Na de intake bij de psychotherapeut en de uitleg van de doelstelling van de behandeling werd mevrouw Xanders gevraagd of ze deze benadering zag zitten. Ze vond zelf inderdaad ook dat ze overbezorgd was en kon zich wel voorstellen dat een psychologische aanpak nuttig zou kunnen zijn. Echter, op dat moment had ze vreemde witte puntjes in haar mond die haar veel angst bezorgden. Om nu ook nog met een psychotherapie te beginnen leek haar wel erg zwaar. De therapeut trachtte tevergeefs de situatie te benoemen als een uitstekend moment om te starten, omdat er nu een duidelijk aangrijpingspunt was: haar actuele angst. Mevrouw Xanders had echter het idee dat ze pas open zou staan voor de therapie wanneer ze zekerheid en geruststelling had over deze witte puntjes.*

*Na uitgebreid overleg met de huisarts werd het volgende contract met haar gesloten. Ze zou nog één verwijzing krijgen naar de afdeling mondheelkunde. Als ze daar de nodige geruststelling had gekregen zou ze starten met de therapie. Aldus werd een verwijzing geregeld. Twee weken later nam de therapeut contact met haar op voor het maken van de eerste afspraak. Mevrouw Xanders was inderdaad bij mondheelkunde geweest en men had haar kunnen geruststellen over de witte puntjes in haar mond. Echter, er had een onbeduidend plekje in haar keel gezeten, waar ze ook naar gevraagd had. Hier had de mondheelkundige niets over willen zeggen, omdat deze klacht niet op zijn gebied lag; om dit plekje te beoordelen zou ze bij een keel-, neus- en oorarts moeten zijn. Het feit dat deze arts er niets over wilde*

*zeggen was voor mevrouw Xanders hét bewijs dat hier toch duidelijk iets ernstigs mis was. Ze wilde dan ook zo snel mogelijk naar de KNO-arts, 'om er vooral maar vroeg bij te zijn'. Haar hoofd stond in deze moeilijke tijden helemaal niet naar psychotherapie, ook al gaf de therapeut aan dat dit weer zo'n uitstekend startpunt voor de behandeling was.*

*Wederom werd met de huisarts overlegd. Deze vertelde dat mevrouw Xanders bijna dagelijks bij hem op het spreekuur kwam voor een verwijzing en dat hij haar dan weer terugverwees naar de psycholoog. Mede gezien het feit dat hij al tamelijk moedeloos geworden was, besloot de huisarts in overleg met de therapeut om ook deze vraag van mevrouw Xanders te honoreren en haar voor geruststelling te verwijzen naar de KNO-arts. De afspraak was dat ze daarna terug zou gaan naar de psychotherapeut om met de psychologische behandeling te beginnen. Het bezoek bij de KNO-arts verliep voor mevrouw Xanders redelijk. Hij kon haar enigszins geruststellen ten aanzien van het plekje in haar keel, maar besloot wel tot verder onderzoek. De weken daarna begon mevrouw Xanders zich steeds slechter te voelen. Ze was voortdurend moe, had last van haar darmen en voelde zich erg labiel. Haar overtuiging dat ze kanker had was alleen maar sterker geworden. Toen de KNO-arts vond dat er (lichte) afwijkingen in haar bloedbeeld waren, namen haar klachten en preoccupatie nog verder toe. De volgende stap was dat mevrouw Xanders doorverwezen werd naar de internist voor algeheel lichamenlijk onderzoek. Op dat moment had ze veel lichamenlijke klachten, was ze voortdurend erg angstig, ervan overtuigd dat de kanker nu uitgezaaid was en de artsen haar dit akelige nieuws niet wilden vertellen.*

*De huisarts had haar Seresta en Inderal voorgeschreven en verzuchtte dat hij nooit aan deze doorverwijscyclus had moeten beginnen. De vraag om een verwijzing naar aanleiding van de witte puntjes had hij misschien wel kunnen rekken tot deze puntjes weer waren verdwenen. Mevrouw Xanders was absoluut niet meer te motiveren voor psychotherapie.*

## **Interventies bij hypochondrie en somatisatiestoornis**

Bij het hypochondere klachtenpatroon is – naast de angst of overtuiging aan een ernstige ziekte te lijden – het geruststelling zoeken een van de belangrijkste kenmerken (zie hiervoor de DSM-III-R, APA, 1987 of de DSM-IV, APA, 1994). Warwick en Salkovskis (1990) zien het geruststelling zoeken als de centrale factor bij het klachtenpatroon en raden de therapeut dan ook aan om vooral dit aspect aan te pakken. Andere auteurs nuanceren dit standpunt enigszins door een onderscheid te maken tussen geruststelling geven – in de trant van 'het valt allemaal wel mee' – en gerichte informatie geven over (bijvoorbeeld) hoe het lichaam in elkaar zit (zie Warwick versus Kellner, 1992).

De sterk somatiserende patiënten hebben juist behoefte aan erkenning van hun klachten en aan medische diagnoses. Bij hen wordt geadviseerd wel de erkenning te geven, hun lichamenlijke klachten met hen te betreuren en er met hen onder te lijden dat er geen duidelijke oorzaak voor de klachten te vinden is. Vastlopen of nodeloos ronddolen in het medisch-somatische circuit zou voorkomen kunnen worden door een vorm van management met deze patiënten af te spreken (zie Bass, 1990; Goldberg et al., 1989), onder andere door op vaste tijden afspraken met de patiënt te maken en gerichte informatie te geven over de klachten.

