

Psycho- somatiek in de DSM-V

B. VAN HOUDEN-
HOVE

De geneeskunde worstelt al eeuwen met de vraag hoe lichamelijke klachten zonder (duidelijke) lichamelijke oorzaak moeten worden benoemd en geclassificeerd. De term 'hysterie' is inmiddels zo goed als vergeten – ondanks zijn eerbiedwaardig verleden (Van Houdenhove 1985). De term 'psychosomatiek' is bij huisartsen en specialisten nog altijd zeer gebruikelijk, maar voor patiënten problematisch omdat er het stigma van 'tussen de oren' aan kleeft. Voor psychologische hulpverleners sleept 'psychosomatiek' bovendien de erfenis met zich mee van 'wilde' symbolische duidingen (astma als *'the cry for the mother'...*).

Nieuwe terminologische voorstellen staan overigens evenzeer aan kritiek bloot, enkele voorbeelden: 'subjectieve gezondheidsklachten' (hebben niet alle klachten per definitie een subjectief karakter?); 'lichamelijk onbegrepen of onverklaarde klachten' (hoe zeker is men dat er geen lichamelijke basis is?); 'somatisatie' (eerder een procesterm, vaak verward met 'somatisatiestoornis' – een subcategorie van de 'somatoforme stoornissen'); 'functionele somatische syndromen' (waar plaats je dan de hypochondrie?); en 'interface disorders' (knap gevonden, maar hoe vertaal je dit in het Nederlands?).

Uiteraard gaat het niet alleen over termen. Ook de huidige diagnostische classificatie van psychosomatische klachten ligt onder vuur. Met name de DSM-IV-categorie 'somatoforme stoornissen' – nu al een paar decennia oud – is conceptueel en klinisch onbevredigend gebleken (Van Houdenhove 2001). Er wordt reikhalzend uitgekeken naar de DSM-V die er tegen 2010 aankomt. Maar is er op dit vlak al consensus bereikt? Een recent nummer van de *Journal of Psychosomatic Research* heeft er een uitvoerige discussie aan gewijd. Ik laat de voornaamste standpunten de revue passeren.

De Engelse klinisch patholoog Bradfield (2006) wijst erop dat de somatoforme classificatie niet meer past in het hedendaagse denken over ziekten. Zo wordt de etiologie in de regel niet meer gekoppeld aan één (somatische of psychische) oorzaak, maar aan een complex geheel van uitlokkende, voorbeschikkende en in stand houdende factoren, die van zowel biologische als psychosociale aard kunnen zijn. Bovendien zijn bij de meeste ziekten verschillende orgaansystemen betrokken (onder meer via het hormonale systeem en het immuunsysteem). Ten slotte bestaat de behandeling vaak uit een combinatie van symptoomcontrole, correctie van pathofysiologische mechanismen, omgevingsbeïnvloeding en ondersteuning van de patiënt. Het opnieuw definiëren van de somatoforme stoornissen moet dus vanuit multidisciplinair perspectief gebeuren, en de toekomstige classificatie moet ook ruimte bieden voor de bijdrage van nieuwe researchdisciplines (zie bijvoorbeeld het recente genomische onderzoek over het chronischevermoeidheidssyndroom) (Vernon e.a. 2006).

De Gucht & Maes (2006) – beiden gezondheidspsychologen – en Creed (2006) – gerenommeerd liaisonpsychiater – breken een lans voor een multidimensionale, theoretisch gebaseerde benadering van somatiserende patiënten. Een herclassificatie moet volgens hen gebaseerd te zijn op: aantal, duur en frequentie van symptomen; aantal en type van betrokken orgaansystemen; ernst van invalidering; gebruik van medische voorzieningen; geassocieerde psychopathologie (vooral angst en depressie); en klachtenattributie en gezondheidsangst. Als mogelijke theoretische modellen verwijzen de auteurs naar het sociaallerenmodel, het stress-copingmodel, het ziektecognitiemodel en het zelfregulatiemodel. Creed benadrukt vooral dat de somatoforme classificatie onbruikbaar is geworden voor de moderne psychosomatische research: zo blijkt onder meer dat functionele beperkingen en medische consumptie van somatiserende patiënten beter voorspeld worden door de mate van ‘illness worry’ dan door diagnostische categorieën.

De Amerikaanse internist Kroenke (2006) kant zich sterk tegen het dualistische karakter van de somatoforme stoornissen en doet concrete voorstellen tot conceptuele en terminologische wijziging, in het bijzonder van de subcategorieën ‘somatisatiestoornis’, ‘pijnstoornis’ en ‘ongedifferentieerde somatoforme stoornis’. Volgens hem moet er gestreefd worden naar een eenvoudiger, patiëntvriendelijker en etiologisch-neutrale classificatie, die er niet van uitgaat dat somatisch onverklaarde klachten per definitie een psychische oorsprong hebben. Concreet stelt hij voor de genoemde subcategorieën te vervangen door ‘physical symptom disorder’ op as III (en dus niet op as I). Diverse, op dit ogenblik moeilijk classificeerbare ‘syndroomsyndromen’, zoals fibromyalgie, het chronischevermoeiheidssyndroom en het prikkelbaredarmsyndroom, kunnen eveneens onder deze gemeenschappelijke noemer op as III hun plaats krijgen.

