

Meetinstrumenten bij somatoforme stoornissen

A.M. VAN HEMERT, M.W.M. DE WAAL, Y.R. VAN ROOD

SAMENVATTING Voor de klinische praktijk zijn bij somatoforme stoornissen diverse instrumenten beschikbaar om de ernst ervan te meten. De intensiteit van een enkele lichamelijke klacht wordt vastgesteld met behulp van verbale, visuele of numerieke schalen. Op basis van de beschikbaarheid van Nederlandse valideringsgegevens worden de volgende zelfinvulvragenlijsten aanbevolen: Checklist Individuele Spankracht (CIS-20R), Pijn Coping Cognitie Lijst (PCCL), Lichamelijke Klachten Vragenlijst (LKV), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Whitely Index (WI), Maastrichtse Eigen Gezondheidsattitude en Hypochondrieschaal (MEGAH) en Illness Attitude Scale (IAS).

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 46(2004)10, 693-696]

TREFWOORDEN meetinstrument, somatoforme stoornissen

De diagnose somatoforme stoornis kan alleen worden gesteld als er geen of onvoldoende somatische verklaring voor de klachten is gevonden. Het medisch oordeel over de klachten vormt steeds een centraal onderdeel van de diagnose. De betrouwbaarheid van screening is weinig onderzocht. De besproken meetinstrumenten zijn alleen geschikt om de ernst (intensiteit) en het beloop van de stoornissen te meten.

Binnen de DSM-IV worden twee groepen van somatoforme stoornissen onderscheiden. Bij de somatisatiestoornis, de ongedifferentieerde somatoforme stoornis, de pijnstoornis en de conversiestoornis staan de somatisch onverklaarde klachten en de daarmee gepaard gaande beperkingen centraal. Bij de hypochondrie en de stoornis in de lichaamsbeleving (*body dysmorphic disorder*) staan de interpretatie en emotionele beleving van de klachten meer centraal. De meetinstrumenten worden volgens deze tweedeling besproken.

SOMATISATIESTOORNIS,
ONGEDIFFERENTIEERDE SOMATOFORME
STOORNIS, PIJNSTOORNIS EN
CONVERSIESTOORNIS

Achtereenvolgens worden meetinstrumenten besproken voor het vaststellen van het aantal verschillende lichamelijke klachten, de ernst en het beloop van afzonderlijke klachten, en voor het meten van angst en depressie bij lichamelijke klachten.

Voor het systematisch vastleggen van de aard en het aantal lichamelijke klachten kan gebruik worden gemaakt van zelfinvulvragenlijsten. De Lichamelijke Klachten Vragenlijst (LKV) is een in Nederland ontwikkelde lijst die bestaat uit 51 lichamelijke klachten verdeeld over alle tractussen (Van Hemert 2003). Het invullen duurt 10 tot 15 minuten. Gevraagd wordt alle klachten aan te kruisen waar men in de afgelopen week last van had. De totaalscore wordt sterk bepaald door het geslacht en de aanwezigheid van angst of depressie (tabel 1). Daarentegen hebben leeftijd en de aanwezigheid van een lichamelijke ziekte slechts beperkt invloed.

TABEL 1		Normscores van de Lichamelijke Klachten Vragenlijst voor de Nederlandse respondenten (SOUL-project, 25 tot 69 jaar)*					
Algemene bevolking	n	Gemiddelde (SD)	Laag (p10)	Licht (p25)	Mediaan (p50)	Matig (p75)	Hoog (p90)
Geen angst/depressie							
Mannen	637	1,6 (2,5)	0	0	1	2	5
Vrouwen	859	3,0 (3,7)	0	0	2	4	8
Wel angst/depressie**							
Mannen	118	7,6 (6,0)	1	3	6	11	15
Vrouwen	216	9,4 (6,4)	2	4	9	13	17

SD = standaarddeviatie; p10, p25, p50, p75, p90 = percentielscores (respectievelijk 10%, 25%, 50%, 75% en 90% scoort lager)
 * Van Hemert 2003
 ** score van ≥ 15 op de Hospital Anxiety and Depression Scale

De intensiteit en het beloop van afzonderlijke lichamelijke klachten wordt gemeten met behulp van verbaal descriptieve schalen, visueel descriptieve schalen, numerieke schalen of visuele analoge schalen. In alle gevallen gaat het om een subjectieve en persoonlijke maat voor de beleefde intensiteit van de klacht. Aangezien deze sterk beïnvloed wordt door de omstandigheden, wordt aangeraden te vragen naar de intensiteit van de klacht op dit moment. Het beloop van de klacht kan in kaart gebracht worden door de intensiteit van de klacht gedurende één of twee weken op vaste tijdstippen in een dagboek te noteren.