Wat betreft het resultaat van therapeutische interventies is er op het gebied van zowel hypochondrie als de somatisatiestoornis weinig tot geen gecontroleerd onderzoek verricht. Bij hypochondrie zijn talrijke case-studies gerapporteerd, twee

ongecontroleerde onderzoeken (Warwick & Marks, 1988; Kellner, 1986) en twee gecontroleerde studies (Fiegenbaum, 1986; Visser & Bouman, in voorbereiding). Bij de somatisatiestoornis zijn er vooral rapportages over management (Bass, 1990; Goldberg et al., 1989; Smith et al., 1986) en een studie over de behandeling van chronische vermoeidheid met cognitieve gedragstherapie (Butler et al., 1991).

Hieronder bespreken we een aantal van de in de studies toegepaste behandelinterventies, en tonen we dat het gebruik van deze interventies geen garantie is voor succes.

## Cognitieve gedragstherapie

De cognitieve gedragstherapie wordt de laatste jaren meer en meer toegepast bij verschillende klachtengebieden, ook bij hypochondrie en sterke somatisatie (al dan niet somatisatiestoornis genoemd). Warwick en Salkovskis (1990) en Visser en Bouman (1994) beschrijven een cognitief model voor hypochondrie, gebaseerd op de cognitieve theorieën van Beck en Emery (1985) en Clark (1986). Ook Butler et al. (1991) baseren zich op deze auteurs. Hoewel de studies beperkt van omvang zijn lijkt cognitieve gedragstherapie werkzaam bij deze klachten. Dat dit niet altijd het geval is, zien we bij de heer Yzermans.

### *De heer Yzermans: cognitieve gedragstherapie*

---

*De heer Yzermans, 36 jaar, bankemployé, getrouwd en vader van twee kinderen, kwam al jaren zeer regelmatig bij de huisarts. Meestal had hij last van uiteenlopende lichamelijke klachten en soms was hij ervan overtuigd dat er iets ernstigs aan de hand was. In de loop der jaren kwam hij op het spreekuur met buikpijn, hoofdpijn, onverklaarbare spierpijnen en met druk of pijn op de borst. Meestal was de heer Yzermans niet bezorgd of overtuigd dat er iets ernstigs aan de hand was, maar hij vond wel dat er iets aan gebeuren moest: 'Je hebt die klachten niet zomaar'. Bij druk of pijn op de borst was hij wel angstig: hij meende dat er iets mis was met zijn hart en dat hij zou sterven aan een hartinfarct.*

*Binnen de DSM-III-R-diagnostiek was de heer Yzermans lastig onder te brengen. Formeel voldeed hij niet aan de diagnose hypochondrie, aangezien de overtuiging een ernstige ziekte te hebben meestal afwezig was. Ook bij de diagnose somatisatiestoornis konden wij hem niet kwijt, omdat hij helaas niet aan de vereiste score van dertien verschillende symptomen kwam. Jammer genoeg had hij een historie zonder paniekaanvallen en kon dus de diagnose paniekstoornis ook niet gebruikt worden. Gelukkig bestond er nog de diagnose ongedifferentieerde somatoforme stoornis en dit leek de categorie waarin we de heer Yzermans konden plaatsen (wat dit dan nog toevoegt aan het beschreven beeld laten we ter beoordeling aan de lezer).*

*Bij één van zijn bezoeken aan de huisarts – de heer Yzermans zocht geruststelling over het functioneren van zijn hart – besloot de huisarts ter sprake te brengen dat overbezorgdheid toch wel een grote rol speelde in het leven van de heer Yzermans. Beiden waren het hier snel over eens. Toen de huisarts opperde dat voor deze bezorgdheid behandelingen bestonden, ging de heer Yzermans hier gretig op in. Hij werd verwezen naar de RIAGG, waar hij in behandeling kwam bij een gedragstherapeut.*

*Na inventarisatie besloot deze therapeut tot een cognitief gedragstherapeutische benadering, bedoeld om de irrationele gedachten over de lichamelijke sensaties door meer realistische ideeën te vervangen. De therapeut vermoedde dat de klachten van druk of pijn op de borst samenhangen met hyperventilatie, en besloot tot een hyperventilatietraining. Er werd een provocatie uitgevoerd; de heer Yzermans kreeg veel klachten en werd angstig. Bij de bespreking bleek dat de angst vooral werd veroorzaakt doordat de heer Yzermans de klachten interpreteerde als catastrofaal. Daarna werd een ademhalingstraining gestart. Aanvankelijk leek deze benadering goed aan te slaan. De heer Yzermans was enthousiast over het cognitieve model en begon vlijtig met het opsporen van zijn catastrofale of irrationele cognities. In de zittingen werden hyperventilatieprovocaties gedaan, waarbij elke keer lichamelijke klachten optraden, die door buikademhaling goed gecoupeerd konden worden.*

*Ook aan de volgende stap in de behandeling – het uitdagen van de cognities – werkte de heer Yzermans goed mee. Van de juistheid van de rationele alternatieven voor zijn catastrofale interpretaties was hij nog niet overtuigd, maar dit doel zou in de vorm van gedragsexperimenten bereikt kunnen worden. Verder oefende hij de buikademhaling en zou hij thuis, in aanwezigheid van zijn vrouw, starten met hyperventilatieprovocaties.*

*Het leek een voorspoedig verlopende therapie, totdat de heer Yzermans tijdens een hyperventilatieprovocatie thuis erg angstig werd. Hij kreeg tijdens het hyperventileren pijn op de borst – dit was hij gewend – maar hij kreeg bovendien hartkloppingen. Deze hartkloppingen waren voor hem volkomen nieuw en onmiddellijk sloeg de angst toe dat deze keer toch echt een hartinfarct naderde. De klachten werden erger, hoe consciëntieus de buikademhaling ook werd toegepast. Uit pure wanhoop werd de dienstdoende huisarts gebeld. Toen deze kwam namen de klachten iets af. De dokter besloot ter kalmering Seresta voor te schrijven.*

