



# In de DSM-5: ‘Psychische factoren die somatische aandoeningen beïnvloeden’

DOOR PAUL MANGNUS

**In de klinische praktijk en literatuur wordt weinig aandacht besteed aan de DSM-categorie ‘Psychische factoren die somatische factoren beïnvloeden’. Een operationalisatie in twaalf syndromen.**

In de DSM-5 zijn ‘Psychische factoren die somatische aandoeningen beïnvloeden’ opgenomen onder de *somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen*, met als classificatiecriteria:

1. er is sprake van een somatisch symptoom of een somatische aandoening;
2. psychische- of gedragsfactoren hebben daarop een ongunstige invloed;
3. deze psychische- en gedragsfactoren kunnen niet (beter) worden verklaard door een andere psychische stoornis.

## DCPR

In DSM-IV waren ‘Psychische factoren die somatische aandoeningen beïnvloeden’ (Verder afgekort als PS, *red.*) ingedeeld onder andere aandoeningen en problemen. Deze classificatie werd in de praktijk relatief weinig gebruikt en er zijn geen specifieke behandelmethode op geënt, zoals op andere DSM-categorieën.

Onderzoeker Giovanni Fava e.a.<sup>1</sup> concludeerden dan ook dat er relatief weinig aandacht is voor manifestaties van psychologische *distress* en ziektegedrag. Met het oog op de DSM-5 publiceerde deze onderzoeksgroep in 1995 een *diagnostisch framework* waarin de psychologische factoren uit onderzoek naar psychosomatiek zijn ingedeeld in twaalf (sub)klinische beelden (syndromen),

de *Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research* (DCPR):

Alexithymie; type A gedrag; ziektefobie; thanatofobie; gezondheidsangst; ziekte-ontkenning; functionele somatische symptomen secundair aan psychiatrische stoornissen; persisterende somatisatie; conversiesymptomen; verjaardagereacties; geïrriteerde stemming en demoralisatie.

## KLINISCH BELANG

Nogmaals, binnen de medische psychologie en consultatieve psychiatrie is weinig aandacht voor deze subklinische syndromen, maar uit verschillende studies blijkt dat deze van klinisch belang zijn. Zo blijken de DCPR geschikter voor het identificeren van psychologische *distress* en een verminderde kwaliteit van leven bij patiënten met lichamelijke aandoeningen dan de DSM-IV en ICD-10-criteria<sup>2</sup>.

Een voorstel om de DSM-IV-categorie PS te wijzigen, zodat naast hypochondrie in de DSM-5 ook de zes meest voorkomende DCPR-syndromen konden worden opgenomen<sup>3</sup>, is echter niet aangenomen. Toch is in verschillende landen aan de hand van de twaalf DCPR-syndromen wel veel onderzoek verricht.

*Noot:* De zes meest voorkomende DCPR-syndromen zijn ziektefobie, ziekte-ontkenning, persisterende somatisatie, conversiesymptomen, geïrriteerde stemming en demoralisatie.

## GESTRUCTUREERD INTERVIEW

Om de DCPR-syndromen te kunnen meten, ontwikkelde de onderzoeksgroep van Fava<sup>4</sup> een gestructureerd interview. De Engelstalige versie daarvan bestaat uit



58 items (yes/no). Dit instrument scoort goed op de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, vertoont hoge correlaties met psychosociale *distress* (*Psychosociale Index* en de *General Health Questionnaire*) en beschikt over een goede constructvaliditeit en predictieve validiteit voor de psychosociale achteruitgang van patiënten en de behandeluitkomsten<sup>2</sup>.

Onder patiënten met somatische aandoeningen komen ongeveer twee keer zoveel psychosomatische syndromen voor dan DSM-IV-stoornissen<sup>4</sup>. Bij hen wordt vaak *psychosociale distress* geconstateerd, ook zonder DSM-IV-diagnose.

