

# Somatisch-symptoomstoornis: een grote, maar onderschatte psychiatrische stoornis

L.M. Tak, M. Chrispijn, J.G.M. Rosmalen

In een overleg met het onderwijsbureau van de NVvP evalueerden we de cursus 'Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen'. Een somatisch-symptoomstoornis (DSM-5) kan geclassificeerd worden als er sprake is van één of meer aanhoudende lichamelijke klachten (ALK) waar betrokkene onder lijdt of die het dagelijkse leven in significante mate verstoren en excessieve gedachten, gevoelens of gedragingen samenhangen met deze lichamelijke klachten. Tot dusver werd deze keuzecursus slechts mondjesmaat gevolgd: twee groepen in een periode van twee jaar, terwijl de 16 beschikbare keuzecursussen gemiddeld zeven keer werden gegeven.

## Wat is een 'grote psychiatrische stoornis'?

We vroegen ons af waarom deze cursus eigenlijk geen verplicht onderwijs was. Iemand beargumenteerde dat in het basisonderwijs specifiek de 'grote, ernstige psychiatrische stoornissen' behandeld worden. Maar wat maakt een stoornis 'groot' en 'ernstig'? Als met 'groot' de prevalentie wordt bedoeld, brachten wij in, dan zou somatisch-symptoomstoornis hoge ogen gooien.<sup>1</sup> Idem als men met 'ernst' invloed op kwaliteit van leven en zorgkosten bedoelt: de ziektelast is vergelijkbaar met die van patiënten met ernstige stemmingsstoornissen.<sup>2,3</sup>

Een psychiater, werkzaam in de acute ggz, zei dat ze deze stoornis eigenlijk nooit tegenkwam. Ze vond de somatisch-symptoomstoornis een specialisatie voor psychiaters 'die hier affiniteit mee hebben'. Hierbij werd een probleem duidelijk: voor stoornissen die van oudsher al niet als belangrijk onderdeel van de psychiatrie worden beschouwd, wordt deze gestigmatiseerde positie alleen maar bevestigd doordat onderwijs en wetenschap geen prioriteit hebben. Vervolgens wordt in de praktijk deze stoornis niet altijd herkend en behandeld en voelen ggz-instellingen zich ook niet verplicht tot een behandelaanbod. Psychiaters in het Verenigd Koninkrijk en Australië hadden dit probleem al eerder opgemerkt: 'de huidige preoccupatie van psychiaters met zogenaamde 'ernstige psychiatrische aandoening' geeft somatoforme stoornissen lage prioriteit'.<sup>4</sup> Deze onderwaardering herkent men ook in de ouderenpsychiatrie en de consultatieve ziekenhuispsychiatrie.<sup>5,6</sup> Hoe zouden we kunnen komen tot fundamentele verandering die ertoe leidt dat kennis over ALK en de behandeling ervan een vanzelfsprekend onderdeel wordt in het arsenaal van elke psychiater?

## AUTEURS

**Lineke M. Tak**, psychiater, Dimence Alkura, specialistisch centrum Aanhoudende Lichamelijke Klachten, Deventer.

**Melissa Chrispijn**, psychiater, Intensive Home Treatment/ Ziekenhuispsychiatrie, Dimence, Deventer.

**Judith Rosmalen**, hoogleraar Psychosomatiek, Universitair Medisch Centrum Groningen, Groningen.

## Correspondentie

Dr. Lineke M. Tak (L.Tak@dimence.nl).

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 19-9-2023.

## Gevolgen van ondergewaardeerde positie voor onderzoek

De somatisch-symptoomstoornis heeft een ontluisterend hoge prevalentie in verhouding tot het beperkte aantal hoogleraren, TOPGGz-centra en onderzoek. De prevalentie van deze stoornis wordt geschat op 12,9% in de algemene populatie,<sup>1</sup> hoger dan de prevalentie van aandoeningen die traditioneel wel onder ernstige 'grote' psychiatrische stoornissen geschaard worden, zoals stemmingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en psychotische stoornissen. Van de acht kernhoogleraren psychiatrie heeft niet één als leeropdracht de somatisch-symptoomstoornis, terwijl wel zes kernhoogleraren zich bijvoorbeeld met stemmingsstoornissen bezighouden.

Het aantal van drie TOPGGz-centra voor somatisch-symptoomstoornissen lijkt minder uit de pas te lopen in vergelijking met de vier die er voor depressieve stoornissen zijn. Echter, in het licht van de achterstand in noodzakelijke kennisoverdracht en wetenschappelijk onderzoek, zijn dit er nog steeds relatief weinig.

Een snelle steekproef via PubMed toont dat er voor 'depressieve stoornis' 277 hits zijn voor originele artikelen tegenover 35 voor 'somatoforme/somatisch-symptoomstoornis' in het *Tijdschrift voor Psychiatrie*. We juichen het dan ook toe dat Feldmann-Sinnige e.a. elders in dit nummer een beschrijving publiceren van hun onderzoek naar lichaams-

gerichte mentalisatiebevorderende therapie bij patiënten met somatisch-symptoomstoornissen.<sup>7</sup>

