

DSM-5: van somatoforme stoornissen naar 'somatic symptom and related disorders'

C.M. VAN DER FELTZ-CORNELIS, B. VAN HOUDENHOVE

ACHTERGROND De DSM-IV-categorie van de somatoforme stoornissen was controversieel en is aanzienlijk gewijzigd in de DSM-5.

DOEL Kritisch beschrijven van de DSM-5-categorie 'somatic symptom and related disorders' (SSRD).

METHODE Bespreking.

RESULTATEN In tegenstelling tot bij de somatoforme stoornissen, waar het altijd om lichamelijk onverklaarde klachten moest gaan, kunnen bij de 'somatic symptom disorder' (SSD) de symptomen wel of niet samenhangen met een bekende lichamelijke ziekte. Waar het om gaat, is dat het individu daar op maladaptieve wijze mee omgaat. Daarnaast zijn de classificaties 'psychological factors affecting other medical conditions' en 'factitious disorder' toegevoegd aan de SSRD. De classificaties 'somatisation disorder', 'somatoform disorder NOS', 'undifferentiated somatoform disorder' en 'pain disorder' zijn afgeschaft en vallen voortaan onder de SSD; 'conversion disorder' is gebleven en 'hypochondriasis' is omgedoopt naar 'illness anxiety disorder'.

CONCLUSIE De DSM-5-categorie SSD is een grote stap voorwaarts nu is gekozen voor een positief criterium, namelijk een maladaptieve reactie op lichamelijke symptomen, in plaats van het voormalig negatief criterium van onverklaard zijn van de symptomen. Vooraleer het SSD-label te gebruiken zal de clinicus de therapeutische relevantie van deze psychiatrische diagnose goed voor ogen moeten houden.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)3, 182-186

TREFWOORDEN DSM-5, somatoforme stoornissen, somatic symptom and related disorders



De somatoforme stoornissen zoals omschreven in de DSM-IV zijn een voortvloeisel van begrippen zoals 'hypochondrie', 'conversie' en 'somatisatie', die een lange historie hebben (Van der Feltz-Cornelis & Van Dyck 1997). Deze classificatie was controversieel. Het vóórkomen van comorbiditeit met depressie en angst bij de somatoforme stoornissen werd al vroeg onderkend (Mayou 1993), maar hier werd in de classificatie niet consequent mee omgegaan. Het gebruik van een negatief criterium, namelijk het ontbreken van een medische verklaring voor de somatoforme klacht, leidde tot problemen omdat het onverklaard zijn vaak discutabel was, en ook kon optreden bij patiënten

die (ook) lichamelijk verklaarde klachten hadden (Van Houdenhove 2007; Van der Feltz-Cornelis 2007). Na diverse voorstellen om deze stoornissen in de DSM-5 anders te formuleren (Van der Feltz-Cornelis & Van Balkom 2010) werd voor de DSM-5 dan ook een werkgroep opgericht die zich hierover heeft gebogen, de werkgroep Somatic Symptom and Related Disorders (SSRD). De 'somatoform disorders' staan niet meer als zodanig in de DSM-5. Ook de nagebootste stoornissen, zoals ze waren omschreven in de DSM-IV, waren aan kritiek onderhevig. Men vond de term pejoratief en er zijn diverse voorstellen gedaan om deze anders te classificeren in de DSM-5. Ze zijn daarom

opgenomen in de SSRD, omdat het ook daar ging om patiënten met lichamelijke symptomen (APA 2013), hoewel er ook kritiek op was omdat voorgewende symptomen een andere klinische aanpak vereisen dan niet-voorgewende lichamelijke symptomen (Van der Feltz-Cornelis 2012). In dit artikel willen wij de nieuwe classificatie en de betekenis ervan voor de klinische praktijk omschrijven. Vraagstelling daarbij is: welke veranderingen zijn doorgevoerd in de DSM-5? Hebben die veranderingen de genoemde problemen opgelost?

