

## ‘Somatic symptom and related disorders’ in de DSM-5

Het verschijnen van de DSM-5 heeft een aanzienlijk aantal veranderingen teweeggebracht in de classificatie van stoornissen waarin lichamelijke klachten en symptomen een prominente rol spelen. Het DSM-IV-TR-hoofdstuk over somatoforme stoornissen is daarin niet overgenomen, maar vervangen door een nieuw hoofdstuk genaamd ‘Somatic symptom and related disorders’. In de jaren voorafgaande aan het verschijnen van de DSM-5 is er veel discussie geweest over de inhoud en de uitgangspunten. Er werden argumenten aangevoerd om het bij enkele tekstuele wijzigingen te laten (bijvoorbeeld Kroenke, Sharpe & Sykes, 2007), terwijl daarnaast werd gepleit voor een ingrijpende heroriëntatie (bijvoorbeeld Mayou, Kirmayer, Simon, Kroenke & Sharpe, 2005; Sirri & Fava, 20013). In deze bijdrage worden allereerst de uitgangspunten van de nieuwe DSM-classificatie met die van haar voorganger vergeleken. Daarnaast wordt ingegaan op mogelijke knelpunten die zich bij enkele specifieke diagnoses voordoen, en wordt een voorlopige balans opgemaakt van de kwaliteit van de herziening.

### VAN DSM-IV-TR NAAR DSM-5: ALGEMENE UITGANGSPUNTEN

Wanneer we de algemene definities van de DSM-5 ‘Somatic symptom and related disorders’ en die van de DSM-IV-TR ‘Somatoforme stoornissen’ vergelijken, zien we een opvallende accentverschuiving. De DSM-IV-TR (APA, 2000) omschrijft de somatoforme stoornissen als volgt:

‘The common feature of the Somatoform Disorders is the presence of physical symptoms that suggest a general medical condition (hence, the term somatoform) and are not fully explained by a general medical condition, by the direct effects of a substance, or by another mental disorder (e.g., Panic Disorder). [...] The grouping of these disorders in a single section is based on clinical utility (i.e., the need to exclude occult general medical conditions

or substance-induced etiologies for the bodily symptoms) rather than on assumptions regarding shared etiology or mechanism.'

Het gemeenschappelijke kenmerk is dus het ontbreken van een voldoende medische verklaring voor lichamelijke symptomen, en daarmee is deze classificatie gebaseerd op het vaststellen van de afwezigheid van een dergelijke verklaring (*diagnosis per exclusionem*). (In het Nederlandse taalgebied kennen we de term 'Somatisch Onvoldoende Verklaarde Lichamelijke Klachten' (SOLK), die formeel geen DSM-IV-classificatie is, maar waaronder wel een breed scala van beelden valt.)

In de DSM-5 (APA, 2013) wordt de onvrede over dit achterliggende principe als volgt verwoord:

'The previous criteria overemphasized the centrality of medically unexplained symptoms. Such symptoms are present to various degrees, particularly in conversion disorder, but somatic symptom disorders can also accompany diagnosed medical disorders. The reliability of determining that a somatic symptom is medically unexplained is limited, and grounding a diagnosis on the absence of an explanation is problematic and reinforces mind-body dualism. It is not appropriate to give an individual a mental disorder diagnosis solely because a medical cause cannot be demonstrated.'

Het algemene uitgangspunt van de DSM-5 (APA, 2013) is daarom van geheel andere aard:

'All of the disorders in this chapter share a common feature: the prominence of somatic symptoms associated with significant distress and impairment.'

In tegenstelling tot zijn voorganger gaat de DSM-5 uit van positieve lichamelijke en psychologische symptomen, en vereist hij daardoor de aanwezigheid van symptomen (Dimsdale & Creed, 2010). Het algemene principe dat de lichamelijke klachten en symptomen niet volledig zijn te verklaren op grond van een somatische ziekte of afwijking is komen te vervallen. Enerzijds wordt zodoende een heikel punt uit de eerdere classificatiesystematiek verwijderd (Erikson, Kirkengen, & Vetlesen, 2013), anderzijds ontbreekt hierdoor een coherent organiserend principe binnen de nieuwe classificatie. De DSM-5 omvat namelijk alle lichamelijke symptomen die distressing zijn, of ze nu medisch gezien verklaard of onverklaard zijn.