*Na deze angstige ervaring ging het een stuk minder goed met de heer Yzermans en voelde hij zich veel meer gespannen. De therapeut concludeerde dat de provocaties thuis op dit moment blijkbaar te moeilijk waren en vertaalde alles wat er gebeurd was – de hartkloppingen, de catastrofale interpretaties en de angst – in termen van het cognitieve model. In de zitting werd nog een provocatie geoefend, wat goed ging, zonder angstige toestanden. De weken daarop ging het weer redelijk. De heer Yzermans deed zijn huiswerk voor de cognitieve therapie, oefende de buikademhaling en in de zittingen werden de provocaties geoefend. De spanning leek iets te dalen, tot er thuis weer iets onverwachts gebeurde. De heer Yzermans had rustig TV zitten kijken, toen als een donderslag bij heldere hemel pijn op de borst optrad, zijn hart als een razende tekeer ging en hij enorm angstig werd. De huisarts werd gebeld, maar die kon geen afwijkingen van het hart constateren, en besloot om naast de Seresta Inderal voor te schrijven. De spanning van heer Yzermans was natuurlijk weer toegenomen en bovendien kreeg hij veel klachten waar hij eerder geen last van had gehad. De therapeut constateerde dat de diagnose paniekstoornis mogelijk meer van toepassing was op de heer Yzermans en besloot de lijn van zijn behandeling te verleggen naar cognitieve en gedragsmatige interventies bij paniekstoornis (zie Clark, 1986).*

*De zitting daarop ging het nog slechter met de heer Yzermans. Hij had tweemaal thuis een dergelijke angstaanval gehad en ook een keer op zijn werk. Hij was door een collega naar huis gebracht. De behandeling werd nu helemaal op de paniekaanvallen geconcentreerd.*

*De weken daarna ging het steeds slechter. De frequentie van de paniekaanvallen nam toe, met name op zijn werk. Uiteindelijk moest hij ziek thuis blijven. Ook thuis gaven zijn klachten steeds meer problemen. Hij zat soms dagen in zijn stoel en kwam de deur niet uit. Zijn vrouw wist niet wat ze moest doen. Ook vond ze het niet goed voor de kinderen dat deze steeds een huilende vader zagen. Uiteindelijk besloot de huisarts dat de situatie thuis onhoudbaar geworden was, en hij stelde voor dat de heer Yzermans kortdurend zou worden opgenomen. Iedereen stemde hier in toe.*

*Tijdens de opname in een PAAZ werden verschillende soorten medicatie uitgetest – waaronder anxiolytica, antidepressiva en bèta-blokkers – en werd gestart met gedragstherapie. Beide met zeer beperkt resultaat. Wel was de heer Yzermans na verloop van tijd in staat om naar huis terug te keren.*

*Hij zit nog steeds in de ziektewet en moet binnenkort gekeurd worden voor de WAO. Hij komt het huis niet uit en gebruikt nog steeds Seresta en Inderal.*

## **Exposure in vivo en responspreventie**

Exposure in vivo en responspreventie zijn succesvolle behandelingsmethoden bij verschillende angststoornissen (zie Emmelkamp et al., 1989; Marks, 1987). Ook bij de behandeling van hypochondrie worden exposure in vivo en responspreventie als interventies gebruikt (Warwick & Marks, 1988; Visser & Bouwman, 1992). Het accent ligt bij deze benadering op het doorbreken van gedragspatronen als geruststelling zoeken, controleren van het lichaam en het vermijden van situaties, informatie of inspanning. Op grond van dit behandelingsmodel weet de therapeut vrij goed wat hij moet doen: de patiënt vragen zichzelf bloot te stellen aan angstoproepende situaties (exposure in vivo), meestal gecombineerd met de opdracht om bepaalde gedragingen na te laten of te verminderen (responspreventie). Ook weet de therapeut wat hij niet moet doen, namelijk geruststelling geven of meewerken aan verdere toename van medische consumptie. Dit geeft de therapeut een prettig gevoel van zekerheid, totdat blijkt dat deze zekerheid ook maar relatief is.

### ***Mevrouw Wever: gelukke behandeling, mislukte theorie***

---

*Mevrouw Wever, 35 jaar, was gehuwd en moeder van twee kinderen. Ze leefde al drie jaar met de toenemende angst dat ze zou sterven aan kanker. Aanleidingen voor de angst waren meestal pijnen in haar borsten of pijnen in haar buik. Ze controleerde haar lichaam om de haverklap op tekenen van kanker en bezocht regelmatig de huisarts voor geruststelling. Ook haar man werd ingeschakeld om haar lichaam te controleren. Ze durfde niet meer naar verjaardagen en andere feestjes, omdat ze bang was dat daar wel eens over kanker of andere ernstige ziekten gepraat zou kunnen worden, wat ze vervolgens op zichzelf zou betrekken. Doordat vermijden, controleren en geruststelling zoeken zo op de voorgrond stonden, koos de therapeut voor een benadering met exposure en responspreventie. Deze strategie leek aanvankelijk beloofd te worden. Mevrouw Wever controleerde haar lichaam beduidend minder vaak en verminderde ook het geruststelling zoeken, hoewel dit laatste haar veel moeite kostte. Hierbij moet worden opgemerkt dat er een al eerder afgesproken röntgenologisch onderzoek naar borstkanker was gedaan, waarvan de uitslag goed was (dus sterke geruststelling uit medisch-specialistische hoek). De opdrachten om weer op visite te gaan en televisieprogramma's over ernstige ziekten te gaan zien bleken meer problemen op te leveren. Ze voerde deze opdrachten niet of maar half uit.*

