

Onverklaard of ondoordacht? Naar een DSM-V voor de somatoforme stoornissen

Commentaar op Van Dieren & Vingerhoets

C.M. VAN DER FELTZ-CORNELIS

ONVERKLAARD?

Van tijd tot tijd wordt een term voorgesteld ter omschrijving van klachten die zich voordoen in het kader van een somatoforme stoornis. Daarin is meestal de veronderstelling vervat dat dit soort klachten lichamelijk, somatisch of medisch onverklaard zou zijn. Maar is een onverklaarde klacht wel onverklaard?

De huidige stand van onderzoek maakt aanemelijk dat de symptomen die somatiserende patiënten ervaren wel degelijk een medische basis hebben. Het is fysiek en fysiologisch onmogelijk om lichaam en geest te ontkoppelen. Het brein en het immuunsysteem hebben weliswaar verschillende functies en organisatie, maar zijn op biochemisch niveau met elkaar verbonden. Damasio beschrijft bijvoorbeeld hoe gevoelens samenhangen met de staat van het lichaam en van de specifieke neurale systemen die dat onderhouden. Hij noemt dit het 'neurale zelf.' Gevoelens en cognities ontstaan in het brein als perceptie van de 'body state' (Damasio 2000, 2004). Onderzoek naar de achterliggende pathofysiologische mechanismen heeft de laatste jaren een grote vlucht genomen. Het begrip allostasis (McEwen & Norton Lasley 2004) is daarbij een belangrijk concept gebleken. Allostasis duidt het adaptatieproces aan waarin stresshormonen lichaam en geest beïnvloeden in het kader van de overleving. De normale allostatische respons wordt geïnitieerd door een stressor, houdt aan gedurende een passend tijdsinterval, en dooft dan uit. Indien dit proces niet normaal verloopt,

leidt dit tot 'allostatic load' waarbij door ontregeling van deze adaptatie meerdere orgaansystemen en mediators zoals glucocorticoiden en cytokinen compensatoir hyperactief worden, met symptomen en ziekten als gevolg. Stress maakt het lichaam kwetsbaar voor zowel lichamelijke ziekten als voor het optreden van depressieve stoornissen en angststoornissen (Sternberg 1997). In het ziektebegrip worden dergelijke samenhangen steeds verder ontrafeld en benoemd. Fink e.a. (2007) identificeren in een onderzoek met bijna 1000 patiënten met lichamelijke klachten enkele clusters van symptomen, namelijk cardiopulmonair, gastro-intestinaal, en spier- of gewrichtspijn. Bij alle clusters bestaan aanwijzingen dat een centraal gemeduleerde hyperactiviteit van het autonoom zenuwstelsel en een ontregelde hypothalamus-hypofysebijnieras leiden tot een stressrespons waarbij lichamelijk onwelbevinden wordt ervaren. Lichamelijk onverklaarde somatische symptomen zijn dus geen onverklaarbare, onbegrepen of vage lichamelijke klachten, en ook geen medisch onverklaarde klachten.

Het gebruik van een term waarin het woord 'onverklaard' opduikt plaatst de dokter en de patiënt nodeloos in een slechte uitgangspositie voor een actieve aanpak van het probleem, omdat het gebaseerd is op een negatief criterium, niet op een positieve diagnose. Het komt vaak voor dat een huisarts niet kan vaststellen hoe een lichamelijke klacht is ontstaan. Het is van belang hoe men daarmee omgaat. Het feit op zich wil namelijk niet automatisch zeggen dat er dan een psychiatrisch

probleem is. De huisarts zou nader moeten onderzoeken of daar aanwijzingen voor zijn. Dat nalaten en de patiënt meedelen dat hij een medisch onverklaarde klacht heeft, diskwalificeert de patiënt. Die heeft kennelijk iets wat niet wordt begrepen en wat daarmee eigenlijk niet bestaat. En het diskwalificeert de psychiater, die pas erbij wordt geroepen als iets medisch onverklaard zou zijn, ofwel als iets medisch niet bestaat. Als we dit soort terminologie hanteren, afficheren we ons daarmee ten onrechte tot niet-medisch specialist, en de klacht tot niet-medisch of niet-bestaand. Wat heeft de patiënt hieraan? Het is onwaarschijnlijk te verwachten dat hij dergelijke terminologie zal omarmen, of dat hij iets positiefs van de huisarts of psychiater verwacht. En dat klemmt des te meer omdat er juist zoveel te bieden is.

