

Korte bijdrage

Somatoforme stoornissen: problemen bij de diagnostiek en resultaten van behandeling

door J.P.C. Jaspers

Samenvatting

In dit artikel wordt aandacht besteed aan problemen die zich bij de diagnostiek en de behandeling van somatoforme stoornissen kunnen voordoen. Diagnostische instrumenten ontbreken nagenoeg. Behalve cognitieve gedragstherapie, waarmee in gecontroleerd onderzoek hoopvolle resultaten zijn bereikt, zijn er nauwelijks effectieve therapeutische mogelijkheden bekend.

Inleiding

Patiënten met een somatoforme stoornis ervaren lichamelijke klachten of zijn ervan overtuigd een (ernstige) lichamelijke ziekte of afwijking te hebben. Hiervoor zoeken zij hulp, dat wil zeggen geruststelling of een somatische verklaring met een hierop aansluitende behandeling. Als de arts niet aan deze verwachtingen voldoet en aanleiding ziet de patiënt te verwijzen naar een psychiater, ontstaan gemakkelijk misverstanden. De patiënt kan het gevoel krijgen dat de arts de klachten niet serieus neemt of veronderstelt dat hij zich aanstelt of simuleert.

Motivatie voor psychiatrische diagnostiek en behandeling is veelal nauwelijks aanwezig. Hierbij blijft het moeilijk vast te stellen of de somatische diagnostiek voldoende heeft plaatsgevonden. Het uitsluiten van organische pathologie bij somatoforme stoornissen is geen eenvoudige zaak. De in de literatuur genoemde percentages van aanvankelijk onjuist gestelde diagnoses variëren bij de conversiestoornis van 12% tot 60% (Jaspers & Albersnagel 1997).

In dit artikel worden enkele problemen beschreven die zich bij de psychiatrische diagnostiek en behandeling kunnen voordoen. Recente ontwikkelingen op het gebied van meetinstrumenten en resultaten van effectonderzoek worden eveneens vermeld.

Diagnostiek

De diagnostiek van somatoforme stoornissen kent enkele specifieke

moeilijkheden: de afgrenzing van de somatoforme stoornissen onderling, de afgrenzing van somatoforme stoornissen van eraan verwante stoornissen zoals de nagebootste stoornis en simulatie, en de comorbiditeit met andere psychiatrische stoornissen (Van Moffaert e.a. 1996). Een ander probleem is het gebrek aan gevalideerde en genormeerde tests of vragenlijsten die bij de diagnostiek als screeningsinstrument of hulpmiddel gebruikt kunnen worden.

De comorbiditeit met andere psychiatrische stoornissen, in het bijzonder angst- en stemmingsstoornissen, blijkt in verschillende onderzoeken sterk te variëren. Zo bleek in een grote groep patiënten met angststoornissen ($n = 654$) 5,5% eveneens een somatoforme stoornis te hebben of te hebben gehad (Rogers e.a. 1996). De sterkste samenhang werd gevonden tussen hypochondrie en gegeneraliseerde angststoornis. Bach e.a. (1996) rapporteren een hoge comorbiditeit tussen hypochondrie en paniekstoornis: ruim 40%. Het betrof 82 poliklinische psychiatrische patiënten die deelnamen aan een behandelprogramma voor paniekstoornis. Warwick & Salkovskis (1990) rapporteren zelfs een comorbiditeit van 59% in hun groep van hypochondere patiënten. Salkovskis & Clark (1993) verklaren deze hoge comorbiditeit vanuit hun theorie over de centrale plaats die catastrofale misinterpretaties van lichamelijke sensaties bij zowel paniekstoornis als hypochondrie innemen. Deze misinterpretaties zijn aanleiding tot negatieve emoties, zoals angst en bezorgdheid, en leiden tot verdere preoccupatie en selectieve aandacht betreffende lichamelijk functioneren en tot bepaald gedrag zoals controleren of geruststelling zoeken.

De verschillen in comorbiditeit zijn waarschijnlijk terug te voeren op verschillen in de selectie van de onderzochte groepen. Doorgaans blijkt de comorbiditeit hoger als wordt uitgegaan van een geselecteerde groep met een somatoforme stoornis, waarbij wordt onderzocht in hoeverre ook angststoornissen voorkomen in plaats van andersom. Hetzelfde geldt voor comorbiditeit van somatoforme stoornissen en depressie.