### Vicieuze cirkel voor behandelaanbod

De beperkte interesse leidt ook tot aanmerkelijk minder behandeling in de ggz. In 2019 werden 99.930 patiënten met een depressieve stoornis behandeld in de ggz (kosten ca. 602 miljoen euro), versus 15.883 met somatisch-symptoomstoornis (kosten ca. 86 miljoen euro)(Vektis Intelligence, GGZ Plus). Dit terwijl de 12-maandenprevalentie van een depressieve stoornis in de algemene bevolking 10% is;<sup>8</sup> lager dan die van de somatisch-symptoomstoornis. Dit sluit aan bij de klinische ervaring dat veel ggz-instellingen geen behandeling bieden voor mensen met een somatisch-symptoomstoornis, en – zorgwekkender – dat niemand dit een urgent probleem lijkt te vinden. Dit is een probleem op institutioneel niveau: het zou toch onbestaanbaar zijn als een ggz-instelling zou zeggen geen behandeling te bieden voor mensen met een depressieve stoornis? Of dat men er nu eenmaal geen affiniteit mee heeft? Deze achterstelling komt echter daardoor óók niet over het voetlicht op hoger beleidsmatig niveau, bijvoorbeeld bij zorgverzekeraars of de Nederlandse Zorgautoriteit. Zo kan een reductie van het enige landelijke klinische behandelcentrum van 32 naar 16 plekken voor een toch al onderbedeelde patiëntengroep vrij geruisloos plaatsvinden.<sup>9</sup>

### Discussiegroep

Deze feiten zetten ons aan tot het organiseren van een discussiegroep op het Voorjaarscongres van de NVvP in 2023 (D25. 'Dé grootste psychiatrische stoornis: de somatisch-symptoomstoornis'). Deze discussiegroep werd waarschijnlijk vooral bezocht door psychiaters die zich aangesproken voelden door deze titel. De deelnemers konden zich vinden in het idee dat het eigenlijk niet zo ingewikkeld is om mensen met een somatisch-symptoomstoornis te behandelen, in tegenstelling tot het vooroordeel dat vaak heerst van een 'lastige patiëntengroep waarmee weinig te bereiken valt'.<sup>4</sup>

Effectieve interventies bij somatisch-symptoomstoornis, zoals educatie, cognitieve gedragstherapie, psychodynamische psychotherapie, EMDR, (afbouwen van) farmacotherapie, vaktherapie, fysiotherapie, systeem- en verpleegkundige interventies,<sup>10</sup> overlappen inhoudelijk grotendeels met die voor andere stoornissen. Er is daarnaast verbetering nodig in de samenwerking met zorgverleners buiten de ggz, bijvoorbeeld huisartsen, somatisch specialisten, revalidatiecentra en paramedici in de eerste lijn. Er zijn algemene adviezen te vinden over samenwerken in de generieke module 'Landelijke samenwerkingsafspraken' ([www.ggzstandaarden.nl](http://www.ggzstandaarden.nl)).

Verder was de ervaring dat men als psychiater juist, naast kennis over behandelmogelijkheden en samenwerking, wel een aantal specifieke vaardigheden moet hebben voor omgang met mensen met somatisch-symptoomstoornis. Deze bevinden zich voornamelijk op het gebied van kennis van het hardnekkige lichaam-geestdualisme dat heerst in onze gezondheidszorg, de versnippering waar patiënten

vervolgens de dupe van kunnen worden, in hoeverre men zelf onbewust vooroordelen heeft, en welke taal en heden-daagse verklaringsmodellen men kan toepassen om niet in deze valkuil te trappen.<sup>11</sup>

Een belangrijk punt hierbij is dat sommige patiënten niet gemotiveerd zijn voor behandeling in de ggz, omdat ze denken dat dat zou betekenen dat de klachten 'niet echt' zijn of dat men daar naar een 'psychische oorzaak' zou gaan zoeken. Een psychiater kan uitleggen waarom en hoe behandeling in de ggz zou kunnen helpen, onafhankelijk van de oorzaak van de klachten. Psychiaters lijken hiervoor bij uitstek geschikt vanwege hun biopsychosociale visie op de mens.

De conclusie vanuit deze discussiegroep was dat psychiaters zeker een rol spelen in een verbetering van de zorg voor mensen met een somatisch-symptoomstoornis, en, hoopvol, dat het eigenlijk ook niet zo moeilijk hoeft te zijn.

### Hoopvolle ontwikkelingen onderwijs?

Hoewel vrijwel onbekend is wat op lange termijn helpt tegen stigma op aandoeningen,<sup>12</sup> begint men vaak bij onderwijs om iets fundamenteels te veranderen aan beeldvorming over aandoeningen. Al twee decennia geleden concludeerde Van der Mast dat consistent onderwijs in de geneeskundestudie en andere (para)medische opleidingen over ALK noodzakelijk is.<sup>13</sup>

In het NVvP-consortium onderwijs zijn er positieve ontwikkelingen: in het transdiagnostisch opgezette basisonderwijs staat bijvoorbeeld een casus centraal waarbij zowel een angst- of stemmingsstoornis als een persoonlijkheidsstoornis en/of somatisch-symptoomstoornis zou kunnen spelen. In de contextcursus ziekenhuispsychiatrie is het onderdeel over somatisch-symptoomstoornis en functioneel-neurologisch-symptoomstoornis uitgebreid en sterker gericht op samenwerking. Het landelijke Netwerk Aanhoudende Lichamelijke Klachten (NALK, [www.nalk.info](http://www.nalk.info)) heeft bovendien als een van zijn kerndoelstellingen het onderwijs van alle zorgverleners te uniformeren.

### Besluit

Hoewel deze thans nog niet zo is gepositioneerd, is de somatisch-symptoomstoornis een grote psychiatrische stoornis. Iedere psychiater zou zich bekwaam en verantwoordelijk moeten voelen in de behandeling, maar ook de achtergestelde positie op institutioneel niveau moeten aankaarten. Het kan haast niet anders dan dat de veranderingen in onderwijs en de algemene aandacht voor meer samenwerking in de gezondheidszorg, wél tot fundamentele verbeteringen gaan leiden zodat (mee)behandelen van somatisch-symptoomstoornis in de ggz vanzelfsprekend wordt.

### LITERATUUR

De literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.