Somatic symptom and related disorders (SSRD)

Het onderscheid tussen ‘*somatisation disorder*’, ‘*pain disorder*’, ‘*undifferentiated somatoform disorder*’ en ‘*somatoform disorder NOS*’ is vervallen in de DSM-5. Er was overlap tussen de categorieën en het gebruik ervan werd in de medisch-somatische settingen waar deze patiënten vaak worden behandeld mede daardoor moeilijk bruikbaar gevonden (APA 2013). De pijnstoornis is vervallen omdat het onderscheid van pijn vanwege psychologische factoren c.q. vanwege somatische factoren, dat in de DSM-IV-TR wordt gemaakt, onhoudbaar is. Het is goed dat de pijnstoornis verdwenen is, want deze subcategorie riep reminiscenties op aan het obsoleete concept ‘psychogene pijn’, terwijl het moderne pijnonderzoek er ontegenzeggelijk op wijst dat het in de meeste gevallen gaat om een complex samenspel van biologische en psychosociale factoren (De Heer e.a. 2013).

Deze stoornissen vallen voortaan tezamen onder de SSD. In tegenstelling tot bij de somatoforme stoornissen, waar het altijd om lichamelijke onverklaarde klachten moest gaan, kunnen bij de SSD de symptomen wel of niet samenhangen met een gediagnosticeerde lichamelijke ziekte (APA 2013). Waar het om gaat, is dat de somatische symptomen gepaard gaan met abnormale gedachten, gevoelens, en gedrag, ongeacht de vraag of de somatische klachten gepaard gaan met een gediagnosticeerde lichamelijke ziekte. Dit criterium wordt onderbouwd door recent onderzoek van Escobar e.a. (2010), waaruit blijkt dat wanneer er drie lichamelijke symptomen zijn, iemand daardoor significant gaat disfunctioneren en een beduidend hogere medische consumptie heeft, ongeacht de vraag of die lichamelijke symptomen al dan niet verklaard waren.

Conversion disorder, illness anxiety disorder

‘*Conversion disorder*’ is gehandhaafd en zowel daar als bij de ‘*pseudocyesis*’ (schijnzwangerschap) is het criterium van onverklaard zijn van het somatisch symptoom blijven staan. Hypochondrie bestaat niet meer als zodanig, maar wordt nu geclassificeerd als ‘*illness anxiety disorder*’. De cognitief-gedragstherapeutische literatuur heeft een grote rol gespeeld bij het smeden van deze nieuwe diagnostische

AUTEURS

CHRISTINA VAN DER FELTZ-CORNELIS, hoogleraar Sociale psychiatrie, Centrum voor Lichaam, Geest en Gezondheid, GGZ Breburg; Tranzo, Tilburg University, Tilburg; Trimbos-instituut, Utrecht.

BOUDEWIJN VAN HOUDENHOVE, psychiater en emeritus hoogleraar Medische en Gezondheidspsychologie, KU Leuven.

CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr. C.M. van der Feltz-Cornelis, GGZ Breburg, Centrum voor Lichaam, Geest en Gezondheid, Postbus 770, 5000 AT Tilburg.

E-mail: c.vanderfeltz-cornelis@ggzbreburg.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 11-11-2013.

categorie, bijvoorbeeld de grote hoeveelheid onderzoek op het vlak van chronische pijn naar de negatieve effecten van catastrofen. Uiteindelijk lijkt deze hele ‘diagnostische hervorming’ daarom mogelijk vooral een uitgebreide, niet-dualistische herformulering van het hypochondrie-concept, hoewel de term ‘hypochondrie’ dus is gesneuveld.

Verhuisde stoornis: ‘body dysmorphic disorder’

De ‘*body dysmorphic disorder*’ valt voortaan onder de ‘*obsessive-compulsive and related symptoms*’.

Twee toegevoegde stoornissen: ‘psychological factors affecting other medical conditions’ en ‘factitious disorder’

De stoornis *psychological factors affecting other medical conditions* duidt op psychologische factoren die de behandeling van lichamelijke ziekte verstoren, zoals slechte therapietrouw.

