

Psychiatrische comorbiditeit bij ernstige somatoforme stoornissen in de derde lijn

K.J. VAN DER BOOM, J.H. HOUTVEEN

- ACHTERGROND** Bij de zorgtoewijzing van patiënten met somatoforme stoornissen lijkt naast de ernst van de klachten en beperkingen ook de mate van psychiatrische comorbiditeit relevant. Diverse studies in verschillende populaties met somatoforme stoornissen laten overlap met stemmings-, angst- en persoonlijkheidsstoornissen zien, maar over prevalenties bij ernstige somatoforme stoornissen in de derdelijnszorg zijn beperkte gegevens voorhanden.
- DOEL** Vaststellen van comorbiditeit van stemmings-, angst- en persoonlijkheidsstoornissen bij ernstige somatoforme stoornissen in de derde lijn.
- METHODE** Bij 340 patiënten met een somatoforme stoornis volgens de DSM-IV-TR, in afwachting van behandeling in een gespecialiseerd derdelijnscentrum, werden gestructureerde interviews naar DSM-IV-TR-as I- en as II-stoornissen afgenomen.
- RESULTATEN** Bij 49,4% van de patiënten werd een stemmingsstoornis vastgesteld, bij 62,1% een angststoornis en bij 50,6% een persoonlijkheidsstoornis.
- CONCLUSIE** Patiënten met (ernstige) somatoforme stoornissen in de derde lijn hebben een hogere comorbiditeit van stemmings-, angst- en persoonlijkheidsstoornissen dan die eerder gevonden is voor patiënten met somatoforme stoornissen in de eerste en tweede lijn.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)11, 743-747

TREFWOORDEN comorbiditeit, derde lijn, somatoforme stoornis



Patiënten met somatoforme stoornissen vormen een zeer uitdagende groep in de medische en psychiatrische gezondheidszorg. Bij deze categorie is sprake van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten die duidelijk lijden of beperkingen veroorzaken (APA 2000). Forse beperkingen in het dagelijks leven en een hoge medische consumptie zijn geen uitzondering (Barsky e.a. 2005). Dit geldt bij uitstek voor de (zeer) ernstige subgroep met chronische en hardnekkige problematiek, voor wie multidisciplinaire behandeling in een derdelijnsinstelling aangewezen kan zijn (Keuning & Bühring 2013; Landelijke Stuurgroep MDR 2010).

De mate van psychiatrische comorbiditeit die het klinische beeld compliceert, wordt beschouwd als een van de factoren die (naast de ernst van de klachten en beperkingen) men zou kunnen betrekken bij de zorgtoewijzing van

patiënten met een somatoforme stoornis. In een derdelijns populatie zou men, conform deze gedachte, een verhoogde prevalentie van comorbide psychiatrische aandoeningen verwachten.

Diverse studies bij relatief minder ernstige somatoforme stoornissen laten zien dat deze geassocieerd zijn met zowel as I-stoornissen, in het bijzonder angst- en stemmingsstoornissen (Fink e.a. 2004, 2005; Fröhlich e.a. 2006; Henningsen e.a. 2005; Kuwabara e.a. 2007; Leiknes e.a. 2007; Lieb e.a. 2000; Mökleby e.a. 2002; Steinbrecher e.a. 2011; De Waal e.a. 2004), als as II-stoornissen (Bass & Murphy 1995; Kuwabara e.a. 2007). De psychiatrische comorbiditeit bij patiënten met *ernstige* somatoforme stoornissen in de derde lijn is echter slechts in een paar studies in kaart gebracht, deels met een kleine steekproefomvang (Henningsen e.a. 2005; Mökleby e.a. 2002), en in geen van deze

studies werden persoonlijkheidsstoornissen onderzocht. Wij verrichtten daarom onderzoek naar de prevalentie van stemmings-, angst- en persoonlijkheidsstoornissen in een ruime steekproef van patiënten met ernstige somatoforme stoornissen in de derde lijn. De vraagstelling luidt of de mate van comorbiditeit in deze ernstige groep inderdaad hoger is dan bij patiënten met relatief lichtere klachten, zoals vermeld in de literatuur.