## SPECIFIEKE VERANDERINGEN VAN DSM-IV-TR NAAR DSM-5

Laten we de veranderingen binnen de nieuwe classificatie eens nader onder de loep nemen. Zoals bekend worden in de DSM-IV-TR de volgende somatoforme stoornissen onderscheiden:

- ▶ somatisatiestoornis
- ▶ ongedifferentieerde somatoforme stoornis
- ▶ conversiestoornis
- ▶ pijnstoornis
- ▶ hypochondrie
- ▶ stoornis in de lichaamsbeleving (*body dysmorphic disorder*)
- ▶ somatoforme stoornissen NAO.

De classificatie binnen de DSM-5-versie ziet er behoorlijk anders uit. Hieronder worden de Engelse termen en – indien beschikbaar – de Nederlandse vertalingen ervan gebruikt:

- ▶ *somatic symptom disorder*
- ▶ *illness anxiety disorder*
- ▶ *functional neurological symptom disorder* (conversiestoornis)
- ▶ *psychological factors affecting medical conditions*
- ▶ *factitious disorder* (nagebootste stoornis).

Twee additionele diagnoses kunnen worden gesteld indien niet aan alle criteria voor een van bovenstaande kan worden voldaan:

- ▶ *other specified somatic symptom and related disorder* (onder meer schijnzwangerschap, kortdurende varianten van somatic symptom disorder en illness anxiety disorder);
- ▶ *unspecified somatic symptom and related disorder*, in het geval niet aan alle criteria van een van de bovengenoemde stoornissen wordt voldaan.

De onderlinge verhouding tussen de beide DSM-versies is als volgt samen te vatten:

- ▶ DSM-5 somatic symptom disorder berust grotendeels op een samenvoeging van de somatisatiestoornis, ongedifferentieerde somatoforme stoornis, pijnstoornis en een deel van hypochondrie. De aanwezigheid [A] van een of meer somatische symptomen en [B1] van gedachten (de buitensporige en aanhoudende gedachte dat de klachten ernstig zijn) of [B2] gevoelens (met name angst voor ziekten) of [B3] tijdrovende ziektegerelateerde gedragingen vormen de belangrijkste criteria. Deze symptomen

dienen ten minste zes maanden te bestaan. De pijnstoornis is de enige die expliciet naar voren komt, omdat de DSM-5 pijn heeft opgenomen als een specificatie (*specifier*) van de somatic symptom disorder: ‘With predominant pain (previously pain disorder).’

- ▶ Illness anxiety disorder is een nieuwe diagnose die afgeleid is van twee DSM-IV-TR-bronnen. Enerzijds is dat het ziektesubtype zoals dat gerangschikt werd onder de specifieke fobie, anderzijds is een deel van de DSM-IV-TR-diagnose hypochondrie hierin vervat. De angst om een ziekte te hebben of te krijgen staat centraal in deze diagnose, terwijl er geen of slechts minimale somatische symptomen zijn. Verder zijn excessieve gedragingen en vermijding criteria. De ziektepreoccupatie dient minstens zes maanden te bestaan. Er zijn twee specificaties, namelijk het zorgzoekende type en het zorgvermijdende type.
- ▶ De conversiestoornis is grotendeels gehandhaafd als diagnostische rubriek, maar er is een nieuwe naam aan toegevoegd: functional neurological symptom disorder. Evenals in de vorige versie van de DSM zijn motorische of sensorische symptomen vereist die in acht rubrieken kunnen worden gespecificeerd. Deze symptomen zijn incompatibel met een neurologische aandoening of andere medische aandoeningen. Anders dan in de DSM-IV-TR zijn uitlokkende of in stand houdende psychologische factoren geen verplicht criterium, maar ondergebracht bij de specifiers.
- ▶ De diagnose *psychological factors affecting other medical conditions* werd in de DSM-IV-TR genoemd in een appendix onder de titel ‘Other conditions that may be the focus of clinical attention’. Kenmerkend hiervoor is de aanwezigheid van een somatische ziekte of van lichamelijke symptomen, en daarnaast van psychologische en gedragsmatige factoren die de ziekte op een nadelige wijze beïnvloeden. Deze laatste zijn bijvoorbeeld therapie-ontrouw, emotionele factoren en gezondheidsrisico’s.
- ▶ De nagebootste stoornis (*factitious disorder*) was een zelfstandig hoofdstuk in de DSM-IV-TR en is nu opgenomen in dit DSM-5-hoofdstuk. Het centrale kenmerk is het voorwenden of opzettelijk veroorzaken van lichamelijke of psychische symptomen. Misleiding vanwege psychologische motieven is de drijfveer, waarbij duidelijke externe beloning (zoals financieel gewin) afwezig is.
- ▶ Ten slotte is de DSM-IV-TR-diagnose van de stoornis in de lichaamsbeleving verplaatst naar het nieuwe DSM-5-hoofdstuk genaamd ‘Obsessive-compulsive and related disorders’.