*Tijdens de tiende zitting meldde ze dat het slechter ging. Haar overbezorgdheid en preoccupatie met ziekten begonnen zich nu ook uit te breiden naar de gezondheid van haar kinderen en, in mindere mate, van haar man. Het idee dat haar kinderen zouden kunnen sterven zweefde haar als een angstdroom voor ogen en ze meldde in de zittingen daarna dat ze steeds somberder en passiever werd. Ook was haar angst toegenomen en begon ze meer en meer geruststelling te vragen. Naast de diagnose hypochondrie leek ook de diagnose depressie IEZ van toepassing.*

*Twee weken daarop nam de huisarts van mevrouw Wever contact op met de therapeut en meldde dat er een onhoudbare situatie dreigde te ontstaan in het gezin. Mevrouw Wever lag inmiddels bijna de hele dag op bed en wanneer ze niet in bed lag vroeg ze iedereen die ze tegenkwam om geruststelling. Haar man, de burens, de huisarts en ook de waarnemer werden ingeschakeld. De kinderen werden steeds onrustiger en haar man was ten einde raad. De huisarts wilde nu dat mevrouw Wever opgenomen werd. De therapeut maakte snel een afspraak met het echtpaar. In overleg met de huisarts hadden de heer en mevrouw Wever reeds besloten tot een kortdurende crisisopname in de PAAZ van een algemeen ziekenhuis. Driekwart jaar later had de therapeut, na tussentijds telefonisch contact, een follow-up-afpraak met mevrouw Wever. Het ging goed met haar. Ze had tijdens haar opname een moeilijke tijd gehad. Ze kreeg eerst veel medicatie: antidepressiva, bèta-blokkers, slaapmedicatie en pijnstillers. Er werden in het ziekenhuis verschillende, uitgebreide, lichamelijke onderzoeken verricht: röntgenfoto's, bloedonderzoek, gastroscopie, EEG en ECG – vermoedelijk voornamelijk ter geruststelling. Bovendien werd haar door de verpleging dagelijks ingeprent dat ze gezond was en niets mankeerde. Tevens werd er de nadruk op gelegd dat de hypochondere klachten een uiting waren van andere problemen en dat er dingen waren die ze nog niet verwerkt had. Een voorval uit haar jeugd – dat ze belaagd was door een man in een park – werd uitgediept, en ook haar negatieve zelfbeeld werd uitvoerig besproken. Het resultaat was dat de preoccupatie met lichamelijke klachten verminderde en de hypochondere overtuiging verdween. Keer op keer werd benadrukt dat ze nu met het werkelijke probleem bezig was. De medicatie werd afgebouwd en bij ontslag gebruikte ze nog een antidepressivum. Kort voor de follow-up stopte ze hiermee, zonder enige toename van klachten.*

## **Psychofarmaca**

Bij de behandeling van hypochondrie en somatisatiestoornis zijn geen gecontroleerde onderzoeken uitgevoerd naar de effectiviteit van psychofarmaca. Wel zijn er enkele ongecontroleerde studies naar het gebruik van verschillende anti-depressiva bij hypochondrie. Imipramine (Wesner & Noyes, 1991) en fluoxetine (Falloon & Liebowitz, 1993) leken een gunstige invloed te hebben op de hypochondere klachten.

Gezien de angstcomponent en de overlap tussen de obsessief-compulsieve stoornis en hypochondrie zou men kunnen veronderstellen dat de antidepressiva die bij de behandeling van paniek of obsessief compulsieve klachten effectief zijn – zie bijvoorbeeld Moleman (1992) voor een overzicht – ook bij hypochondere klachten resultaten zouden kunnen boeken, mede gezien het feit dat ook de overlap en comorbiditeit met depressie hoog is. Zelfs zo hoog dat sommige auteurs beweren dat alle hypochonderen eigenlijk aan een depressie lijden (zie bijv. Kenyon, 1964). Een storende factor bij het geven van medicatie kan het optreden van bijwerkingen van de anti-depressiva zijn, waardoor meer lichamelijke klachten ontstaan, wat aanleiding kan zijn voor een toename van de angst of de overbezorgdheid (zie bijv. Kellner, 1986). Iets dergelijks gebeurde bij mevrouw Zomers.

### ***Carla Zomers: toch een depressie***

---



*Carla Zomers, een alleenstaande vrouw van 47 jaar, was werkzaam als bibliothecaresse en leefde samen met vijf katten en twee honden. Haar hele leven tobde Carla Zomers al met haar gezondheid. Ze had altijd klachten en nooit kon er iets gevonden worden. Ze was al meer dan twintig jaar bij dezelfde huisarts, die ze met gepaste regelmaat bezocht met de vraag wat er aan de hand was en of haar klachten niet eens verder specialistisch uitgezocht zouden moeten worden.*

*Op een bepaald moment had Carla last van duizeligheid, waarvoor zowel de internist als de neuroloog geen verklaring kon vinden. De hoofdpijnen waar ze enige jaren geleden zoveel last van had begonnen helaas weer terug te komen. Gelukkig waren de buikkrampen het voorgaande halfjaar wat afgenomen en met de voortdurende vermoeidheid in haar armen en benen had ze leren leven.*