De *Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research*<sup>5</sup> en het *gestructureerde interview*<sup>6</sup> van de onderzoeksgroep Fava zijn in het Nederlands vertaald, aangevuld met twee experimentele subklinische categorieën:

- 1) *Beperkte symptoomaanval en*
- 2) *Type D-persoonlijkheid.*

De *Beperkte symptoomaanval* is hieraan toegevoegd omdat deze milde paniekstoornis invloed kan hebben op somatische aandoeningen; *Type D-persoonlijkheid* omdat mensen met die persoonlijkheid na een hartinfarct een slechtere prognose hebben dan mensen zonder die persoonlijkheid<sup>7</sup>.

## MEERWAARDE VAN DCPR-DIAGNOSTIEK

De meerwaarde van DCPR-diagnostiek, op de gangbare diagnostiek van psychosomatiek en somatopsychologie:

- a. de aandacht wordt gericht op psychologische factoren die om klinische aandacht vragen;
- b. er wordt naar meer gekeken dan alleen comorbiditeit;
- c. subklinische beelden kunnen uitmonden in klinische beelden. Gerichte behandeling kan bijdragen aan de preventie van angst- en stemmingsstoornissen;
- d. met het gebruik van de DCPR komt het Nederlandse taalgebied meer in de pas met andere landen;
- e. DCPR-terminologie is begrijpelijker en meer acceptabel voor patiënten dan ‘*somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten* (SOLK)’, wat de behandelmotivatie ten goede komt;
- f. DCPR past in het bio-psycho-sociaal model en blijft buiten de dichotomie van discussies met cliënten over of klachten een lichamelijke- dan wel psychische oorzaak hebben.

## TWAALF PSYCHOSOMATISCHE SYNDROMEN

De DCPR-syndromen die betrekking hebben op afwijkend ziektegedrag zijn:

### 1. Ziekte-angst:

Algemene bezorgdheid over ziekte, pijn en lichamelijke preoccupaties die korter aanhouden dan zes maanden. De zorgen en angsten verdwijnen snel bij geruststelling door een arts, hoewel na enige tijd nieuwe zorgen kunnen ontstaan.

### 2. Ziektefobie:

Een persisterende en ongefundeerde angst om aan een specifieke ziekte te lijden, ondanks adequaat medisch onderzoek. Angst manifesteert zich als (paniek)aanvallen in plaats van als chronische zorgen, zoals bij hypochondrie.

### 3. Thanatofobie:

Angst(aanvallen) voor een naderende dood, zelfs als daar geen objectieve, lichamelijke reden voor is. Met vermindering van zaken die doen denken aan de dood, zoals begrafenissen en overlijdensberichten. Blootstelling daaraan roept bijna altijd een onmiddellijke angstrespons op.

### 4. Ziekte-ontkenning:

Aanhoudende ontkenning van een lichamelijke aandoening en de noodzaak tot behandeling (bijv. afwezigheid van compliance; uitgestelde artsconsultatie bij ernstige en blijvende lichamelijke klachten; en counterfobisch gedrag).

### 5. Functioneel somatische symptomen (secundair aan een psychiatrische stoornis):

*Arousal* van het autonome zenuwstelsel (hartkloppingen, zweten, trillen, blozen), of een functionele stoornis waarbij *distress* optreedt, die om medische zorg vraagt, of die resulteert in een mindere kwaliteit van leven. Medisch onderzoek brengt echter geen organische pathologie aan het licht waardoor de fysieke klachten verklaard kunnen worden. Deze zijn voorafgegaan door een psychiatrische aandoening, met ook de somatische symptomen (bijvoorbeeld een paniekstoornis met cardiale symptomen).



## 6. Persisterende somatisatie:

Een functionele stoornis (fibromyalgie, chronische vermoeidheid, prikkelbaredarmsyndroom, stoornissen peristaltiek slokdarm) die langer dan zes maanden aanhoudt; *distress* oproept, herhaaldelijk om medische zorg vraagt en die resulteert in een mindere kwaliteit van leven.

## 7. Conversiesymptomen:

Een of meer symptomen of gebreken die willekeurige motorische- of sensorische functies beïnvloeden; zonder anatomische- of fysiologische plausibiliteit, de te verwachten fysieke verschijnselen, bevindingen van het laboratorium en/of inconsistente klinische kenmerken.