De andere toegevoegde categorie betreft de ‘*factitious disorder*’. De werkgroep omschrijft deze als een aandoening waarbij het voorwenden van de symptomen het eerste criterium is, en het afwezig zijn van duidelijke externe materiële bekrachtiging van het gedrag het tweede. Het gaat hier dus om patiënten die onbewust anderen manipuleren met het voorwenden van een ziekte. Daarbij hebben zij geen materieel doel, zoals bij simulatie; bij de nadere uitleg wordt het simuleren van symptomen echter wel genoemd. Dit is dus helaas een onduidelijke passage in de DSM-5, want het onderscheid met simulatie wordt bij de differentiaaldiagnostische overwegingen nadrukkelijk gemaakt.

‘Overinclusief’, stigmatiserend, of therapeutisch waardevol?

Allen Frances, hoofd van de vroegere DSM-IV-werkgroep, spaart zijn kritiek niet op de nieuwe DSM-5-classificatie. Hij vindt de SSD-categorie ‘overinclusief’ en hij is ervan overtuigd dat deze zal leiden tot een psychiatrisch-diagnostische inflatie bij mensen met een ‘legitieme’ somatische ziekte. Het risico bestaat immers dat iedereen die zich ‘overdreven’ zorgen maakt over zijn klachten of er niet optimaal mee omgaat nu gestigmatiseerd kan worden als ‘psychiatrisch ziek’ (Frances 2013). Was het dan beter geweest – zoals Frances in een van zijn blogs suggereert – om dergelijke problemen onder de vorm van een ‘V-code’ een plaats te geven in de rubriek ‘*other conditions that may be a focus of clinical attention*’? In ieder geval, vooraleer het SSD-label te gebruiken zal de clinicus weloverwogen te werk moeten gaan en niet alleen voldoende diagnostische argumenten verzamelen, maar vooral, bij elke individuele patiënt, de concrete therapeutische relevantie van deze psychiatrische diagnose goed voor ogen moeten houden.

Klinische implicaties

Potentieel is het belang van integraal werken op somatisch-psychische gebied gediend met deze nieuwe classificatie. Patiënten worden dan minder in een hoek gedrukt omdat het niet meer uitmaakt of de klachten al dan niet verklaard zijn; daarmee komt de nadruk meer te liggen op hoe ze ermee om kunnen gaan. En de classificatie is goed uit te leggen aan onze somatische collega’s door aan te tonen dat er een psychiatrische component zit in de klachtenpresentatie in relatie tot de somatische bevindingen. Dat zal de samenwerking ondersteunen, zowel in de somatische setting als in de ggz-setting. Ook daar wordt geleidelijk aan meer aandacht besteed aan het integreren van psychische en somatische aspecten in de diagnostiek (Van den Berg e.a. 2014 ter perse) en in de behandeling.

Voor de Multidisciplinaire richtlijn ‘Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten en somatoforme stoornissen’ (Blankenstein e.a. 2010) heeft de nieuwe indeling in zoverre consequenties dat de term ‘somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten’ (SOLK) die in de richtlijn werd geïntroduceerd, daarmee minder relevant zal worden. De risicoprofilering die in de richtlijn wordt gehanteerd, met uitgebreid aandacht voor zowel somatische als psychiatrische comorbiditeit (Van der Feltz-Cornelis e.a. 2011), blijft echter bruikbaar als hulpmiddel voor het toespitsen van de behandeling bij patiënten zowel met onverklaarde als verklaarde lichamelijke klachten.

Een onmiskenbaar pluspunt van de SSD-categorie is dat ze, door het overstijgen van het onderscheid ‘somatisch verklaard/onverklaard’, de hardnekkige associatie van SOLK

met ‘*psychisch veroorzaakt*’ uit de wereld helpt. Het vervangen van de somatoforme stoornissen door SSD maakt in principe ook de polariserende discussies over de oorzaken van het chronischevermoeidheidssyndroom (CVS/ME), fibromyalgie en verwante syndromen met onduidelijk pathofysiologisch substraat (Van Houdenhove e.a. 2013) overbodig.