*De vraag waarmee Carla Zomers de huisarts bezocht was of er nog niet een uitgebreid neurologisch onderzoek zou moeten worden verricht naar haar duizeligheid, in verband met een mogelijke ziekte van Ménière of iets dergelijks. Nu wilde het toeval dat de huisarts, met wie ze de afgelopen twintig jaar een stabiele en intensieve werkrelatie had opgebouwd, net een uitgebreide nascholingscursus had gevolgd. Deze ging over stemmingsstoornissen en het gebruik van antidepressiva. De huisarts kwam tot de conclusie dat hij steeds over het hoofd had gezien dat Carla Zomers leed aan een zogenaamde gemaskeerde depressie. De volgende stap was dat hij voorstelde dat ze een tijdje antidepressiva zou gaan gebruiken. Voor Carla Zomers was dit een verrassende wending in het consult. Ze had het gebruikelijke antwoord – dat ze het eerst nog maar moest aanzien en dat een verwijzing nu niet aan de orde was – verwacht, maar nu werd het nemen van medicijnen voorgesteld. Ietwat overdonderd stemde ze hierin toe.*

*Ze startte met het gebruik van Fevarin. De dosering bij het begin was een tablet van 50 mg en binnen twee weken werd de dosering opgebouwd naar 150 mg per dag. Ze merkte direct dat ze dit middel slikte, maar niet in gunstige zin. Ze kreeg last van opvliegers, hartkloppingen en was bij tijden behoorlijk misselijk. Geschrokken spoedde ze zich naar de huisarts. Die legde uit dat het de bijwerkingen waren en dat deze na verloop van tijd zouden verdwijnen. Na een week was er niets veranderd; de misselijkheid was zelfs iets toegenomen. De huisarts stelde voor om een ander antidepressivum te proberen, waarvan ze mogelijk minder bijwerkingen zou ervaren.*

*Er werd nu begonnen met Anafranil, in eerste instantie weer 50 mg per dag. Ook bij dit middel traden bijwerkingen op: met name de misselijkheid en de duizeligheid namen toe. Behoorlijk geagiteerd kwam Carla Zomers na een week op het spreekuur: ze wilde en andere medicijnen en nu eindelijk wel eens de verwijzing naar de neuroloog waar ze in het begin om had gevraagd. De huisarts voelde voor beide voorstellen erg weinig en weigerde dan ook hieraan mee te werken. Aangezien Carla Zomers al behoorlijk was getergd door alle klachten en vond dat ze alleen maar slechter was geworden van die medicijnen ontstond er een forse woordenwisseling. Het compromis dat uiteindelijk uit de bus kwam en door beiden onder protest geaccepteerd werd, was dat ze niet naar de neuroloog verwezen werd maar naar een psychiater, die de medicatie nauwkeurig zou gaan uitzoeken. De huisarts en Carla Zomers gingen met kwade koppen uit elkaar.*

*Het contact met de psychiater was weinig frequent en had ook weinig resultaat. Ze probeerde wederom Fevarin, met hetzelfde resultaat. Vervolgens werd Prozac geprobeerd, maar hierbij ging Carla zich helemaal onwezenlijk voelen. Ook de toediening van dit middel werd gestopt, en als laatste werd Tofranil geprobeerd – beginnend met 50 mg per dag, na een week opgebouwd tot 150 mg per dag – en ook toen had ze weer last van forse misselijkheid, duizeligheid en een doof gevoel in armen en benen. Uiteindelijk werd op voorstel van Carla Zomers besloten het geëxperimenteer met medicatie te staken. Het contact met de psychiater werd ook gestopt.*

*Een halfjaar later heeft Carla Zomers nog steeds last van aanzienlijke duizeligheid, van misselijkheid en van een doof gevoel in haar armen en benen. De anders altijd zo soepel verlopende werkrelatie met de huisarts lijkt voorgoed verstoord.*

## Discussie

De hier gepresenteerde gevalsbeschrijvingen van mislukkingen vormen natuurlijk een selectie. Tegenover iedere mislukking die hier beschreven wordt, kunnen gelukkig beschrijvingen van succesvolle behandelingen gezet worden. De beschrijvingen hadden als doel na te gaan welke factoren een rol spelen bij het mislukken en welke lessen hieruit getrokken kunnen worden. De gevalsbeschrijvingen zullen vanuit dit oogpunt nog eens de revue passeren.

### *Een behandelcontact met nog één verwijzing*

Bij het afsluiten van het behandelcontract met mevrouw Xanders kan men zich afvragen waar het fout is gelopen. De huisarts had de indruk dat hij de verwijzing naar mondheeskunde had kunnen uitstellen (en uiteindelijk afstellen) bij het verdwijnen van de witte puntjes in haar keel. Het eindresultaat was nu dat zowel de hypochondere als de lichamelijke klachten toenamen, en dat mevrouw Xanders nog steeds onder specialistische behandeling was en medicatie gebruikte. Had de therapeut niet zonder meer mee moeten gaan in een behandelcontract met nog één verwijzing naar een specialist?

Hier kan niet zonder meer bevestigend op geantwoord worden. Er zijn genoeg gevallen bekend waarbij een dergelijk behandelcontract de patiënt over de streep trok om alsnog een psychotherapie te starten. Patiënten worden serieus genomen in hun wensen, strijd wordt voorkomen en een enkele verwijzing kan een goede investering zijn als verdere somatische fixatie wordt voorkomen. Hoogstens kan achteraf gezegd worden dat de therapeut nog strakker had kunnen afspreken dat het slechts om één verwijzing zou gaan.