De veranderingen bestaan dus uit het samenvoegen van een aantal stoornissen, het toevoegen van twee voorheen zelfstandige diagno-

ses, en het verwijderen van de stoornis in de lichaamsbeleving. Net als in de overige hoofdstukken van de DSM-5 wordt in de toelichting kort ingegaan op het voorkomen van de betreffende stoornis bij kinderen, jongeren en ouderen.

#### ENKELE OPVALLENDE ZAKEN

Kunnen we nu zeggen dat het nieuwe hoofdstuk een verbetering vormt ten opzichte van zijn voorganger? Hieronder zullen we een paar opvallende zaken belichten.

##### ¶ *Positieve symptomen*

In de aanloop naar een nieuwe classificatie hebben veel auteurs zich beklaagd over de onwenselijke vereiste van het vaststellen van de afwezigheid van een voldoende medische verklaring voor de lichamelijke symptomen (Creed et al., 2010). Ook was er veel kritiek op het tellen van lichamelijke symptomen (zoals dat bij de somatisatiestoornis het geval was). In antwoord hierop is de nadruk in de DSM-5 komen te liggen op het vaststellen van de aanwezigheid van lichamelijke klachten (ongeacht hun oorzaak), en van psychologische en gedragsmatige reacties op die klachten.

##### ¶ *Overkoepelende stoornis*

Het introduceren van de nieuwe en brede diagnose somatic symptom disorder herbergt een aantal potentiële problemen. Op de eerste plaats is dit een erg brede term die een typisch voorbeeld is van *lumping*, dat wil zeggen het samenvoegen van een aantal stoornissen tot een omvattender stoornis. Het resultaat is een diffusere categorie dan de oorspronkelijke specifiekere categorieën. Het door de taskforce (Dimsdale & Creed, 2010) aangevoerde argument dat er veel overlap zou bestaan tussen de oorspronkelijke DSM-IV-TR-diagnoses heeft weliswaar een empirische basis, maar is niet echt overtuigend. De overlap geldt namelijk nog steeds voor enkele andere nieuwe diagnostische rubrieken, zoals we verderop exemplarisch zullen uitwerken.

Ten tweede verwachten we dat het een term is die moeilijk ingebed zal raken in het beroepsmatige en (zeker) het alledaagse taalgebruik. Het is een term zonder historie die niet aansluit bij enig wetenschappelijk of lekendiscours. In zekere zin is er een stevige pr-campagne nodig om deze vage term ingang te doen vinden in de gezondheidszorg en bij het algemene publiek. Overigens lijken de termen 'somatic symptom disorder' en 'somatic symptom and related disorders' erg sterk op elkaar. Het zou ons niet verwonderen indien zij ten onrechte door elkaar (en wellicht zelfs als synonies-

men) gebruikt zullen gaan worden. Hetzelfde zagen we al eerder in de klinische praktijk gebeuren met de DSM-IV-termen 'somatoforme stoornissen' en 'somatisatiestoornis'.

Inhoudelijk gezien is het B-criterium van deze stoornis problematisch, waarin de beperkingen en *distress* die in het A-criterium staan omschreven, verder worden uitgewerkt. Aan ten minste één van de volgende omschrijvingen moet zijn voldaan om tot classificatie over te gaan: 'disproportionate and persistent thoughts', 'high level of anxiety about health' of 'excessive time and energy devoted to these symptoms'. Hier is een poging gedaan de *distress* nader te specificeren. De omschrijvingen geven echter weinig houvast en wekken de indruk dat vooral gedacht is aan een angstige reactie op de klachten. De veelvoorkomende niet-accepterende reactie (*pain persistent type*) (onder anderen Viane et al., 2003) en depressieve reactie op de klachten (vijftig procent van de patiënten met een pijnstoornis heeft depressieve klachten), wordt niet expliciet genoemd.