## 8. Verjaardagsreactie:

Symptomen van autonome *arousal*; een functionele stoornis; of van conversie die *distress* of herhaalde medische zorg nodig maakt of die resulteert in een verminderde kwaliteit van leven. De symptomen ontstaan als de patiënt de leeftijd bereikt van een levensbedreigende ziekte, of op de verjaardag van een nabij familielid die overleden is. De patiënt is zich niet bewust van dit verband.

## 9. Type A gedrag:

Overmatige betrokkenheid bij werk en andere activiteiten waarvoor deadlines gelden; een sterk en aanhoudend gevoel van urgentie; motorisch-expressieve kenmerken waaruit blijkt dat de patiënt het gevoel heeft dat hij of zij onder tijdsdruk staat (snelle en explosieve spraak, abrupte lichaamsbewegingen, aangespannen gezichtsspieren, handgebaren); vijandigheid en cynisme; geïrriteerde stemming; de neiging fysieke en mentale activiteiten te versnellen; de intense wens om te presteren en erkend te worden en veel competitiviteit.

## 10. Geïrriteerde stemming:

Het vraagt om extra inspanning om controle over de boosheid te krijgen of de stemming resulteert in verbale- of fysieke uitbarstingen. Het gevoel is onplezierig voor het individu en openlijke uitingen van irritatie hebben geen cathartisch effect. Het roept stress-gerelateerde fysiologische responsen op die aanzetten tot symptomen van een lichamelijke stoornis, of die deze verergeren.

## 11. Demoralisatie:

Een gevoelstoestand die wordt gekenmerkt door het besef van de patiënt dat hij gefaald heeft, omdat hij zijn eigen of andermans verwachtingen niet heeft ingelost, of niet in staat was goed om te gaan met dringende problemen. Gevoelens van hopeloosheid of opgeven. De gevoelstoestand is langdurig generiek en ging vooraf aan de manifestaties van een lichamelijke stoornis, of verergerde die.

## 12. Alexithymie:

Onbekwaamheid om de juiste woorden te vinden voor emoties; de neiging om details te beschrijven in plaats van gevoelens (bijv. de omstandigheden waaronder iets gebeurde, in plaats van de gevoelens); geen levendig fantasieleven; patiënt is zich onbewust van gewone lichamelijke reacties die voorkomen bij verschillende gevoelens; incidenteel optredende, hevige en vaak ongepaste uitbarstingen van affectief gedrag.

## EXPERIMENTELE SCHALEN

Aan het gestructureerd interview van Fava zijn twee experimentele schalen toegevoegd:

### 1. Beperkte symptoomaanval:

Subklinische paniekstoornis met lichte aanvallen die bezorgdheid voor nieuwe paniekaanvallen teweegbrengen of die leiden tot vermijdingsgedrag. Minder dan vier en minstens twee van de dertien kenmerken van de paniekstoornis zijn aanwezig.

### 2. Type D (= distressed) persoonlijkheid (9):

De gelijktijdige aanwezigheid van zowel negatieve affectiviteit (bijv. piekeren, zwaarmoedigheid, prikkelbaarheid) als sociale geremdheid (bv. terughoudendheid, gebrek aan zelfvertrouwen).

## ONDERZOEK

In verschillende studies is vastgesteld dat de DCPR-clusters geschikter zijn voor het identificeren van psychologische *distress* en een verminderde kwaliteit van leven dan de DSM-IV en ICD-10 criteria. Dat geldt zowel voor patiënten met lichamelijke of functionele stoornissen als voor de algemene bevolking<sup>2</sup>.

In klinische populaties komen DCPR-clusters vaker voor dan stoornissen die de DSM-IV volgen.





Zo vonden Rafanelli e.a.<sup>4</sup> dat twintig procent van de mensen (deelnemers) die een hartrevalidatie ondergaan een DSM-IV-diagnose kregen en dat dertig procent werd geclassificeerd in een DCPR-cluster zonder dat ze een DSM-IV-diagnose hadden.