METHODE

Deelnemers

De deelnemers werden gerekruteerd onder patiënten bij wie tussen 2006 en 2013 na een intakeprocedure een indicatie gesteld was voor behandeling binnen Altrecht Psychosomatiek Eikenboom. Dit gespecialiseerde derde-lijnscentrum biedt multidisciplinaire klinische, deeltijd- en poliklinische behandeling voor ernstige somatoforme stoornissen. Verwezen patiënten worden gekenmerkt door chronische en multiële somatisch onverklaarde lichamelijke klachten, ernstige fysieke en psychosociale beperkingen en geen of onvoldoende herstel in reactie op eerdere behandeling in de eerste en/of de tweede lijn (zoals: cognitieve gedragstherapie, fysiotherapie, revalidatiecentrum, psychiatrisch medische unit).

Meetinstrumenten

Bij de patiënten werden gestructureerde interviews naar DSM-IV-as I- en as II-stoornissen afgenomen: SCID-I (Spitzer e.a. 2000) en SCID-II (First e.a. 1997). De interviews werden uitgevoerd door in de afname getrainde psychologen en gesuperviseerd door ervaren klinisch psychologen en psychiaters.

Procedure

Patiënten participeerden op vrijwillige basis en tekenden een toestemmingsverklaring om de data van de interviews voor onderzoekdoeleinden te gebruiken. Na de intakeprocedure en voorafgaand aan de start van de behandeling werd in een individuele afspraak achtereenvolgens het SCID-I- en SCID-II-interview afgenomen.

RESULTATEN

De steekproef bestond uit 340 patiënten (251 vrouwen en 89 mannen) met een somatoforme stoornis volgens DSM-IV-TR-criteria, waarvan 64 (18,8%) somatisatiestoornis, 96 (28,2%) conversiestoornis, 103 (30,3%) pijnstoornis en 77 (22,6%) ongedifferentieerde somatoforme stoornis. Patiënten met hypochondrie of stoornis in de lichaamsbeleving werden buiten het onderzoek gehouden. De leeftijd varieerde van 18 tot 65 jaar (gem. 39,9; SD 11,2). De patiënten hadden gemiddeld 10,1 jaar (SD 8,4) last van onverklaarde

AUTEURS

KEES JAN VAN DER BOOM, klinisch psycholoog, Altrecht Psychosomatiek Eikenboom, Zeist.

JAN HOUTVEEN, psycholoog en onderzoeker, Rijksuniversiteit Groningen, Universitair Medisch Centrum Groningen, Interdisciplinair Centrum Psychopathologie en Emotieregulatie.

CORRESPONDENTIEADRES

K.J. van der Boom, Altrecht Psychosomatiek Eikenboom, Voortgang 6, 3705 WD Zeist.

E-mail: k.van.der.boom@altrecht.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 30-7-2014.

lichamelijke klachten en 5,5 (SD 3,3) voorgaande behandelingen in de eerste en/of tweede lijn achter de rug, welke gericht waren op de vastgestelde somatoforme stoornis. Bij meer dan de helft van de patiënten (53,2%) was er sprake van een comorbide medische aandoening (exclusief functionele somatische aandoeningen). Veel patiënten kampen met beperkingen in het dagelijks functioneren (84,7%), in het arbeidsfunctioneren (93,8%) en in het sociaal functioneren (75,6%). Door 65,0% werd aangegeven beperkingen op alle drie gebieden te ervaren.

TABEL 1 laat de prevalenties (in absolute aantallen en in percentages) zien van psychiatrische comorbiditeit in de groep ernstige somatoforme stoornissen. Zowel stemmingsstoornissen (49,4%), angststoornissen (62,1%) als persoonlijkheidsstoornissen (50,6%) bleken veel voorkomend. Bij 75,0% van de patiënten werd ten minste één angst- of stemmingsstoornis vastgesteld.

Binnen as I kwamen (eenmalige of recidiverende) depressieve stoornis (37,9%), paniekstoornis met of zonder agorafobie (19,1%) en specifieke fobie (19,1%) het meest voor, gevolgd door posttraumatische stressstoornis (18,5%), gegeneraliseerde angststoornis (17,4%) en sociale fobie (12,1%). Binnen as II was vooral sprake van persoonlijkheidsstoornis NAO (25,3%), obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis (23,8%) en ontwijkende persoonlijkheidsstoornis (16,8%). In mindere mate kwam borderlinepersoonlijkheidsstoornis (9,1%) voor.