Dit neemt niet weg dat de betrokken patiëntenverenigingen, in het spoor van Frances (2013), ernstige bezwaren hebben geformuleerd tegen SSD, vanuit hun vrees dat onrechtstreeks toch weer de deur wordt geopend voor een ‘psychiatrisering’ van deze aandoeningen. Dit zou volgens hen mogelijk een nefaste rol kunnen spelen bij arbeidsongeschiktheids- en verzekeringskwesaties. Vanuit de psychiatrie gezien zijn SOLK echter wel degelijk een van de specifieke domeinen van de psychiatrie, aangezien deze klachten betrekking hebben op de samenhang tussen lichaam en geest zoals ook uitgewerkt in het biopsychosociale model (Van der Feltz-Cornelis 2013).

Implicaties voor onderzoek

Voor onderzoek blijft de vraag relevant in hoeverre somatische symptomen samenhangen met depressieve of angstige comorbiditeit, of daar zelfs parameters van zijn. Want lichamelijke onverklaarde klachten, maar ook lichamelijke verklaarde klachten zijn geassocieerd met een hogere incidentie van depressie na enkele jaren. Tevens blijkt uit onderzoek dat deze samenhang minder goede uitkomsten geeft op het vlak van beloop van depressie en angststoornissen (Huijbregts e.a. 2010). Ook bij kinderen blijkt een samenhang tussen psychische symptomen en al dan niet verklaarde lichamelijke klachten en hier is nog veel onontgonnen gebied (Kouijzer e.a. 2013). Tenslotte valt nog af te wachten of de niet-dualistische SSD-categorie het moderne onderzoek naar de neurobiologische mechanismen in SOLK en FSS – met name stoornissen in het stresssysteem – een duwtje in de rug zal geven, en nieuwe kansen zal bieden om het cartesiaanse keurslijf van ons af te schudden (Van Houdenhove 2007).