Diagnostische instrumenten – Bij de diagnostiek van somatoforme stoornissen is de clinicus voornamelijk aangewezen op het psychiatrisch onderzoek. Gestructureerde interviews teneinde te classificeren volgens DSM-IV-criteria (1994) bestaan weliswaar ook voor somatoforme stoornissen, maar worden hoofdzakelijk in wetenschappelijk onderzoek toegepast. Bovendien zijn dergelijke interviews ontoereikend om somatoforme stoornissen te diagnosticeren. Zo is de 'Present State Examination' niet geschikt voor het vaststellen van de verschillende somatoforme stoornissen (Van Hemert e.a. 1996).

Het aanvullend gebruik van tests of vragenlijsten is slechts in beperkte mate mogelijk. In persoonlijkheidsvragenlijsten en klachtenlijsten zijn meestal wel klachtendimensies zoals 'somatiseren' of 'lichamel-

lijke klachten' opgenomen, maar deze zijn te weinig specifiek om een bijdrage te kunnen leveren aan de differentiële diagnostiek.

Alleen voor hypochondrie en pijnstoornis bestaan specifieke vragenlijsten. De meest bekende voor hypochondrie zijn de 'Whiteley Index' van Pilowsky (1967) en de 'Illness Attitude Scales' van Kellner (1986). De 'Whiteley Index' meet drie factoren: preoccupatie, vrees en ziekteovertuiging. Hoewel deze factoren de kern vormen van de hypochondrische attitude, is de psychometrische kwaliteit van de lijst te gering om op basis hiervan de diagnose hypochondrie te kunnen stellen. De 'Illness Attitude Scales' onderscheidt relevante aspecten van hypochondrie zoals vrees voor ziekte, hypochondrische overtuigingen en gewoonten betreffende gezondheid. Hoewel ook de psychometrische kwaliteit van dit instrument te wensen overlaat, zou de lijst goed discrimineren tussen mensen met en zonder hypochondrie. Deze Engelstalige vragenlijsten zijn onlangs door Speckens e.a. (1996b) vertaald en onderzocht. Visser & Bouman evalueren een op beide vragenlijsten gebaseerde Nederlandse bewerking (de 'Groninger Ziekte Attitude Schaal'), waarover binnenkort zal worden gepubliceerd. Schmidt & Lousberg (1992) ontwikkelden zelf een hypochondrieschaal, die discrimineert tussen hypochondrische en niet-hypochondrische patiënten. Geen van deze vragenlijsten is al voldoende onderzocht om van een genormeerd en gevalideerd meetinstrument te kunnen spreken.

Voor chronische pijn zijn zeer uiteenlopende meetinstrumenten voorhanden, variërend van simpele 'visuele analogie schalen' (VAS) om verschillende aspecten van pijn vast te leggen tot multidimensionele pijnvragenlijsten. Bij deze laatste worden naast de pijn ook de psychologische reacties op pijn en de gevolgen van pijn op het activiteitsniveau en op het sociaal functioneren in kaart gebracht. Daarnaast bestaan meer specifieke vragenlijsten om bijvoorbeeld manieren van omgaan met pijn, cognitieve aspecten van pijn of angst om te bewegen (kinesiofobie) te meten (Vlaeyen e.a. 1996).

Effecten van behandeling

Gecontroleerd onderzoek naar de effecten van psychotherapie bij somatoforme stoornissen is, behalve bij de pijnstoornis, nog weinig verricht.

Voor hypochondrie zijn verschillende cognitief-gedragstherapeutische behandelingsprogramma's ontwikkeld (Warwick & Salkovskis 1990; Visser & Bouman 1994), maar over het gecontroleerde onderzoek dat momenteel hiernaar wordt gedaan, is nog niet gepubliceerd. Avia e.a. (1996) ontwikkelden een cognitief-educatieve groepsbehandeling en toonden aan dat deze aanpak effectief was in vergelijking met een wachtlijst-controlegroep.

Het meest uitgebreide onderzoek naar de behandeling van stoornis

in de lichaamsbeleving is dat van Neziroglu e.a. (1996), die zeventien patiënten behandelden met cognitieve gedragstherapie, en positieve resultaten vonden met betrekking tot preoccupatie en tijd besteed aan het controleren van de veronderstelde lichamelijke afwijkingen.