DISCUSSIE

In de huidige studie zijn hoge prevalenties gevonden van comorbide stemmings-, angst- en persoonlijkheidsstoornissen bij ernstige somatoforme stoornissen in de derde lijn. Van belang voor zorgtoewijzing is de vraag of deze

TABEL 1 Comorbiditeit van stemmingsstoornissen, angststoornissen en persoonlijkheidsstoornissen bij patiënten met een ernstige somatoforme stoornis in de derde lijn (n = 340)

Classificatie	n	%
Stemmings- en/of angststoornis	255	75,0
<i>Stemmingsstoornissen</i>		
Enige stemmingsstoornis	168	49,4
Depressieve stoornis	129	37,9
Dysthyme stoornis	32	9,4
Bipolaire stoornis	9	2,6
Stemmingsstoornis NAO	2	0,6
<i>Angststoornissen</i>		
Enige angststoornis	211	62,1
Paniekstoornis met agorafobie	37	10,9
Paniekstoornis zonder agorafobie	28	8,2
Agorafobie zonder paniekstoornis	10	2,9
Specifieke fobie	65	19,1
Obsessieve-compulsieve stoornis	15	4,4
Gegeneraliseerde angststoornis	59	17,4
Sociale fobie	41	12,1
Posttraumatische stressstoornis	63	18,5
Angststoornis NAO	25	7,4
<i>Persoonlijkheidsstoornissen</i>		
Enige persoonlijkheidsstoornis	172	50,6
Paranoïde persoonlijkheidsstoornis	17	5,0
Schizotypische persoonlijkheidsstoornis	4	1,2
Schizoïde persoonlijkheidsstoornis	8	2,4
Borderline persoonlijkheidsstoornis	31	9,1
Theatrale persoonlijkheidsstoornis	1	0,3
Narcistische persoonlijkheidsstoornis	7	2,1
Antisociale persoonlijkheidsstoornis	1	0,3
Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis	57	16,8
Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis	12	3,5
Obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis	81	23,8
Persoonlijkheidsstoornis NAO	86	25,3

prevalenties hoger zijn dan die welke in de literatuur beschreven zijn voor patiënten in de eerste en tweede lijn.

As I-stoornissen

Wat betreft as I-stoornissen (angststoornissen en depressieve stoornissen) kan gesteld worden dat de gevonden prevalenties inderdaad hoger zijn dan gerapporteerd in studies gericht op somatoforme stoornissen in de algemene bevolking (Fröhlich e.a. 2006; Leiknes e.a. 2007), hoger dan in de eerste- en tweedelijns medische zorg (Fink

e.a. 2004, 2005; Steinbrecher e.a. 2011; De Waal e.a. 2004) en hoger dan in een poliklinische groep psychiatrische patiënten (Kuwabara e.a. 2007). Het voorkomen van angststoornissen en depressieve stoornissen in deze studies varieerde van respectievelijk 3 tot 37% en 7 tot 28%, terwijl in onze studie bij 62% van de patiënten sprake was van een angststoornis en bij 49% van een stemmingsstoornis (waarbinnen 38% een depressieve stoornis had).

De prevalenties gevonden in ons onderzoek zijn meer in overeenstemming met de beperkte gegevens uit twee studies naar comorbiditeit bij somatoforme stoornissen in de derde lijn (Henningens e.a. 2005; Mökley e.a. 2002). De prevalentie van depressieve stoornissen is vergelijkbaar met, en die van angststoornissen is zelfs hoger dan in de studie van Henningens e.a. (2005). Volgens dit onderzoek (n = 118) had 48% van de patiënten met een somatoforme stoornis een depressieve stoornis, 41% een angststoornis en 59% een depressieve en/of angststoornis. In vergelijking met de studie van Mökley e.a. (2002) onder een kleine groep derdelijnspatiënten (n = 46) is de comorbiditeit van angst- en stemmingsstoornissen in ons onderzoek wat lager. Mökley e.a. (2002) vonden een hoge prevalentie van depressieve stoornis (52%), gegeneraliseerde angststoornis (30%) en fobieën (26%) bij somatoforme stoornissen (n = 23), en een hoge prevalentie van depressieve stoornis (57%), bipolaire stoornis (22%), gegeneraliseerde angststoornis (39%) en posttraumatische stressstoornis (35%) bij conversiestoornissen met toevallen of convulsies (n = 23).