In een nog niet gepubliceerde, gedeeltelijke replicatiestudie toonde Mangnus<sup>11</sup> - auteur van dit artikel - aan dat op hartpatiënten drie keer zoveel DCPR-classificaties dan DSM-IV classificaties van toepassing waren; vooral *type A*, *type D*, *demoralisatie*, *geïrriteerde stemming* en *alexithymie*

## ZORGVERGOEDING

PS worden in de somatische gezondheidszorg niet systematisch gescreend, deze worden ondergediagnosticeerd. Voor de diagnostiek en behandeling ervan is binnen de DOT-financieringsstructuur in algemene ziekenhuizen geen financiële ruimte. Binnen de dbc's ggz vormen psychologische factoren die somatische aandoeningen beïnvloeden onverzekerde hoofddiagnosen.

In een rapport stelt het ministerie van VWS (10) dat patiënten met *ingrijpende psychosociale problemen als gevolg van somatische aandoeningen* behandeld worden in de geneeskundige GGZ, - in plaats van in de medisch specialistische zorg -, terwijl dat officieel niet de bedoeling is.

Een oplossing die in het rapport wordt voorgesteld is om na te gaan hoe de psychologische zorg beter of meer transparant kan worden ingebed in de DOT-structuur van algemene ziekenhuizen. Naar analogie van de transparantie van de GGZ kan worden onderzocht of DCPR-classificaties een bijdrage kunnen leveren aan een grotere transparantie van de psychosociale zorg in de somatische DOT's.

Daarbij dient te worden opgemerkt dat de DCPR-classificaties, - als specifieke operationalisaties van enkele psychologische factoren die somatische aandoeningen beïnvloeden -, net als DSM-classificaties betrekking hebben op psychische stoornissen; met de DCPR-verfijning in de diagnostiek worden de multifactoriële psychologische invloeden op somatische aandoeningen waarschijnlijk nog onvoldoende in kaart gebracht. Meer wetenschappelijk onderzoek is gewenst. ●

## LITERATUUR

1. Fava, G.A. e.a. (1995). Diagnostic Criteria for use in psychosomatic research. *Psychother Psychosom*, 63, p. 1-8.
2. Porcelli, P., Sonino N. (Ed.) (2007). Psychological Factors Affecting Medical Conditions. A new classification for DSM-5. *Ad. Psychosom Med*, vol. 28. Basel, Karger.
3. Fava, G.A. & Sonino, N. (2009) *Psychosomatic Assessment*, 78, p. 333-341.
4. Rafanelli, C. e.a. (2003). Psychological Assessment in Cardiac Rehabilitation. *Psychother Psychosom*, 72, p. 343-349.
5. Mangnus, P. (2016) *Prevalentie van subklinische psychologische syndromen onder hartpatiënten*. Een gedeeltelijke replicatiestudie. Zorgsaam Ziekenhuis, Terneuzen.
6. Mangnus, P. & de Booi, S. (2010) *Interview met gebruikmaking van de diagnostische criteria voor psychosomatische research (DCPR+)*. Zorgsaam Ziekenhuis, Terneuzen.
7. Denollet J. e.a. (1996) Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. *Lancet*, 347 (8999), p. 417-421.
8. Sirri, L. & Fava, G.A. (2013) *Diagnostic criteria for psychosomatic research and somatic symptom disorders*, *International Review of Psychiatry*, 25(1), p. 19-30.
9. Denollet, J., website type D-onderzoek ([www.tilburguniversity.nl/corps](http://www.tilburguniversity.nl/corps))
10. Werkgroep Ministerie VWS (2015). *Psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen*.
11. Mangnus, P. (2016). *Psychologische factoren van invloed na een hartinfarct en/of dotteren en/of een hartoperatie*. Een breed replicatieonderzoek met het DCPR-interview. (Publicatie in voorbereiding). Terneuzen, 2016.

Drs. P.J.M. Mangnus is als klinisch psycholoog verbonden aan de afdeling Medische Psychologie van Zorgsaam Ziekenhuis en Emergis Regio Zeeuws-Vlaanderen, te Terneuzen. Dit artikel werd op persoonlijke titel geschreven.

De DCPR en het DCPR-interview zijn aangeboden voor het free access-gedeelte van de website van de Landelijke Vereniging van Medisch Psychologen ([www.lvmp.nl](http://www.lvmp.nl)) en zijn vrij verkrijgbaar door een mail te sturen naar: [mangnus@zeelandnet.nl](mailto:mangnus@zeelandnet.nl)