#### ¶ Pijn verliest zijn status

Ondanks de hoge prevalentie van chronische pijn (als een samenspel van nociceptie en pijnbeleving) heeft deze diagnose zijn zelfstandige status verloren, en wordt pijn nu genoemd als specifiek van de somatic symptom disorder. Hiermee bewerkstelligt de DSM-5 enerzijds een verwijdering tussen de diagnostische criteria en het fenomeen pijn dat zo'n grote rol speelt in de klinische praktijk. Anderzijds moet worden opgemerkt dat pijnklachten doorgaans niet op zichzelf staan, maar samengaan met bijvoorbeeld vermoeidheid (zoals bij fibromyalgie), hartkloppingen en benauwdheid (bij non-cardiale pijn op de borst). Daarnaast nam pijn ook een prominente plaats in bij hypochondrie en somatisatiestoornis. Kortom, in de DSM-5 heeft het verschijnsel pijn een plaats gekregen naast alle andere lichamelijke klachten.

#### ¶ Afscheid van hypochondrie?

De DSM-5 stelt zonder veel onderbouwing dat de diagnose hypochondrie is vervallen, en dat de kenmerkende symptomen onder te brengen zijn bij de somatic symptom disorder, met als B-criterium een 'persistently high level of anxiety about health or symptoms'. Dit zou gelden voor 75% van de gevallen die eerder de diagnose hypochondrie zouden krijgen. Voor de resterende 25% van de patiënten zou de diagnose illness anxiety disorder van toepassing zijn. Het wordt hiermee voor de toekomst lastig om het wetenschappelijk onderzoek dat verricht is naar hypochondrie te beoordelen. Het is onduidelijk of het nu patiënten betrof die milde lichamelijke klachten hadden of een of meer somatische symptomen.

Curieus is echter dat uit de beschrijving van de diagnostische kenmerken blijkt dat het bij somatic symptom disorder eigenlijk gaat om hypochondrie volgens de DSM-IV.

‘Individuals with somatic symptom disorder tend to have very high levels of worry about illness (Criterion B). They appraise their bodily symptoms as unduly threatening, harmful, or troublesome and often think the worst about their health. Even when there is evidence to the contrary, some patients still fear the medical seriousness of their symptoms. In severe somatic symptom disorder, health concerns may assume a central role in the individual’s life, becoming a feature of his or her identity and dominating interpersonal relationships.’

Van onderscheidend belang voor de keuze tussen de diagnose somatic symptom disorder of illness anxiety disorder is het al dan niet aanwezig zijn van lichamelijke klachten. Echter, het is ook mogelijk om de diagnose illness anxiety disorder te stellen wanneer er zich minimale lichamelijke klachten voordoen. Dat roept onmiddellijk de vraag op naar de diagnostische drempel die zou moeten aangeven hoe ernstig een symptoom moet zijn om tussen een van beide diagnoses te kiezen. In de praktijk zal dat ongetwijfeld in heel wat gevallen tot diagnostische onduidelijkheid leiden.

Een vooruitgang is dat binnen de classificatie illness anxiety disorder zowel de angst om een ernstige ziekte te hebben alsook om deze te krijgen zijn vervat. Bij hypochondrie was het in de klinische praktijk in bepaalde gevallen lastig om dit onderscheid helder te krijgen. Ook een stap vooruit zijn de specificaties van de zorgzoekende en de zorgvermijdende types. De DSM-IV-TR kende het criterium dat adequaat medisch onderzoek moest zijn verricht. Ten eerste was het al lastig om te bepalen wat nu precies adequaat was, maar ook is er een groep patiënten die te angstig is om naar een arts te gaan, waardoor geen adequaat onderzoek werd verricht. Formeel kon dan niet de diagnose hypochondrie gesteld worden, terwijl de patiënt aan alle andere kenmerken voldeed. Binnen de DSM-5 kan er nu geclassificeerd worden onder het zorgvermijdende subtype.