Als de klacht langere tijd aanhoudt, kan gevraagd worden naar de verandering van de klachten ten opzichte van een eerdere meting in een

relatieve categorie: ‘hersteld’, ‘verbeterd maar niet hersteld’, ‘gelijk gebleven’, ‘verslechterd’. Deze methode reduceert de zogenaamde *response shift*, waarbij respondenten in de loop van de tijd ondanks verbetering van de klachten toch eenzelfde niveau blijven scoren terwijl zij wel menen dat de klachten zijn verbeterd.

Vermoeidheid en pijn komen als afzonderlijke klachten het meeste voor. De *Checklist Individuele Spankracht (CIS-20R)* meet met 20 items subjectieve vermoeidheid en gerelateerde gedragsaspecten (Vercoulen e.a. 1999). Het invullen van deze zelfinvulvragenlijst duurt 5 tot 10 minuten. De *Pijn Coping Cognitie Lijst (PCCL)* meet met 43 items 4 dimensies van pijn: ‘catastroferen’, ‘pijn-coping’, ‘interne pijnbeheersing’ en ‘externe pijnbeheer-

FIGUUR 1 Beoordelingsschalen voor afzonderlijke lichamelijke klachten

a. Verbaal descriptieve beoordelingsschaal (bv. voor pijn)

geen pijn een beetje pijn matige pijn hevige pijn ondraaglijke pijn

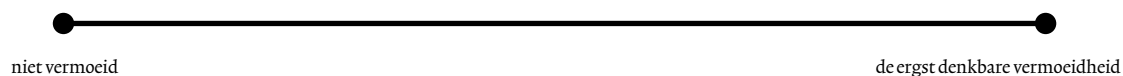
b. Visueel descriptieve beoordelingsschaal



c. Numerieke beoordelingsschaal (bv. jeuk)

geen jeuk 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 de ergst denkbare jeuk

d. Visuele analoge beoordelingsschaal (bv. vermoeidheid)



sing' (Stomp-van den Berg e.a. 1999). Het invullen van deze zelfinvulvragenlijst duurt ongeveer 15 minuten.

In de huisartspraktijk voldoet ongeveer de helft van de patiënten met een somatoforme stoornis ook aan de criteria van een angststoornis of depressieve stoornis (De Waal e.a. 2004). Bij het vaststellen van angst of depressie met behulp van vragenlijsten kan deze comorbiditeit tot verwarring leiden. Veel zelfinvulvragenlijsten voor angst of depressie bevatten items over lichamelijke klachten. De *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) is ontwikkeld om dit probleem het hoofd te bieden (Zigmond & Snaith 1983). Deze lijst meet in 2 keer 7 items de intensiteit van respectievelijk angst en depressie, zonder te vragen naar lichamelijke klachten. Het invullen duurt 5 tot 10 minuten en een score van 16 is indicatief voor een depressieve stoornis of een angststoornis. De lijst is in Nederland voor verschillende populaties gevalideerd (Spinhoven e.a. 1997).

HYPOCHONDRIE EN BODY DYSMORPHIC DISORDER

Bij hypochondrie en body dysmorphic disorder staat de interpretatie van respectievelijk de lichamelijke sensatie en de vermeende onvolkomenheid centraal. Verschillende zelfinvulvragenlijsten meten ziekteangst. De *Whitely Index* (WI) (Pilowski 1967) is een korte lijst van 14 items. Het invullen duurt 5 tot 10 minuten. Internationaal heeft de lijst de meest respectabele staat van dienst. Nederlandse gegevens zijn voor deze lijst slechts beperkt beschikbaar (Speckens e.a. 1996a, 1996b). In Nederland is door Schmidt & Lousberg (1992) de Maastrichtse Eigen Gezondheids-Attitude en Hypochondrieschaal (MEGAH) ontwikkeld. Met 67 items meet deze lijst 5 dimensies van hypochondrie. Het invullen duurt ongeveer 20 minuten. De *Illness Attitude Scale* (IAS) ten slotte is in meerdere internationale onderzoeken gevalideerd en er zijn Nederlandse normgegevens beschikbaar voor verschillende populaties (Kellner 1986; Speckens e.a. 1996a, 1996b). Met 29 items meet deze vragenlijst in 2

subschalen ziekteangst en ziektegedrag in de vorm van artsbezoek. Het invullen duurt 10 tot 15 minuten. De lijsten verschillen in het aantal items en het aantal subschalen. De prestaties in het meten van ziekteangst zijn vergelijkbaar.