Conclusie

De DSM-5 categorie ‘*somatic symptom disorder*’ is een grote stap voorwaarts nu is gekozen voor een positief criterium, namelijk een maladaptatieve reactie op lichamelijke symptomen, in plaats van het voormalig negatief criterium van onverklaard zijn van de symptomen. Het is de vraag wat de wijzigingen teweeg kunnen brengen in arbeidsongeschiktheids- en verzekeringskwesaties. Vooraleer het SSD-label te gebruiken zal de clinicus derhalve weloverwogen te werk moeten gaan en de concrete therapeutische relevantie van deze psychiatrische diagnose goed voor ogen moeten houden.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5de versie) (DSM-5). Washington: American Psychiatric Press; 2013.
- Berg KEM van den, Rijnders CATH, van Dam A, van de Ven ALM, van der Feltz-Cornelis CM, Graafsma SJ. Somatiek in de ambulante psychiatrie: de toegevoegde waarde van een standaard lichamelijke onderzoek tijdens de ambulante intake. Tijdschr Psychiatr 2014 (ter perse).
- Blankenstein AH, Bouman TK, van der Feltz-Cornelis CM, Fischer ER, van der Horst HE, Swinkels JA, red. Multidisciplinaire richtlijn: somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten en somatoforme stoornissen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2010.
- Escobar JI, Cook B, Chen CN, Gara MA, Alegría M, Interian A, e.a. Whether medically unexplained or not, three or more concurrent somatic symptoms predict psychopathology and service use in community populations. J Psychosom Res 2010; 69: 1-8.
- Feltz-Cornelis CM van der, van Dyck R. The notion of somatisation: an artefact of the conceptualisation of body and mind. Psychother Psychosom 1997; 66: 117-27.
- Feltz-Cornelis CM van der. Onverklaard of ondoordacht? Naar een DSM-5 voor somatoforme stoornissen. Commentaar op van Dieren & Vingerhoets. Tijdschr Psychiatr 2007; 49: 839-42.
- Feltz-Cornelis CM van der, Van Balkom AJ. The concept of comorbidity in somatoform disorder – a DSM-V alternative for the DSM-IV classification of somatoform disorder. J Psychosom Res 2010; 68: 97-9; author reply 99-100.
- Feltz-Cornelis CM van der, Swinkels JA, Blankenstein AH, Hoedeman R, Keuter EJ, Werkgroep Somatoforme klachten en stoornissen. Ned Tijdschr Geneesk. 2011; 155: A1244.
- Feltz-Cornelis CM van der. Nagebootste stoornissen. In: Franken I, Muris P, Denys D, red. Basisboek psychopathologie. Utrecht: De Tijdstroom; 2012.
- Feltz-Cornelis CM van der. Integrale zorg en het biopsychosociaal model als instrument. In: Van der Feltz-Cornelis CM, Mulder CL, red. Handboek sociale psychiatrie. De Tijdstroom; 2013.
- Frances A. The new somatic symptom disorder in DSM-5 risks mislabeling many people as mentally ill. BMJ 2013; 346: f1580.
- Heer EW de, Dekker J, van Eck van der Sluijs JF, Beekman AT, van Marwijk HW, Holwerda TJ, e.a. Effectiveness and cost-effectiveness of transmurale collaborative care with consultation letter (TCCCL) and duloxetine for major depressive disorder (MDD) and (sub)chronic pain in collaboration with primary care: a randomized placebo-controlled multi-Centre trial. TCC:PAINDIP. BMC Psychiatry 2013; 13: 147.
- Houdenrove B Van. Blijven we steken in het dualistisch keurslijf? Commentaar op Van Dieren & Vingerhoets. Tijdschr Psychiatr 2007; 49: 835-7.
- Houdenrove B Van, Luyten P, Kempke S. Het 'stress-adaptatiemodel' van het chronischevermoeidheidssyndroom/ fibromyalgie: een update. Tijdschrift voor Geneeskunde, 2013; 69: 905-11.
- Huijbregts KM, van der Feltz-Cornelis CM, van Marwijk HW, de Jong FJ, van der Windt DA, Beekman AT. Negative association of concomitant physical symptoms with the course of major depressive disorder: a systematic review. J Psychosom Res 2010; 68: 511-9.
- Kouijzer ME, Loman F, van der Feltz-Cornelis CM. Kinderen en jongeren met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten in een ggz-instelling. Tijdschr Psychiatr 2013; 55: 599-608.
- Mayou R. Somatization. Psychother Psychosom 1993; 59: 69-83.
- Mayou R, Kirmayer LJ, Simon G, Kroenke K, Sharpe M. Somatoform disorders: time for a new approach in DSM-5. Am J Psychiatry 2005; 162: 847-55.

SUMMARY

DSM-5: from 'somatoform disorders' to 'somatic symptom and related disorders'

C.M. VAN DER FELTZ-CORNELIS, B. VAN HOUDENHOVE

BACKGROUND The DSM-IV somatoform disorder category was controversial and has undergone major changes in DSM-5.

AIM To provide a critical description of DSM-5 somatic symptoms and related disorders (SSD).

METHOD To review the new classification system for somatic symptom and related disorders (SSD) as set out in DSM-5

RESULTS Whereas the symptoms of somatoform disorder were always considered to be medically unexplained, in DSM-5 the symptoms of somatic symptom disorder can now sometimes be explained by a medical condition. The criterion is that the individual has a maladaptive reaction to a somatic symptom. In DSM-5 the terms somatisation disorder, pain disorder and undifferentiated somatoform disorder have been discarded, whereas factitious disorder as well as psychological factors affecting other medical conditions have been added to somatic symptom disorder and other disorders. Conversion disorder remains as it was in DSM-IV. Hypochondriasis has been renamed 'illness anxiety disorder'.

CONCLUSION The new description of somatic symptom disorder in DSM-5 represents a big step forwards, because the decision has been made to use, for classification, a positive criterion, namely maladaptive reaction to a somatic symptom, instead of the earlier negative criterion, namely that the symptoms should be medically unexplained. Before attaching the SSD label to an illness, the clinician will have to weigh up the clinical consequences of this psychiatric diagnosis.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)3, 182-186

KEY WORDS DSM-5, somatic symptom disorder, somatoform disorder