Daarnaast stelt de DSM-5 dat illness anxiety disorder ook onder de angststoornissen geclassificeerd had kunnen worden, maar dat men er – op grond van klinische bruikbaarheid – voor heeft gekozen om hem toch maar in het huidige hoofdstuk op te nemen. Gezien de veronderstelling dat patiënten met angst voor ziekten zich eerder in medische settings dan in de geestelijke gezondheidszorg zullen bevinden, is dat een verstandige beslissing.

### ¶ Onverklaarde neurologische symptomen

Bij de classificatie conversiestoornis is het een vooruitgang dat de subtitel 'functional neurological symptom disorder' is toegevoegd. Dit is voor veel patiënten wellicht een acceptabelere diagnose. Verder is het een stap vooruit dat de classificatie nu gedaan kan worden op grond van incompatibiliteit van de symptomen met neurologische of andere medische beelden.

Opmerkelijk is dat bij de conversiestoornis de nadruk wél is blijven liggen op de onverklaarde klacht, terwijl bij somatic symptom disorder de focus ligt op de distress die door de klachten veroorzaakt wordt. Daarmee vertonen de criteria van deze stoornis een zekere inconsistentie met de uitgangspunten van de nieuwe classificatie. Een verandering is dat in de DSM-5 nadrukkelijk verzocht wordt om een neurologische verklaring voor de symptomen uit te sluiten op grond van positieve uitslagen van onderzoeken, waarmee hun niet-neurologische aard aannemelijk wordt gemaakt (zie ook Stone et al., 2011).

Interessant is dat, bijvoorbeeld door Stone (2009), de functionele neurologische symptomen op één lijn gesteld worden met functionele stoornissen die in andere medische specialismen worden gevonden, zoals fibromyalgie in de reumatologie, en het prikkelba-redarmsyndroom bij de maag-, darm- en leverarts. Daarbij moet worden opgemerkt dat deze laatstgenoemde klachten pas als somatic symptom disorder worden gediagnosticeerd als er ook sprake is van psychologische of gedragsmatige symptomen (dat wil zeggen van criterium B). De motorische en sensorische symptomen van de conversiestoornis zouden overigens even goed onder de brede paraplu van de somatic symptom disorder kunnen vallen. Criterium A luidt namelijk: 'One or more somatic symptoms that are distressing or result in significant disruption of daily life.'

Een belangrijke verandering ten aanzien van de diagnose conversiestoornis is dat deze is ontdaan van het in het DSM-IV-TR verplichte criterium dat psychologische factoren een luxerende of onderhoudende rol moeten spelen. Al langer werd er met betrekking tot dit criterium gediscussieerd over de vraag of een psychologische factor zoals stress of trauma ten grondslag zou liggen aan de stoornis. Hoewel een causale relatie bij veel patiënten niet aantoonbaar is, is het wel duidelijk dat onverwerkte traumatische herinneringen bij de meeste van deze patiënten een rol lijken te spelen bij het in stand houden van deze klachten. Binnen de DSM-5 kan de aan- of afwezigheid van een psychologische stressor worden gespecificeerd.