DSM-IV-TR

Wat kunnen we hebben aan de DSM-IV in dit verband? De somatoforme stoornis Niet Anderszins Omschreven (NAO) uit de DSM-IV-TR kan gebruikt worden voor klachten die niet voldoen aan die van een specifieke somatoforme stoornis: 'Deze categorie omvat stoornissen met somatoforme symptomen die niet voldoen aan de criteria van een specifieke somatoforme stoornis.' Indien een patiënt maar één symptoom zou hebben, dan kan de ongedifferentieerde somatoforme stoornis uit de DSM-IV-TR uitkomst bieden, mits het symptoom reeds zes maanden bestaat. Een in de eerste lijn veel gebruikt classificatiesysteem, de *International Classification of Primary Care* (ICPC; Hofmans-Okkes e.a. 1996), maakt het mogelijk op enkelvoudig klachtniveau te categoriseren voor klachten die korter dan zes maanden bestaan. Zo kan daar in alle orgaansystemen angst voor een ziekte op dat gebied worden gescoord.

Maar hoe vaak komt het voor dat het om één geïsoleerd symptoom gaat? In dit verband is het werk van Escobar e.a. relevant, die ruim 1.400 patiënten in de eerste lijn onderzochten en een voor de eerste lijn toepasbare 'abridged version' van somatisatie introduceerden (Escobar e.a. 1998a en b).

Bij dit onderzoek bleek somatisatie vooral tot functieverlies en artsenbezoek te leiden, en ook gepaard te gaan met hoge psychiatrische comorbiditeit, indien meer dan 1 symptoom bestond, namelijk 4 à 5 symptomen (Escobar e.a. 1998b). Fink e.a. (2007) rapporteerden in een recenter onderzoek vergelijkbare bevindingen.

In afwachting van de DSM-V zijn dus zowel de term somatoforme stoornis NAO als de ongedifferentieerde somatoforme stoornis geschikt; uit de ICPC de term 'angst voor een ziekte uit een bepaald orgaansysteem'; en als dat allemaal te breedvoerig zou zijn, dan zou nog te overwegen zijn de term 'somatoforme klacht' te gebruiken.

ONDOORDACHT?

Wat zal er in de DSM-V van de somatoforme stoornissen terecht komen? De somatoforme stoornissen, ingesteld als categorie in de DSM-III, en flink gewijzigd in de DSM-IV, vormen inderdaad een controversiële categorie (Escobar & Gara 1999; Fink e.a. 2005). Er bestaat een grote mate van comorbiditeit tussen de somatoforme stoornissen en de stemmingsstoornissen en angststoornissen; zij kan oplopen tot 79% afhankelijk van de setting waar gemeten wordt (Escobar e.a. 1998b; Garyfallos e.a. 1999; Henningsen e.a. 2005; Kroenke 2001). De herkenning is niet goed (Kirmayer e.a. 1993) terwijl behandeling van die stemmingsstoornis of angststoornis de somatoforme presentatie doet verdwijnen (Van der Feltz-Cornelis e.a. 2006). In dat licht bezien is het zelfs de vraag of niet veeleer sprake is van cosyndromaliteit. In verschillende settings zijn diverse functionele syndromen onderzocht en is de conclusie getrokken dat deze onderling niet wezenlijk verschillen, dat ze vaak in de loop van de tijd in elkaar overgaan, en dat al die somatoforme klachten tot twee clusters van symptomen zijn te herleiden: *pain-fatigue* en *cardio-respiratory* (Nimnuan e.a. 2001a en b; Wessely e.a. 1999). Deze bevindingen zijn recent gerepliceerd (Fink e.a. 2007). Creed & Barsky (2004) vragen zich dan ook af of niet eerder in termen van zorgen over ziekte in het kader van angststoornissen en de-

pressie moet worden gedacht. Zover is men in het DSM-IV-denken nog niet. Bij sommige somatoforme stoornissen wordt in de DSM-IV het bestaan van een comorbide psychiatrische stoornis immers als uitsluitcriterium genoemd, maar bij andere niet. Dat wekt verwarring. Bovendien blijkt het uitsluitcriterium dat gesteld wordt, namelijk dat de klachten niet eerder verklaard moeten kunnen worden uit de comorbiditeit dan uit de somatoforme stoornis, in de klinische praktijk moeilijk te hanteren. Het lijkt er dus op alsof het concept comorbiditeit dan wel cosyndromaliteit in de DSM-IV nog onvoldoende is doordacht en uitgewerkt.

DSM-V

Mayou e.a. (2005) stellen dan ook voor in de DSM-V de somatoforme stoornissen af te schaffen en te vervangen door de vermelding van lichamelijke ziekte met psychologische factoren op as I, dan wel vermelding van functionele lichamelijke klachten op as III. Voor de conversie en andere lichamelijke klachten in het kader van somatisatie zou dat zeker een goede optie kunnen zijn. Echter, dat dwingt de medicus nog niet om comorbiditeit goed uit te zoeken, terwijl dat voor de behandeling wel wenselijk zou zijn. Indien een comorbide stoornis aanwezig zou zijn, dan zou die gediagnosticeerd kunnen worden, bijvoorbeeld depressie, met als specificatie 'met somatische presentatie'. Het voordeel van een dergelijke terminologie zou kunnen zijn dat het de medicus dwingt om een positieve diagnose te stellen, en niet meer, zoals nu het geval is, een diagnose per exclusionem, namelijk een zogenaamd onverklaarde klacht. Indien hij dat doet, kan hij de patiënt een daarbij passend concreet behandelvoorstel en verwijzingsvoorstel doen, en de collega waar hij naar verwijst goed duidelijk maken waar hij aan denkt. Dat zal samenwerking zeker bevorderen, tussen de disciplines, maar last but not least ook met de patiënt.

