

Uw ziekteperceptie is de

DSM-5 over de Somatische Symptoom Aandoening (SSD)

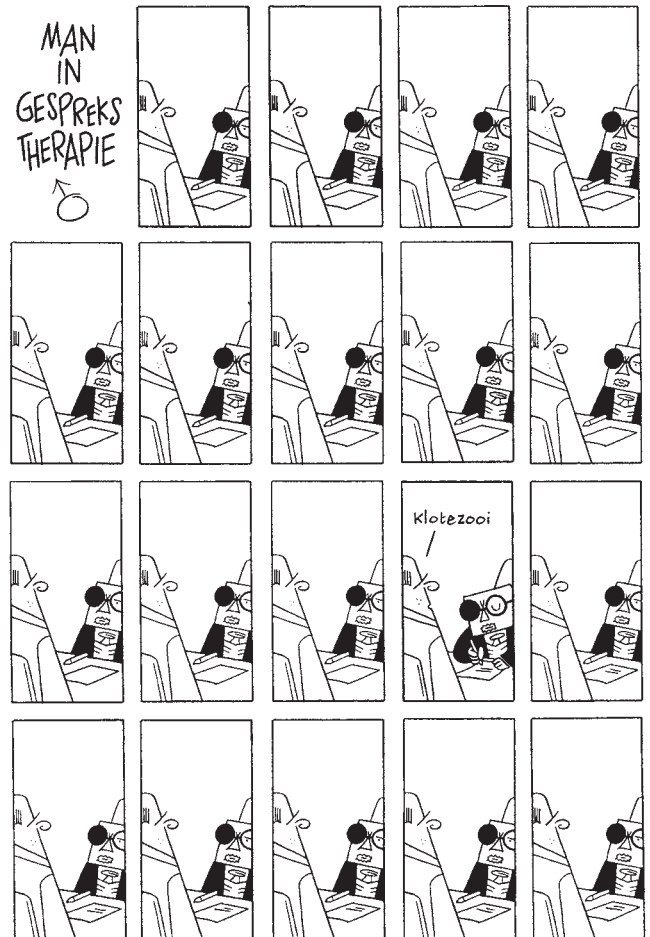
Worden we met z'n allen steeds gekker? In DSM-5, de nieuwe versie van het handboek van de American Psychiatric Association (APA), maken we kennis met een reeks nieuwe, weinig afgebakende stoornissen. Een daarvan is de Somatische Symptoom Aandoening (SSD). Met dit nieuwe label ligt slodderdiagnostiek op de loer.

De APA neemt afscheid van classificaties voor conversie, somatisatie, hypochondrie, Münchhausen by Proxy en de somatoforme pijnstoornis. SSD is het nieuwe label voor alle chronisch zieken die in beslag genomen worden door preoccupaties over hun gezondheid, of die excessief reageren op hun symptomen, zelfs als die een lichamelijke oorzaak hebben zoals bij kanker.

Dit nieuwe diagnostische label komt niet uit de lucht vallen. Vanaf de jaren negentig zien we een opmars van het denken in termen van 'medisch onverklaarde klachten' (MOK). De door de APA gepropageerde 'holistische' benadering geeft ruimte voor 'geruststellend' psychotherapeutisch aanbod voor de (nieuwe) doelgroep patiënten met somatische klachten. Het rubriceren van klachten als medisch onverklaard zet een rem op 'overbodige' aanspraken op uitkeringen en drukt de medische consumptie.

Nieuwe medische ontdekkingen brengen de aanbieders van MOK-therapieën echter voortdurend in verlegenheid. De Britse psychiater Sharpe, een van de bedenkers van SSD, werd lange tijd fel bekritiseerd omwille van zijn nevenfuncties bij een verzekeringsmaatschappij en zijn psy-remedies voor zogenaamd onverklaarde klachten. Onverklaard blijkt namelijk vaak wel degelijk verklaarbaar! Vandaar dat ontevreden patiënten met bijvoorbeeld het Golfoorlogsyndroom, ME, fibromyalgie, het prikkelbare-darmsyndroom etc. aandringen op zorgvuldig (diagnostisch) biomedisch onderzoek.