¶ Stoornis in de lichaamsbeleving is verplaatst naar een ander hoofdstuk Stoornis in de lichaamsbeleving (body dysmorphic disorder, BDD) was altijd al een wat vreemde eend in de bijt in het DSM-IV-hoofdstuk over somatoforme stoornissen. Weliswaar betreft het klachten die met 'het lichaam' te maken hebben, maar de aard ervan heeft veeleer betrekking op het uiterlijk dan op het innerlijk. De overige stoornissen binnen de categorie somatoforme stoornissen hebben daarentegen wél duidelijk fysieke (vaak intern gevoelde) problemen of sensaties tot onderwerp. De nieuwe groep waartoe BDD nu behoort, de *obsessive-compulsive and related disorders*, is een geheel nieuwe categorie van stoornissen in de DSM-5 waarbinnen de volgende stoornissen te vinden zijn: obsessieve-compulsieve stoornis, BDD, trichotillomanie (dwangmatig haren uittrekken), alsmede een tweetal nieuwe stoornissen: *hoarding disorder* (pathologische verzamelwoede) en *excoriation (skin-picking) disorder* (pathologisch aan de huid peuteren of de huid bewerken). De stoornissen in dit nieuwe hoofdstuk delen een dwangmatige preoccupatie en repetitief gedrag met elkaar. Het al dan niet bestaan van een obsessief-compulsief (OC-)spectrum is overigens ook al twintig jaar onderwerp van discussie in de literatuur (Phillips et al., 2010). Ook wij vragen ons af of BDD bij dit OC-spectrum past (gezien het dwangmatige karakter ervan) of wellicht toch beter bij een andere groep van stoornissen gegroepeerd kan worden. Het dwangmatige gedrag bij BDD is immers niet zozeer primair ingegeven vanwege angst(reductie), zoals bij OCD het geval is, maar heeft ook te maken met de basale assumptie onacceptabel te zijn, hetgeen overlap vertoont met bijvoorbeeld de sociale angststoornis en de depressieve stoornis. BDD lijkt verder veel op de sociale angststoornis vanwege de veelvoorkomende sociale angst, (sociale) vermijding en schaamtegevoelens. Voorts delen ook eetstoornissen en BDD een aantal gemeenschappelijke kenmerken, zoals een negatief lichaamsbeeld (Phillips et al., 2010). Naast de verhuizing van BDD naar de *obsessive-compulsive and related disorders*, zijn ook de criteria hiervoor aangescherpt en uitgebreid. In de DSM-5 bestaat daarnaast de mogelijkheid te specificeren of iemand last heeft van *muscle dysmorphia* (wanneer de zorgen de mate van gespierdheid betreffen) en in hoeverre de BDD-overtuigingen momenteel gekenmerkt worden door goed/redelijk, slecht of afwezig inzicht.

Samen genomen is het niet zo'n slecht idee geweest om BDD uit de somatoforme stoornissen te halen. Echter, de toekomst moet uitwijzen of BDD beter past bij de nieuwe categorie *obsessive-compulsive and related disorders*.

## DISCUSSIE

Doen de diagnoses binnen dit hoofdstuk recht aan de door de DSM-5 zelf geformuleerde uitgangspunten?

..... 'Individuals with disorders with prominent somatic symptoms are commonly encountered in primary care and other medical settings but are less commonly encountered in psychiatric and other mental health settings. These reconceptualized diagnoses, based on a reorganization of DSM-IV somatoform disorder diagnoses, are more useful for primary care and other medical (non-psychiatric) clinicians.'

Het is zeer de vraag of dit nieuwe DSM-hoofdstuk de zelf geformuleerde doelstelling kan waarmaken. De gehanteerde terminologie, beslisregels en differentiaaldiagnostische overwegingen lijken heel wat psychiatrische en psychologische voorkennis en klinische ervaring te veronderstellen. Of dit bij professionals in medische settings in voldoende mate aanwezig is, zal nog moeten blijken. Daarnaast wordt ondanks het streven naar duidelijke criteria nog steeds een groot appel gedaan op het klinische oordeel. Denk bijvoorbeeld aan het vaststellen van de betekenis van kwalificaties als: 'only mild in intensity', 'disproportionate and persistent thoughts', 'high level of anxiety about health', en 'identified deception'. Deze subjectieve oordelen zijn ongetwijfeld van negatieve invloed op de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid.

Frances (2013) heeft zich ontpopt als een groot criticus van de DSM-5 in het algemeen en ook van het hier besproken hoofdstuk. Hij wijst op het gevaar van overdiagnosticering, medicalisering en pathologisering van alledaagse somatische problemen. Zo is het theoretisch mogelijk dat mensen die aan een evidente somatische ziekte lijden (zoals kanker, diabetes of een hartziekte) en bij wie het functioneren daardoor langdurig wordt beïnvloed, een psychiatrische diagnose krijgen. Het is een retorische vraag of de patiënt en de gezondheidszorg daarmee worden geholpen. Anderzijds is het niet ondenkbaar dat de patiënten met functionele stoornissen (vooreen ongedifferentieerde somatoforme stoornis) die niet voldoen aan een van de B-criteria (namelijk psychologische en gedragsmatige reacties) van een somatic symptom disorder, straks van effectief gebleken psychologische behandelingen verstoken blijven. In het verlengde hiervan zouden behandelingen niet gericht zijn op het opheffen van lichamelijke klachten en beperkingen, maar vooral op de distress die ermee gepaard gaat.