Voor conversiestoornis zijn verschillende therapievormen beschreven, maar gecontroleerd onderzoek is schaars en heeft methodologische tekortkomingen. De belangrijkste problemen bij effectonderzoek blijken het gebrek aan afgrenzing van de klachten en onduidelijkheid of de conversie al dan niet een onderdeel vormt van een meer omvattende psychiatrische stoornis, zoals de somatisatiestoornis of de dissociatieve identiteitsstoornis (Moene & Hoogduin 1996). Uit hun onderzoek komt naar voren dat zowel suggestieve methoden, waaronder hypnose, als een gedragstherapeutische of eclecticische aanpak succesvol kunnen zijn.

Bij de meest ernstige somatoforme stoornis, de somatisatiestoornis, staat 'care' en 'management' op de voorgrond. Gecontroleerd onderzoek naar het effect van psychologische interventies ontbreekt. Juist bij deze groep geldt dat patiënten zeer moeilijk te motiveren zijn voor psychiatrische behandeling. Reden voor Kashner e.a. (1995) een kortdurende psycho-educatieve groepsbenadering voor deze stoornis te ontwikkelen. Het programma had de vorm van een cursus. Ondanks het feit dat veel patiënten niet het gehele programma volgden, vonden zij een positief effect op kwaliteit van leven en medische consumptie tot en met de follow-up na een jaar.

Naar de behandeling van chronische pijn is veel onderzoek gedaan. Hierbij is echter niet altijd duidelijk een onderscheid te maken tussen pijnstoornis volgens de DSM-IV en andere pijnsyndromen, mede omdat hier vaak een ander classificatiesysteem, namelijk dat van de 'International Association for the Study of Pain', wordt gebruikt (King 1995). De behandeling is vaak multidisciplinair en bestaat uit een behandelpakket, waarin (para)medische en psychologische methoden worden gecombineerd. Het best onderzocht zijn psychologische interventies bij hoofdpijn en lage rugpijn. Ontspanningstraining, gedragstherapeutische en cognitieve interventies zijn hierbij alle effectief gebleken (Vlaeyen e.a. 1996).

Besluit

Bij somatoforme stoornissen zijn (cognitief-)gedragstherapeutische interventies effectief gebleken. Overigens zijn de effecten relatief bescheiden. Niettemin kan de ontwikkeling hoopvol worden genoemd, omdat lang de mening heerste dat deze stoornissen niet of nauwelijks te beïnvloeden zijn. Opmerkelijk is ook dat de recent ontwikkelde psycho-educatieve groepsbenadering redelijk effectief blijkt. Het fibromyalgiesyndroom (een specifiek chronisch pijnsyndroom van het houdings- en

bewegingsapparaat) en het chronische-vermoeidheidssyndroom blijken eveneens met dergelijke interventies te kunnen worden beïnvloed (Jaspers 1995). Ook bij somatiserende patiënten, die niet allen voldeden aan de diagnostische criteria van de somatoforme stoornissen volgens DSM-IV, zijn gunstige effecten van cognitieve gedragstherapie in gecontroleerd onderzoek vastgesteld (Speckens e.a. 1996a; Lidbeck 1997).

Patiënten met een somatoforme stoornis vinden in de geestelijke gezondheidszorg vaak moeizaam gehoor. Hulpverleners voelen zich vaak niet deskundig of zijn van mening dat deze patiënten niet in de GGZ-thuishoren. Hierdoor is het wellicht begrijpelijk dat diagnostiek en behandeling van somatoforme stoornissen in verhouding tot andere psychiatrische stoornissen weinig ontwikkeld zijn. Hoewel vergelijkend onderzoek naar verschillende psychotherapeutische interventies op dit gebied nagenoeg ontbreekt, is het waarschijnlijk dat non-specifieke therapiefactoren van bijzonder belang zijn. Met name het motiveren van patiënten voor behandeling en het opbouwen van een werkalliantie lijken cruciale factoren voor het welslagen van de behandeling.

Summary: Somatoform disorders: Problems in diagnosis and results of treatment

In this article problems in the diagnosis and the effects of treatment of somatoform disorders are described. Diagnostic instruments are scarce. Cognitive behavioural therapy had positive effects in controlled studies. Other possibilities for treatment are hardly known.