As II-stoornissen

Wat betreft comorbiditeit van persoonlijkheidsstoornissen in de derde lijn zijn er in de literatuur geen gegevens bekend. De gevonden comorbiditeit in de huidige steekproef (bij 51% werden een of meerdere persoonlijkheidsstoornissen vastgesteld) blijkt veel hoger dan in de studie van Kuwabara e.a. (2007) onder psychiatrische patiënten met een somatoforme stoornis. De prevalentie in de laatste studie moet echter waarschijnlijk als een onderschatting worden beschouwd, aangezien de classificaties werden vastgesteld in een kortdurend semigestructureerd interview (Kuwabara e.a. 2007). De door ons gevonden mate van comorbiditeit op as II is vergelijkbaar met de schatting van Bass en Murphy (1995) op basis van studies met gebruik van DSM-III-R-criteria.

Beperkingen

Ons onderzoek heeft enkele beperkingen. In deze studie is geen welomschreven referentiegroep in een lager echelon dan de derde lijn meegenomen, zodat vergelijking slechts kon plaatsvinden met gegevens uit de literatuur. Vanwege verschillen in gehanteerde onderzoeksmethoden is een

vergelijking met gegevens uit de literatuur aan beperkingen onderhevig. Ook is niet getoetst in hoeverre de data representatief zijn voor een derdelijnscentrum in het algemeen.

Verder zijn bij het vaststellen van stoornissen DSM-IV-TR-criteria gebruikt, waarmee de resultaten slechts gelden voor somatoforme stoornissen als zodanig gedefinieerd. In DSM-5 is de categorie somatoforme stoornissen vervangen door 'somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen', vergezeld van ingrijpende wijzigingen in de criteria (Bouman e.a. 2013; Dimsdale e.a. 2013; Van der Feltz-Cornelis & Van Houdenhove 2014). Zo is het onderscheidend criterium niet langer dat symptomen somatisch onverklaard zijn, maar ligt de nadruk op de lijdensdruk: de mate waarin lichamelijke klachten gepaard gaan met disproportionele of excessieve gedachten, gevoelens en gedragingen.

Nader onderzoek zal moeten uitwijzen hoe comorbiditeit en andere ernstfactoren binnen subgroepen van de somatisch-symptoomstoornissen en verwante stoornissen verdeeld zijn.