### ¶ Empirische onderbouwing

De kennis over de nieuwe diagnoses zoals somatic symptom disorder wordt niet gevoed door een onderzoekshistorie. Op zijn best kunnen we vooralsnog in beperkte mate gebruikmaken van eerdere onderzoeksbevindingen naar de samenstellende DSM-IV-stoornissen om een indruk te krijgen van bijvoorbeeld pathogene mechanismen, epidemiologie en behandeling.

### ¶ Validiteit

Velen hebben kritiek gehad op het feit dat er in de DSM-IV-TR te veel overlap tussen de verschillende somatoforme diagnoses was. Dat is in de DSM-5 helaas niet overtuigend gerepareerd. De differentiaaldiagnostische overwegingen die de DSM geeft voor de somatic symptom and related disorders onderling, hebben op papier een redelijke *face validity*, maar zullen hun klinische bruikbaarheid moeten bewijzen. A priori onderscheiden worden verder bemoeilijkt door een soms gebrekkige inhoudsvaliditeit. Een voorbeeld daarvan is criterium B2 van de somatic symptom disorder: 'Persistently high level of anxiety about health or symptoms', terwijl criterium C van de illness anxiety disorder is: 'There is a high level of anxiety about health, and the individual is easily alarmed about personal health status.' Een ander voorbeeld is criterium A van de somatic symptom disorder: 'One or more somatic symptoms that are distressing or result in significant disruption of daily life', die in principe ook criterium A van de conversiestoornis zou kunnen omvatten: 'One or more symptoms of altered voluntary motor or sensory function.'

Een ander voorbeeld betreft de diagnoses hypochondrie en conversiestoornis. Op basis van de DSM-IV-TR-criteria leidde dit tot twee relatief eenduidige groepen. Alle patiënten met hypochondrie waren angstig voor een ernstige ziekte en bijna alle patiënten met een conversiestoornis hadden onverwerkte traumatische herinneringen, PTSS of symptomen van dissociatie. Dit laatste was het gevolg van het verplichte criterium dat psychologische factoren een luxerende of onderhoudende rol moeten spelen, zoals moest blijken uit het samen voorkomen en/of verergeren van de klachten bij blootstelling aan de stressor. Eenduidigheid is gunstig voor onderzoek naar etiologie en het effect van behandeling. Het is daarom te betreuren dat de DSM-5-stoornissen minder eenduidig zijn geformuleerd.

Ondanks deze kritiek is er wat betreft de constructvaliditeit inmiddels ook wel enige empirische steun voor het perspectief van de DSM-5. Zoals genoemd is het uitgangspunt van de DSM-5 bij de somatic symptom and related disorders dat het gaat om alle lichamelijke symptomen die distressing zijn, of ze nu medisch gezien verklaard of onverklaard zijn. Voor dit uitgangspunt pleiten de

resultaten van de onderzoeken van Wolburg, Voigt, Braukhaus, Herzog en Löwe (2013) en Voigt et al. (2012). Zij vonden dat zelfgerapporteerde gezondheid beter wordt voorspeld door psychologische kenmerken (zoals zorgen over de gezondheid en symptoomattributie) dan de louter somatische symptomen. Laatstgenoemde auteurs concludeerden in een vergelijkend conceptueel onderzoek eerder al (Voigt et al., 2010) dat de DSM-5-diagnose van somatic symptom disorder een betere constructvaliditeit had en klinisch bruikbaar was dan de DSM-IV-voorgangers. Daar staat dan weer tegenover dat de DSM-5 verzuimt om een verband te leggen tussen de reactie op de klachten en de ernst van de klachten. De rol van psychische factoren bij de ernst, de duur en de instandhouding van de klachten wordt niet benoemd.

#### AANBEVELINGEN

De nieuwe diagnoses behoeven een solide empirische onderbouwing, aangezien ze nu vooral gebaseerd lijken te zijn op consensus binnen de DSM-5-taskforce. Het vaststellen van de betrouwbaarheid en validiteit van de separate diagnoses (met name in een medische setting en door hen die daarin werkzaam zijn) is de eerste taak die opgepakt moet worden. Barlow (2002) stelde ooit dat de classificatie van stoornissen moet plaatsvinden op basis van geoperationaliseerde criteria voor symptomen en gedragingen. De indeling moet tevens klinisch nuttig zijn, en bijvoorbeeld te gebruiken zijn voor het indiceren van behandelingen en het voorspellen van specifieke reacties op behandelingen. Het lijkt er vooralsnog niet op dat de nieuwe DSM-classificatie aan deze voorwaarden voldoet.