Ook kan een vraagteken gezet worden bij de gebruikte motiveringstechnieken. De huisarts leek mevrouw Xanders adequaat te hebben gemotiveerd door haar te wijzen op de last die ze ondervond van haar overbezorgdheid. De psychotherapeut leek daarentegen iets te gretig, door haar actuele angst te benoemen als een uitstekend moment om de psychotherapeutische behandeling te starten. Mogelijk had hij nog meer de nadruk kunnen leggen op haar jarenlange omzwervingen in het medisch-somatische circuit en op de resultaten hiervan in termen van angst en overbezorgdheid. Zo had hij de lange-termijneffecten van haar gedrag kunnen benadrukken – toename van de angst en preoccupatie – als motivering om toch vooral snel te starten met een psychotherapie.

De volgende stap werd gezet bij mondheeskunde. De arts wilde geen uitsluitel geven over een plekje in haar keel. Het is de vraag of dit optreden verstandig was. Ervoor pleit dat hij zich keurig bij zijn eigen vakgebied hield en bovendien niet zonder meer geruststelling gaf. Ertegen pleit dat van hypochondrie bekend is dat iatrogene factoren een belangrijke rol spelen. Gevalsbeschrijvingen waarin artsen uit ongerustheid of uit

machteloosheid net zolang doorzoeken totdat er iets afwijkends gevonden is, zijn helaas genoeg bekend. De KNO-arts en de internist hebben duidelijk te weinig rekening gehouden met de iatrogene kant van hun bemoeienissen.

Ten slotte kan men zich ook nog afvragen of mevrouw Xanders te kwader trouw was en de verwijzing naar de psychotherapeut gebruikte om wederom een verwijzing naar een specialist los te peuteren. Zowel de huisarts als de therapeut had niet die indruk, maar het zal in dergelijke gevallen natuurlijk voorkomen. De lering die kan worden getrokken uit het verloop van het contact met mevrouw Xanders lijkt ten eerste dat over dergelijke verwijzingen strakke afspraken moeten worden gemaakt en dat de therapeut zo mogelijk, met behulp van adequate motiveringstechnieken, de patiënt tracht over te halen toch alvast maar met de behandeling te starten. Het is onverstandig een strenge scheiding aan te brengen tussen somatische en psychologische behandelingen, alleen al omdat ook tegen patiënten gezegd wordt dat lichaam en geest niet te scheiden zijn.

Starten met een psychologische behandeling, zeker als in het begin kleine succesjes worden behaald, kan een sterk motiverend effect hebben op de inzet van de patiënt. Hierbij speelt ook een rol hoe een psychologische aanpak door de verwijzende arts gemotiveerd wordt. Vaak ervaren patiënten verwijzing naar een psychotherapeut als negatief. Ze hebben het gevoel dat ze als aansteller beschouwd worden, niet serieus genomen worden of misschien wel als 'gek' beschouwd worden. Doorverwijzing naar de psychotherapeut is dus voor de patiënt statusverlagend. Het zou interessant zijn om te onderzoeken wat er zou gebeuren als een verwijzend arts de verwijzing als statusverhogend zou presenteren. 'Dit is een heel speciale behandeling, die voor weinig patiënten weggelegd is', 'Ze zijn specialisten op een gebied waar wij geen verstand van hebben'. 'Een dergelijke behandeling zal veel van u vragen, maar het is de moeite waard', 'Ze hebben maar heel weinig ruimte voor nieuwe patiënten' en dergelijke opmerkingen zouden hiertoe kunnen bijdragen.

Ten tweede is het belangrijk om de iatrogene kant van het klachtenpatroon goed in het oog te houden. Huisartsen en psychotherapeuten zouden dit gevaar vaker kunnen benadrukken wanneer zij overleggen met medisch specialisten over patiënten met de hier beschreven klachten.

### ***Cognitieve gedragstherapie***

De heer Yzermans was iemand die redelijk functioneerde. Het enige wat hem mankeerde was dat hij met enige regelmaat de huisarts bezocht vanwege een aantal onduidelijke lichamelijke klachten. Na de behandeling zit hij bijna in de WAO, gebruikt hij vrij veel medicatie en komt hij zijn huis niet meer uit. Achteraf gezien is de heer Yzermans dus slechter af door het inzetten van psychotherapie. De status quo van voor de behandeling had ook gezien kunnen worden als een vorm van management door de huisarts. De keuze tussen doorgaan met management of starten met een therapie is in feite overgeslagen.

Natuurlijk kan nu niet gezegd worden dat de klachten in de toekomst niet zouden zijn toegenomen als de huisarts en de heer Yzermans op deze voet waren doorgeslagen. Toch is het in het algemeen zinvol om goed te overwegen of het wel verstandig is met

psychotherapie te starten, zeker als er aanwijzingen zijn dat een therapie de draagkracht van de patiënt te boven zou kunnen gaan. Bij de heer Yzermans waren overigens van tevoren geen aanwijzingen dat deze therapie hem te veel zou kunnen worden.

Uit het weinige onderzoek dat verricht is, is bekend dat cognitieve gedragstherapie effectief kan zijn bij patiënten met dergelijke klachten, maar niet altijd tot positieve resultaten leidt. Over de vraag bij welke patiënten een therapie wel effectief zal zijn en bij welke niet is weinig bekend en dat geldt niet alleen bij de somatoforme stoornissen. Het kan dus zijn dat de heer Yzermans één van die mensen is bij wie cognitieve gedragstherapie geen effect heeft.