Literatuur

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth edition. DSM-IV*. Washington: APA.
- Avia, M.D., Ruiz, M.A., Olivares, E., e.a. (1996). The meaning of psychological symptoms: Effectiveness of a group intervention with hypochondriacal patients. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 23-31.
- Bach, M., Nutzinger, D.O., & Hartl, L. (1996). Comorbidity of anxiety disorders and hypochondriasis considering different diagnostic systems. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 62-67.
- Hemert, A.M. van, Speckens, A.E.M., Rooijmans, H.G.M., e.a. (1996). Criteria voor somatiseren onderzocht op een polikliniek voor algemene interne geneeskunde. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 140, 1221-1226.
- Jaspers, J.P.C. (1995). Psychotherapie bij lichamelijke klachten. Fibromyalgie en het chronische vermoeidheidssyndroom, nieuwe problemen, nieuwe oplossingen? *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 21, 470-475.
- Jaspers, J.P.C., & Albersnagel, F.A. (1997). Somatoforme en psychosomatische klachten. In H.T. van der Molen, S. Perreijn & M.A. van den Hout (red.), *Klinische psychologie. Theorieën en psychopathologie*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Kashner, T.M., Rost, K., Cohen, B., e.a. (1995). Enhancing the health of somatization disorder patients. Effectiveness of short-term group therapy. *Psychosomatics*, 36, 462-470.

- Kellner, R. (1986). *Somatization and hypochondriasis*. New York, NY: Praeger.
- King, S.A. (1995). Review: DSM-IV and pain. *The Clinical Journal of Pain*, 11, 171-176.
- Lidbeck, J. (1997). Group therapy for somatization disorders in general practice: Effectiveness of a short cognitive-behavioural treatment model. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 14-24.
- Moene, F.C., & Hoogduin, C.A.L. (1996). Klinische behandeling van zestien patiënten met een motorische conversiestoornis: een 'pilot-study'. *Directieve Therapie*, 16, 242-259.
- Moffaert, M. van, Hoogduin, C.A.L., Visser, S., e.a. (1996). Somatoforme stoornissen. In W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp (red.), *Handboek psychopathologie. Deel 3*. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Neziroglu, F.A., McKay, D., Todaro, J., e.a. (1996). Effect of cognitive behavior therapy on persons with body dysmorphic disorder and comorbid Axis II diagnosis. *Behavior Therapy*, 27, 67-77.
- Pilowsky, I. (1967). Dimensions of hypochondriasis. *British Journal of Psychiatry*, 113, 89-93.
- Rogers, M.P., Weinshenker, N.J., Warshaw, M.G., e.a. (1996). Prevalence of somatoform disorders in a large sample of patients with anxiety disorders. *Psychosomatics*, 37, 17-22.
- Salkovskis, P.M., & Clark, D.M. (1993). Panic disorder and hypochondriasis. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 24, 23-48.
- Schmidt, A.J.M., & Lousberg, R. (1992). *Maastrichtse Eigen Gezondheids-Attitude en Hypochondrieschaal: MEGAH-schaal. Handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Speckens, A.E.M., Van Hemert, A.M., Spinhoven, Ph., e.a. (1996a). Gunstige effecten van cognitieve gedragstherapie voor onverklaarde lichamelijke klachten; een gerandomiseerd onderzoek. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 140, 1227-1232.
- Speckens, A.E.M., Spinhoven, Ph., Sloekers, P.P.A., e.a. (1996b). A validation study of the Whitely index, the illness attitude scales and the somatosensory amplification scale in general medical and general practice patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 95-104.
- Visser, S., & Bouman, T.K. (1994). Cognitieve therapie bij hypochondrie: een n = 2 studie. *Gedragstherapie*, 27, 345-367.
- Vlaeyen, J.W.S., Kole-Snijders, A.M.J., & Van Eek, H. (1996). *Chronische pijn en revalidatie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Warwick, H.M.C., & Salkovskis, P.M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 105-118.

De auteur is klinisch psycholoog/psychotherapeut bij de afdeling Medische Psychologie van het Academisch Ziekenhuis Groningen, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 12-1-1998.