De APA maakt het met het SSD-label eenvoudig voor huisartsen om verontruste patiënten 'gerust te stellen'. Gemakshalve verschuift de focus van het onverklaarbare karakter van een specifieke 'MOK'-aandoening naar de (op voorhand) verkeerde perceptie van de 'SSD-patiënt'. Een vluchtige impressie is voldoende om het onverifieerbare label op te plakken. Hieronder meer aandacht voor de discutabele consequenties van deze handelwijze.



Tekening Peter de Wit

Hysterisering van klachten

Er zijn niet te onderschatten risico's verbonden aan het doorbreken van de grenzen tussen de somatische geneeskunde en de geestelijke gezondheidszorg. Nuchter beschouwd ontwikkelt iedere specialist – zo ook de biopsychosociaal georiënteerde psychiater – een eigen specialistisch referentiekader. En dat geeft een belangrijke impuls aan de neiging om verschijnselen vanuit dat referentiekader te verklaren en belangrijke (alarm) signalen, die buiten het eigen referentiekader vallen, te missen.

Met name patiënten met moeilijk te behandelen of te diagnosticeren ziektebeelden (whiplash, chronische Lyme, post-q-coorts, ME etc.) krijgen aldus regelmatig te maken met de negatieve consequenties hiervan. Dit geldt meer in het bijzonder voor vrouwen die regelmatig geconfronteerd worden met, zoals Ingrid Baart het benoemde, hysterisering van hun klachten. Bij vrouwen wordt pijn sneller gekwalificeerd als psychosomatisch of als 'niet reëel', zo leert ook het onderzoek van medisch-psychologe Beerthuizen naar het Complex Regionaal Pijnsyndroom

mijne niet!

Een vluchtige impressie is voldoende om het label SSD op te plakken

(CRPS). En vooral vrouwen worden getroffen door moeilijk te diagnosticeren auto-immuunziektes.

Een vermoeden van SSD kan een traumatische impact hebben. Patiënten krijgen te maken met ongeloof en met uitsluiting van medische zorg en sociale voorzieningen. Zo werd de ouders van ME-patiënte Geraldine de voorgedij ontnomen na een beschuldiging van 'ongeoorloofd schoolverzuim'. De vermoeidheidsklachten van Geraldine en haar zusje zouden volgens de instanties voortkomen uit kopeergedrag. Pas na tussenkomst van de rechter kwam er een einde aan de geestelijke mishandeling van het gezin.

Zeer recent overleed het als 'vermoeid' gelabelde 17-jarige Britse meisje Sophia Coldwell aan een zeldzame vorm van leukemie. 'Vage' vermoeidheids- of pijnklachten kunnen immers een voorbode zijn van een (andere) ernstige ziekte. In november 2012 stierf de Nederlandse ME-patiënte Denise de Hoop aan borstkanker. "De artsen hebben mijn tumor te laat ontdekt, doordat ze mij als ME-patiënt niet serieus namen," zo wordt ze aangehaald in het In Memoriam. Niet alleen bij vrouwen maar ook bij vluchtelingen wordt een overdaad aan 'onverklaarde klachten' waargenomen.

Slodderdiagnostiek?

Het label SSD kan paradoxaal gesproken ook onderdiagnose of miskennis van psychiatrische problematiek met zich meebrengen. Denk hierbij aan het voorbijgaan aan een depressie of een burnout. Relevant in die context zijn de ervaringen van de Britse klinisch psycholoog Brennan die met kankerpatiënten werkt. Deze patiënten zijn niet geneigd de omgeving met hun bezorgdheid 'lastig te vallen'. Laat staan dat een ontmoeting met een psychiater – die de bezorgdheid wellicht als een psychiatrische stoornis labelt – voor de hand ligt. Het SSD-stigma kan zo de patiënt ervan weerhouden klachten te melden, die later blijken samen te hangen met de terugkeer van levensgevaarlijke uitzaaiingen.