CONCLUSIE

Wij concluderen dat patiënten met ernstige somatoforme stoornissen in de derde lijn meer te kampen lijken te hebben met comorbiditeit van stemmings-, angst- en persoonlijkheidsstoornissen dan patiënten in de algemene bevolking en in de eerste en tweede lijn. Deze bevindingen ondersteunen de wenselijkheid van verder onderzoek naar de aanvullende rol die psychiatrische comorbiditeit (naast de ernst van de klachten en beperkingen en het effect van voorgaande behandelingen) zou kunnen spelen bij de zorgtoewijzing van patiënten met een somatoforme stoornis.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR). Washington: APA; 2000.
- Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 903-10.
- Bass C, Murphy M. Somatoform and personality disorders: syndromal comorbidity and overlapping developmental pathways. *J Psychosom Res* 1995; 39: 403-27.
- Bouman TK, van Rood Y, Mulkens S, Visser S. 'Somatic symptom and related disorders' in de DSM-5. *DTH* 2013; 33: 282-94.
- Dimsdale JE, Creed F, Escobar J, Sharpe M, Wulsin L, Barsky A, e.a. Somatic symptom disorder: an important change in DSM-5. *J Psychosom Res* 2013; 75: 223-8.
- Feltz-Cornelis CM van der, van Houdenhove B. DSM-5: van somatoforme stoornissen naar 'somatic symptom and related disorders'. *Tijdschr Psychiatr* 2014; 56: 182-6.
- Fink P, Hansen MS, Oxhøj ML. The prevalence of somatoform disorders among internal medical inpatients. *J Psychosom Res* 2004; 56: 413-8.
- Fink P, Hansen MS, Søndergaard L. Somatoform disorders among first-time referrals to a neurology service. *Psychosomatics* 2005; 46: 540-8.
- First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Personality Disorders (SCID-I/P). Washington: American Psychiatric Press; 1997.
- Fröhlich C, Jacobi F, Wittchen HU. DSM-IV pain disorder in the general population: an exploration of the structure and threshold of medically unexplained pain symptoms. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 256: 187-96.
- Henningsen P, Jakobsen T, Schiltenwolf M, Weiss MG. Somatization revisited. Diagnosis and perceived causes of common mental disorders. *J Nerv Ment Dis* 2005; 193: 85-92.
- Keuning I, Bühring M. Van het kastje naar de muur. Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten en de plaats van psychotherapie binnen een multidisciplinaire aanpak. *Tijdschr Psychother* 2013; 39: 310-9.
- Kuwabara H, Otsuka M, Shindo M, Ono S, Shioiri T, Someya T. Diagnostic classification and demographic features in 283 patients with somatoform disorder. *Psychiat Clin Neurosci* 2007; 61: 283-9.
- Landelijke Stuurgroep MDR. Multidisciplinaire richtlijn somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) en somatoforme stoornissen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2010.
- Leiknes KA, Arnstein Finset MHA, Moum T, Sandanger I. Current somatoform disorders in Norway: prevalence, risk factors and comorbidity with anxiety, depression and musculoskeletal disorders. *Soc Psych Psych Epid* 2007; 42: 698-710.
- Lieb R, Pfister H, Mastaler M, Wittchen HU. Somatoform syndroms and disorders in a representative population sample of adolescents and young adults: prevalence, comorbidity and impairments. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101: 194-208.
- Mökleby K, Blomhoff S, Malt UF, Dahlström A, Tauböll E, Gjerstad L. Psychiatric comorbidity and hostility in patients with psychogenic nonepileptic seizures compared with somatoform disorders and healthy controls. *Epilepsia* 2002; 43: 193-8.
- Nimnuan C, Hotopf M, Wessely S. Medically unexplained symptoms. An epidemiological study in seven specialties. *J Psychosom Res* 2001; 51: 361-7.
- Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, First MB. Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute 2000.
- Steinbrecher N, Koerber S, Frieser D, Hiller W. The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. *Psychosomatics* 2011; 52: 263-71.
- Waal MWM de, Arnold IA, Eekhof JA, van Hemert AM. Somatoform disorders in general practice. Prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *Brit J Psychiatr* 2004; 184: 470-6.

SUMMARY

Psychiatric comorbidity in patients in tertiary care suffering from severe somatoform disorders

K.J. VAN DER BOOM, J.H. HOUTVEEN

BACKGROUND Although it is generally the severity of a patient's symptoms and impairments which determines the amount of care allocated to patients with somatoform disorders, comorbidity appears to be an additional relevant factor. A number of studies in different populations with somatoform disorders have shown that these disorders overlap with mood disorders, anxiety disorders, and personality disorders. So far, however, little is known about comorbidity in patients in tertiary care who are suffering from severe somatoform disorders.

AIM To determine comorbidity of mood, anxiety and personality disorders in patients in tertiary care suffering from severe somatoform disorders.

METHOD The study was based on a sample of 340 patients with DSM-IV-TR somatoform disorder who were awaiting treatment in a specialised care centre. The sample was examined by means of structured clinical assessment of DSM-IV-TR axis I and axis II disorders.

RESULTS 49.4% of the 340 participants was diagnosed with a mood disorder, 62.1% with an anxiety disorder and 50.6% with a personality disorder.

CONCLUSION Patients in tertiary care suffering from (severe) somatic disorders show higher comorbidity of mood, anxiety and personality disorder than previously reported for somatoform disorder patients in primary and secondary care.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)1, 743-747

KEY WORDS comorbidity, somatoform disorder, tertiary care