Het lijkt erop dat in de behandeling van de heer Yzermans het provoceren van een hyperventilatieaanval thuis een luxerend moment is geweest voor het optreden van paniekaanvallen. Om nu te zeggen dat de therapeut deze opdracht niet had mogen meegeven voert te ver. Wel kan men in het algemeen vraagtekens zetten bij het gebruik van een hyperventilatieprovocatie. Over het algemeen is men het erover eens dat een hyperventilatieprovocatie als diagnostisch instrument niet zo zinvol is, maar dat het gebruik van hyperventilatieprovocaties therapeutisch wel effectief kan zijn, ook al zijn er vraagtekens bij het model (zie voor een discussie hierover het *Dth*-themanummer over hyperventilatie en paniek, 1992). Een kritiekpunt zou kunnen zijn dat de therapeut te weinig oog heeft gehad voor de mogelijkheid dat er paniekaanvallen zouden kunnen optreden. Gezien de aard van de klachten en de angsten, en gezien het feit dat angst voor het krijgen van een hartinfarct vaak voorkomt bij mensen met een paniekstoornis, had de therapeut zijn interventies op voorhand meer kunnen toespitsen op de behandeling van een paniekstoornis. Hij had dan waarschijnlijk ook de heer Yzermans beter voorbereid op mogelijke verschijnselen bij het uitvoeren van een hyperventilatieprovocatie.

Uit de mislukte behandeling van de heer Yzermans kunnen twee conclusies worden getrokken. Ten eerste dat op een bepaald moment expliciet een keuze moet worden gemaakt tussen (starten met) psychotherapie of (doorgaan met) een vorm van case-management. Ten tweede dat een therapeut tijdens de intake en gedurende de behandeling oplettend moet zijn of er mogelijk een andere psychiatrische stoornis – zoals een paniekstoornis, een obsessief-compulsieve stoornis of een depressie – een rol speelt en behandeling behoeft.

### ***Exposure in vivo met responspreventie***

Uiteindelijk is de behandeling van mevrouw Wever geen mislukking geworden. Gezegd zou kunnen worden dat de mislukking meer zit in de theorie over een zinvolle behandeling van haar klachten. Tijdens haar opname op de PAAZ zijn alle dingen gedaan die volgens de leertheoretische verklaring juist niet moesten gebeuren en zelfs zouden moeten leiden tot een toename van de hypochondere klachten. Interventies als geruststelling geven en nog meer lichamelijk onderzoek doen, zondigen tegen alle leertheoretische regels. Ook de 'ontdekking' dat er een 'echt' probleem achter zit past niet erg binnen een klachtgerichte benadering.

Interessant in dit verband is nog dat mevrouw Wever meldde dat de gedragsmatige benadering juist veroorzaakte dat ze nog meer bezig was met haar hypochondere

overtuigingen en haar lichaam, dat de herdefiniëring naar een achterliggend probleem eerder voor rust zorgde, en dat daarna de preoccupatie met haar lichamelijke klachten minder werd. Verder speelde zeker in een later stadium van de therapie nog een diagnostisch en daarmee strategisch probleem: het werd steeds meer de vraag of de primaire diagnose niet depressie IEZ was, in plaats van hypochondrie. In dat geval zou een andere behandeling meer op haar plaats zijn geweest, mogelijk zelfs met medicatie, zoals in het ziekenhuis wel gebeurde.

Wat leert ons nu de behandeling van mevrouw Wever? Ten eerste – wat iedereen zal beamen, maar waar niet iedereen altijd naar handelt – dat een theoretisch model relatief is. Van een model worden hypothesen over de behandeling afgeleid die in de realiteit, het liefst in uitgebreid gecontroleerd onderzoek, getoetst moeten worden. De leertheorie biedt een verklaringsmodel voor de behandeling van hypochondrie. De effectiviteit van exposure in vivo met responspreventie is nog nauwelijks getoetst, en deze zal ook per patiënt verschillen. Bij mevrouw Wever bleek ze in elk geval op dat moment niet effectief. De behandeling versterkte juist de preoccupatie van mevrouw Wever met haar lichamelijke symptomen. Mogelijk is dit een probleem bij hypochondrie en meer specifiek bij de angst voor kanker. Omdat de gevolgen van kanker pas op lange termijn duidelijk worden, kan het zijn dat exposure, met haar korte-termijneffecten, te weinig therapeutische kracht heeft.

Ook andere factoren hebben mogelijk een rol gespeeld, bijvoorbeeld in de therapeutische relatie. Hoewel de relatie met haar eerste therapeut aanvankelijk goed was, werd mevrouw Wever in de behandeling wel steeds op een voor haar onaangename wijze (nl. door het bespreken van de exposure-opdrachten en daarbij opgeroepen spanning) met haar preoccupatie geconfronteerd. In het ziekenhuis werd juist met haar wensen meegegaan en vonden er minder confrontaties plaats.

Het aanbieden van een alternatief verklaringsmodel in de vorm van een achterliggend probleem lijkt eveneens een belangrijke factor te zijn geweest voor het succes van de behandeling in het ziekenhuis. Het is mogelijk dat binnen de eerste behandeling het aangeboden verklaringsmodel mevrouw Wever te weinig aansprak. Een nauwkeurige individuele taxatie van wat goed aansluit en waartoe patiënten gemotiveerd zijn is dus belangrijk.

Ook dit zijn hypothesen. Al met al is duidelijk dat niet gezegd kan worden: dit *moet altijd* voor een succesvolle behandeling en dat *mag nooit*.