AANBEVELINGEN VOOR DE PRAKTIJK

Alle besproken vragenlijsten zijn gevalideerd en genormeerd. Bij het gebruik van vragenlijsten in de klinische praktijk verdient het aanbeveling om zelf ervaring op te doen met de meetinstrumenten. Verschillende populaties kunnen verschillende testkarakteristieken hebben (Van Hemert e.a. 1995). Een score op een *Lichamelijke Klachten Vragenlijst* (LKV) in een huisartspraktijk heeft een andere interpretatie dan eenzelfde score in een oncologische praktijk. Algemene valideringsgegevens zijn nuttig voor de reputatie van een vragenlijst. Bij klinische toepassingen moet echter steeds de eigen ervaring en het eigen klinische oordeel worden betrokken.

LITERATUUR

- Hemert, A.M. van. (2003). *Lichamelijke Klachten Vragenlijst*. Leiden: Leids Universitair Medisch Centrum.
- Hemert, A.M. van, den Heijer, M., Vorstenbosch, M., e.a. (1995). Detecting psychiatric disorders in medical practice using the General Health Questionnaire. Why do cut-off scores vary? *Psychological Medicine*, 25, 165-170.
- Kellner, R. (1986). *Somatization and Hypochondriasis* (pp. 322-324). New York: Praeger Publishers.
- Pilowsky, I. (1967). Dimensions of hypochondriasis. *British Journal of Psychiatry*, 113, 89-93.
- Schmidt, A.J.M., & Lousberg, R. (1992). *De Maastrichtse Eigen Gezondheids-Attitude en Hypochondrie Schaal: de MEGAHS-schaal*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Speckens, A.E., van Hemert, A.M., Spinhoven, P., e.a. (1996a). The diagnostic and prognostic significance of the Whitely Index, the Illness Attitude Scale and the Somatosensory Amplification Scale. *Psychological Medicine*, 26, 1085-1090.
- Speckens, A.E., Spinhoven, P., Sloekers, P.P., e.a. (1996b). A validation study of the Whitely Index, the Illness Attitude Scale, and the Somatosensory Amplification Scale in general medical and

general practice patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 95-104.

Spinhoven, P., Ormel, J., Sloekers, P.P., e.a. (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological Medicine*, 27, 363-370.

Stomp-van den Berg, S.G.M., Vlaeyen, J.W.S., ter Kuile, M.M., e.a. (1999). *Pijn Cognitie Coping Lijst*. Maastricht: Pijnkenniscentrum.

Vercoulen, J.H.M.M., Alberts, M., & Bleijenberg, G. (1999). De Checklist Individual Strength (CIS). *Gedragstherapie*, 32, 131-136.

Waal, M.W. de, Arnold, I.A., Eekhof, J.A., e.a. (2004). Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *British Journal of Psychiatry*, 184, 470-476.

Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

AUTEURS

A.M. VAN HEMERT is psychiater en is verbonden aan Parnassia psycho-medisch centrum in Den Haag en het Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling Huisarts- en Verpleeghuisgeneeskunde.

M.W.M. DE WAAL is als gezondheidswetenschapper verbonden aan het Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling Huisarts- en Verpleeghuisgeneeskunde.

Y.R. VAN ROOD is psycholoog en is werkzaam aan het Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling Psychiatrie.

Correspondentieadres: dr. A.M. van Hemert, psychiater, Parnassia psycho-medisch centrum, Parnassia Bureau 24-uurszorg, Avocadostraat 2, Unit 5, 2552 HS Den Haag.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 26-5-2004.

SUMMARY

Instruments for measuring somatoform disorders – A.M. van Hemert, M.W.M. de Waal, Y.R. van Rood –

For clinical practice various instruments are available for measuring the intensity of somatoform disorders. The intensity of a single symptom is measured with verbal, visual or numerical scales. On the basis of available Dutch validity data the following questionnaires can be recommended: Checklist for Individual Strength (CIS), Pain Coping Cognition List (in Dutch: PCCL), Physical Symptom Checklist (in Dutch: LKV), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Whitely Index (WI), Maastricht Health Attitude and Hypochondria Scale (in Dutch: MEGAH) and Illness Attitude Scale (IAS).

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 46(2004)10, 693-696]

KEY WORDS assessment, somatoform disorders

ZIE VOOR DE AANBEVOLEN MEETINSTRUMENTEN WWW.TIJDSCRIFTVOORPSYCHIATRIE.NL