Er is door veel onderzoek aannemelijk gemaakt dat de wijze van omgaan met lichamelijke klachten een betere voorspeller is voor iemands disfunctioneren dan de lichamelijke symptomen per se. Door dat perspectief te omarmen heeft de DSM-5 weliswaar een kleine stap in de goede richting gezet, maar de uitwerking in deze nieuwe classificatie laat nog veel te wensen over.

PROF.DR. THEO K. BOUMAN is verbonden aan de afdeling Klinische Psychologie en het Opleidingsinstituut PPO van de Rijksuniversiteit Groningen.

DR. YANDA VAN ROOD is verbonden aan de afdeling Psychiatrie van het Leids Universitair Medisch Centrum.

DR. SANDRA MULKENS is verbonden aan het departement Experimentele Psychologie van de Universiteit Maastricht en de RIAGG Maastricht.

PROF.DR. SAKO VISSER is verbonden aan de programmagroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam en Pro Persona, Wolfheze.

## Referenties

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th edition, text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th edition). Arlington VA: American Psychiatric Association.
- Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd edition). New York: Guilford.
- Creed, F., Guthrie, E., Fink, P., Henningsen, P., Rief, W., Sharpe, M. & White, P. (2010). Is there a better term than 'medically unexplained symptoms'? *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 5-8.
- Dimsdale, J. & Creed, F. (2010). The proposed diagnosis of somatic symptom disorders in DSM-V to replace somatoform disorders in DSM-IV – A preliminary report. *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 473-476.
- Eriksen, T.E., Kirkengen, A.L. & Vetlesen A.J. (2013). The medically unexplained revisited. *Medical Health Care and Philosophy*, 16, 587-600.
- Frances, A. (2013). DSM-5 somatic symptom disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201, 530-531.
- Kroenke, K., Sharpe, M. & Sykes, R. (2007). Revising the classification of somatoform disorders: Key questions and preliminary recommendation. *Psychosomatics*, 48, 277-285.
- Mayou, R., Kirmayer, L., Simon, G., Kroenke, K. & Sharpe, M. (2005). Somatoform disorders: Time for a new approach in DSM-V. *American Journal of Psychiatry*, 162, 847-855.
- Phillips, K.A., Stein, D.J., Rauch, S.L., Hollander, E., Fallon, B.A., Barsky, A., ... Leckman, J. (2010). Should an obsessive-compulsive spectrum grouping of disorders be included in DSM-V? *Depression and Anxiety*, 27, 528-555.
- Sirri, L. & Fava, G.A. (2013). Diagnostic criteria for psychosomatic research and somatic symptom disorders. *International Journal of Psychiatry*, 25, 19-30.
- Stone, J. (2009). Functional symptoms in neurology. *Neurology in Practice*, 9, 19-189.
- Stone, J., LaFrance, W.C., Brown, R., Spiegel, D., Levenson, J.L. & Sharpe, M. (2011). Conversion disorder: Current problems and potential solutions for DSM-5. *Journal of Psychosomatic Research*, 71, 369-376.
- Viane, I., Crombez, G., Eccleston, C., Poppe, C., Devulder, J., Van Houdenhove, B., & De Corte, W. (2003). Acceptance of pain is an independent predictor of mental well-being in patients with chronic pain: Empirical evidence and reappraisal. *Pain*, 106, 65-72.
- Voigt, K., Nagel, A., Meyer, B., Langa, G., Braukhaus, C. & Löwe, B. (2010). Towards positive diagnostic criteria: A systematic review of somatoform disorder diagnoses and suggestions for future classification. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 403-414.
- Voigt, K., Wollburg, E., Wienmann, N., Herzog, A., Meyer, B., Langa, G. & Löwe, B. (2012). Predictive validity and clinical utility of DSM-5 somatic symptom disorder – comparison with DSM-IV somatoform disorders and additional criteria for consideration. *Journal of Psychosomatic Research*, 73, 345-350.
- Wolburg, E., Voigt, K., Braukhaus, C., Herzog, A. & Löwe, B. (2013). Construct validity and descriptive validity of somatoform disorders in light of proposed changes for DSM-5. *Journal of Psychosomatic Research*, 74, 18-24.