LITERATUUR

- Creed, F., & Barsky, A. (2004). A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 391-408.
- Damasio, A.R. (1994). *Descartes' error. Emotion, Reason, and the human brain*. New York: Avon Books.
- Damasio, A.R. (2000). *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*. New York: Harcourt.
- Damasio, A.R. (2004). *Looking for Spinoza*. New York: Harcourt.
- Dieren, Q. van, & Vingerhoets, A.J.J.M. (2007). Medisch onverklaarde somatische symptomen zijn geen onverklaarbare, onbegrepen of vage lichamelijke klachten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49, 823-834.
- Escobar, J.I., & Gara, M.A. (1999). DSM-IV somatoform disorders: do we need a new classification? *General Hospital Psychiatry*, 21, 154-156.
- Escobar, J.I., Gara, M., Silver, R.C., e.a. (1998a). Somatisation disorder in primary care. *The British Journal of Psychiatry*, 173, 262-266.
- Escobar, J.I., Waitzkin, H., Silver, R.C., e.a. (1998b). Abridged somatization: a study in primary care. *Psychosomatic Medicine*, 60, 466-472.
- Feltz-Cornelis, C.M. van der, van Oppen, P., Adèr, H., e.a. (2006). Randomized controlled trial of a collaborative care model with psychiatric consultation for persistent medically unexplained symptoms in general practice. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 282-289.
- Fink, P., Rosendal, M., & Olesen, F. (2005). Classification of somatization and functional somatic symptoms in primary care. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 772-781.
- Fink, P., Toft, T., Hansen, M.S., e.a. (2007). Symptoms and syndromes of bodily distress: an exploratory study of 978 internal medical, neurological, and primary care patients. *Psychosomatic Medicine*, 69, 30-39.
- Garyfallos, G., Adamopoulou, A., Karastergiou, A., e.a. (1999). Somatoform disorders: comorbidity with other DSM-III-R psychiatric diagnoses in Greece. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 299-307.
- Henningesen, P., Jakobsen, T., Schiltenswolf, M., e.a. (2005). Somatization revisited: diagnosis and perceived causes of common mental disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 85-92.
- Hofmans-Okkes, I.M., & Lamberts, H. (1996). The International Classification of Primary Care (ICPC): new applications in research and computer-based patient records in family practice. *Family Practice*, 13, 294-302.
- Kirmayer, L.J., Robbins, J.M., Dworkind, M., e.a. (1993). Somatization

- and the recognition of depression and anxiety in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 150, 734-741.
- Kroenke, K. (2001). Symptoms are sufficient: refining our concept of somatization. *Advance in mind-body medicine*, 17, 244-249; discussion 270-276.
- Mayou, R., Kirmayer, L.J., Simon, G., e.a. (2005). Somatoform disorders: time for a new approach in DSM-V. *American Journal of Psychiatry*, 162, 847-855.
- McEwen, B.S., & Norton Lasley, E. (2004). *The end of stress as we know it*. New York: Dana Press.
- Nimnuan, C., Hotopf, M., & Wessely, S. (2001a). Medically unexplained symptoms: an epidemiological study in seven specialities. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 361-367.
- Nimnuan, C., Rabe-Hesketh, S., Wessely, S., e.a. (2001b). How many functional symptoms? *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 549-557.
- Sternberg, E.M. (1997). Emotions and disease: from balance of humors to balance of molecules. *Nature Medicine*, 3, 264-267.
- Wessely, S., Nimnuan, C., & Sharpe, M. (1999). Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet*, 354, 936-939.

AUTEUR

C.M. VAN DER FELTZ-CORNELIS is psychiater-epidemioloog en werkzaam als Programmahoofd bij het Trimbos-Instituut Utrecht en werkzaam bij de Academische Afdeling Psychiatrie VUmc Amsterdam.

Correspondentieadres: dr. C. M. van der Feltz-Cornelis, Trimbos-Instituut, PO Box 725, 3500 AS Utrecht. Free Medical University Institute of Extramural Research, GGZ Buitendamstel H 3.11, Arent Janszoon Ernststraat 887, 1081 HL Amsterdam.
E-mail: cfeltz@trimbos.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 17-9-2007.