## **Medicatie**

De behandeling van Carla Zomers bestond niet uit een psychologische behandeling maar uit een farmacologische. Het verloop van haar behandeling werd hier beschreven, omdat in de klinische praktijk vaak dergelijke farmacologische interventies worden overwogen en toegepast. Bij Carla Zomers speelde eenzelfde overweging een rol als bij de heer Yzermans. Voor de start met een farmacologische behandeling was er een soort evenwicht waarbinnen ze redelijk functioneerde. Ook hier had de huisarts zich kunnen afvragen of het interveniëren met medicatie ook nadelige effecten zou kunnen hebben. Achteraf gezien was de keuze voor medicatie niet gelukkig. Carla Zomers had na de behandeling meer klachten dan daarvoor, en de vertrouwensrelatie met haar huisarts

was tamelijk verstoord. Uitgaande van een keuze voor medicatie was het gebruik van antidepressiva – ook gezien de hypothese dat Carla Zomers depressief was – niet onlogisch. Het veranderen tussen verschillende soorten antidepressiva om te onderzoeken wat het beste aanslaat is in principe niet verkeerd, hoewel het snelle veranderen van de medicatie door de huisarts wel veel overeenkomsten had met paniekvoetbal. Bovendien had zowel de huisarts als – later – ook de psychiater meer oog kunnen hebben voor het feit dat bijwerkingen lichamelijke klachten en de preoccupatie kunnen versterken. Juist bij de behandeling van somatisch toch al ‘gefixeerde’ patiënten zou men hier waakzaam voor moeten zijn. Interessant in dit verband is een artikel van Liebowitz (1989), waarin hij op grond van enkele studies en klinische ervaringen adviseert om bij de farmacologische behandeling van paniekstoornis en gegeneraliseerde angststoornis met bijvoorbeeld imipramine of fluoxetine te starten met lage doseringen, om de bijwerkingen zo beperkt mogelijk te houden. Volgens hem treedt dan vermindering van de klachten op, terwijl de bijwerkingen toch beperkt blijven. Mogelijk was dit voor Carla Zomers een oplossing geweest.

Hypochondere en sterk somatiserende patiënten tobben met hun lichamelijke klachten en hun bezorgdheid. De hier gepresenteerde gevalsbeschrijvingen laten zien dat ook hun therapeuten tobben met het contact en het bepalen van de juiste behandeling. Honderd procent succes bij behandelingen is voor psychotherapieën niet weggelegd. Niet-effectieve en mislukte behandelingen zullen blijven voorkomen. Mogelijk dat de hier gepresenteerde mislukte behandelingen ertoe kunnen bijdragen dat het aantal mislukkingen bij de behandeling van mensen met deze klachten beperkt blijft.

---

### **Abstract**

*The treatment of hypochondriacal and somatizing patients is not simple. The therapeutic relationship has to be handled with care – since these patients prefer to visit a medical doctor instead of a psychotherapist – and the research on the effectiveness of therapeutic interventions is limited. Even with a skilled therapist the treatment of these patients can end in a failure. These failures can happen in different phases of the therapy. The following is discussed successively: the treatment contract, cognitive behavioural therapy, exposure in vivo with response prevention, and the use of psychopharmaca. In the discussion the factors that can account for the failures and the lessons that can be distilled for future treatments are analyzed.*

### **Referenties**

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd revised edition). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th edition). Washington DC : Author.
- Bass, C.M. (1990). Assessment and management of patients with functional somatic symptoms. In: C.M. Bass (red.), *Somatization, Physical symptoms and psychological illness*. Oxford: Blackwell.
- Beck, A.T. & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Butler, S., Chalder, T., Ron, M. & Wessely, S. (1991). Cognitive behaviour therapy in chronic fatigue syndrome. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 54, 153–158.

- Clark, D.M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 461–470.
- Dyck, R. van & Hout, M. van den (red.) (1992). Thema: hyperventilatie en paniek, *Dth*, 3, 215–342.
- Emmelkamp, P.M.G., Bouman, T.K. & Scholing, H.A. (1989). *Angst, fobieën en dwang*. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Fallon, F. & Liebowitz, M.R. (1993). Fluoxetine for hypochondriacal patients without a major depression. *American Journal of Clinical Psychopharmacology*, 13, 438–441.
- Fiegenbaum, W. (1986). Longterm efficacy of exposure in vivo for cardiac phobia. In: I. Hand & H.-U. Wittchen (red.), *Panic and phobias*. Heidelberg: Springer.
- Goldberg, D., Gask, L., & O'Dowd, T. (1989). The treatment of somatization: Teaching techniques of reattribution. *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 689–695.
- Kellner, R. (1986). *Somatization and hypochondriasis*. New York: Praeger Publishers.
- Kellner, R. (1992). The treatment of hypochondriasis: To reassure or not to reassure? *International Review of Psychiatry*, 4, 71–75.
- Liebowitz, M.R. (1989). Antidepressants in panic disorders. *British Journal of Psychiatry*, 155, 46–52.
- Marks, I.M. (1987). *Fears, phobias and rituals*. Oxford: Oxford University Press.
- Moleman, P. (1992). *Praktische psychofarmacologie*. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Smith, R.G., Monson, R.A., & Ray, D.C. (1986). Psychiatric consultation in somatization disorder: A randomized controlled study. *New England Journal of Medicine*, 314, 1407–1413.
- Visser, S., & Bouman, T.K. (1992). Cognitive-behavioural approaches in the treatment of hypochondriasis: Six single case cross-over studies. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 301–306.
- Visser, S., & Bouman, T.K. (1994). Cognitieve therapie bij hypochondrie: een n = 2 studie. *Gedragstherapie*, 4, 345–368.
- Warwick, H.M.C. & Salkovskis, P.M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 105–117.
- Warwick, H.M.C. & Marks, I.M. (1988). Behavioural treatment of illness phobia hypochondriasis. *British Journal of Psychiatry*, 152, 239–241.
- Warwick, H.M.C. (1992). Provision of appropriate and effective reassurance. *International Review of Psychiatry*, 4, 77–80.
- Wesner, S. & Noyes (1991). Imipramine: An effective treatment for illness phobia. *Journal of Affective Disorders*, 22, 43–48.