Ook de Britse psychiaters Sharpe, Mayou & Walker (2006) stellen de dualistische uitgangspunten van somatoforme stoornissen ter discussie. Een multiaxiale diagnostische benadering kan meer recht doen aan het feit dat lichamelijke symptomen en syndromen – ‘verklaarde’ én ‘onverklaarde’ – door meerdere factoren bepaald zijn, en kan ook de basis vormen van een geïntegreerde medische en psychiatrische zorg. De auteurs twijfelen echter nog tussen twee alternatieven. Ofwel men blijft binnen het DSM-systeem en geeft een beschrijvende symptoom/syndroomdiagnose op as III (bijvoorbeeld ‘chronische pijn’), terwijl eventueel bijkomende psychiatrische diagnoses kunnen worden toegevoegd op as I (bijvoorbeeld ‘depressieve stoornis’) en as II (bijvoorbeeld ‘vermijdend persoonlijkheidstype’). Ofwel men opteert voor een totaal nieuw classificatiesysteem waarbij de assen een andere betekenis krijgen. Op as I komt dan bijvoor-

LITERATUUR

- Bradfield, J.W.B. (2006). A pathologist's perspective of the somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 327-330.
- Creed, F. (2006). Can DSM-V facilitate productive research into the somatoform disorders? *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 331-334.
- Gucht, V. de, & Maes, S. (2006). Explaining medically unexplained symptoms: toward a multidimensional, theory-based approach to somatization. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 349-352.
- Hiller, W. (2006). Don't change a winning horse. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 345-347.
- Houdenhove, B. van. (1985). De hysterie op het kruispunt van paradigma's. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 27(B2), 12-17.
- Houdenhove, B. van. (2001). Somatoforme stoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43, 83-93.
- Houdenhove, B. van. (2005). In wankel evenwicht. Over stress, levensstijl, en welvaartsziekten. Tiel: Lannoo.
- Kroenke, K. (2006). Physical symptom disorder: a simpler diagnostic category for somatization-spectrum conditions. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 335-339.
- Levenson, J.L. (2006). A rose by any other name is still a rose. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 325-326.
- Sharpe, M., Mayou, R., & Walker, J. (2006). Bodily symptoms: new approaches to classifications. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 353-356.
- Sykes, R. (2006). Somatoform disorders in DSM-V: mental or physical disorders? *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 341-344.
- Vernon, S.D., Whistler, T., Aslakson, E., e.a.

(2006). Challenges for molecular profiling of chronic fatigue syndrome. *Pharmacogenomics*, 7, 211-218.

beeld 'chronische pijn'; op as II worden biologische factoren aangeduid, bijvoorbeeld 'geen somatische pathologie maar mogelijke veranderingen in het centraal zenuwstelsel'; op as III is er plaats voor psychologische factoren, bijvoorbeeld 'depressie'; en op as IV voor sociale factoren, bijvoorbeeld 'rouwproces'.

Sykes (2006), een medewerker van de World Health Organization, schaaft zich in grote lijnen achter de visies van Kroenke (2006) en Sharpe e.a. (2006). De enigen van het gezelschap die het wagen wat tegengas te geven, zijn de Duitse psycholoog Hiller (2006) en de Amerikaanse psychiater Levenson (2006). Beide auteurs geven toe dat de huidige classificatie op een aantal punten voor verbetering vatbaar is, maar ze weigeren het kind met het badwater weg te gooien. Hiller (2006) vindt dat de somatoforme categorie vereenvoudigd kan worden tot 'polysymptomatische', 'monosymptomatische', en 'hypochondrische' subtypes. Levenson (2006) is van mening dat een verbetering van de zorg voor patiënten met somatisch onverklaarde klachten afhangt van een 'holistische' mentaliteitsverandering bij hulpverleners en in zorgsystemen, en niet van 'semantics'.

In dat laatste zit natuurlijk veel waarheid. Maar de hamvraag is: hoe kunnen we psychosomatische patiënten bij deze holistische zorg betrekken, op een manier die voor hen aanvaardbaar is – dit wil vooral zeggen: zonder dat ze zich gestigmatiseerd voelen? Ik verwijs bijvoorbeeld naar de verwoede discussies die patiënten met het chronischevermoeidheidssyndroom in de media voeren: 'onze ziekte is niet psychiatrisch maar neurologisch'! (Van Houdenhove 2005). Het valt af te wachten hoe zij op de voorgestelde vernieuwingen zullen reageren. Geclassificeerd worden binnen de DSM betekent immers: het etiket krijgen van een 'psychiatrische stoornis'. Maar wat is het alternatief? Een biopsychosociale classificatie van alle ziekten – zoals geopperd door Sharpe e.a. (2006) – is wellicht nog een verre toekomst-droom ...