Wat heeft de 'disproportionele reactie' van kankerpatiënten te maken met Münchhausen by Proxy? Leidt SSD tot slodderdiagnostiek? De Britse psychiater Sykes beschouwt SSD niet eens als een (logische) classificatie voor een psychiatrische aandoening en waarschuwt ook voor de onweerstaanbare verleiding bij psychiaters om psychopathologie bij de patiënt waar te nemen: de *Syrene of psychogenic inference*.

Sykes slaat de spijker op z'n kop. De 'holistisch georiënteerde' MOK-hulpverlener legitimeert zijn geruststellende interventies veelal met een pseudo-wetenschappelijk beroep op de drogreden van de onwetendheid. Het niet-weten kan geen psychosomatisch weten genereren. Als de dokter het – om wat voor reden dan ook – niet weet, dan impliceert dat niet dat de psychiater of stressfysioloog het wel weet.

Buitenlandse protesten

Het label SSD geeft ruimte om zowel gezonden als zieken op basis van een vluchtige impressie als geestesziek te classifi-

ceren. Opmerkelijk genoeg roept dit label in Nederland weinig protest op. Een uitzondering op de regel is wellicht huisarts Ignace Schretlen, die zijn collega's na verschijning van een heuse huisartsenrichtlijn voor SOLK (Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten) opriep tot 'zelfonderzoek'.

In het buitenland is er meer protest tegen het SSD-label. Een reeks van Britse en Amerikaanse patiëntenorganisaties heeft bij de APA bezwaar aangetekend. Groot was de impact van de rijk gedocumenteerde website *DSM-5 revision watch* van Suzy Chapman. De geschrokken APA dwong de criticaster kort geleden tot een naamswijziging. *DSM-5 revision watch* heet sindsdien *DX-revision watch*.

Chapman krijgt steun uit onverwachte hoek. Psychiater Allen Frances, die de grote trekker was van DSM-IV, luidt nu de noodklok over de diagnostische hyperinflatie. De SSD-criteria zijn zo ruim dat zo'n zeven procent van de gezonde populatie in Amerika aan de criteria voldoet. Zo ook één op de zes kankerpatiënten en één op de zes patiënten met een hartinfarct. In het geval van patiënten met fibromyalgie stijgt de kans op een verkeerde diagnose tot één op de vier.

Gevaar van medicalisering

Ook hoogleraar psychologie Kinderman en zijn hooggeleerde geestverwanten van het International DSM-5 Response Committee delen de bezwaren tegen SSD en, breder gesteld, tegen de manier waarop in de DSM met diagnoses wordt omgegaan. Klip en klaar wordt door het Comité gesteld dat het de DSM-5 over de hele linie ontbreekt aan validiteit, betrouwbaarheid en veiligheid. Het Comité is ongerust over de toenemende medicalisering die de komst van DSM-5 met zich meebrengt.

De introductie van de vage nieuwe labels in DSM-5 blokkeert ook de zoektocht naar biomarkers en -verklaringen. Biomarkers die objectivering en zorgvuldige classificatie van klachten mogelijk maken – en ook de zorgen van de patiënt kunnen wegnemen. Vandaar dat ook 's werelds grootste organisatie op het terrein van de ggz, het Amerikaanse National Institute of Mental Health, de DSM-5 labels in eerste instantie als niet valide kwalificeerde.

Bovenstaande fundamentele bezwaren brachten de APA niet tot een koerswijziging. Dimsdale, voorzitter van de SSD-werkgroep van de APA, kwam in reactie op de kritiek van Frances met de volgende mededeling: 'If it doesn't work, we'll fix it in the DSM-5.1 or DSM-6.' Een onderonsje tussen Tom Insel van National Institute of Mental Health en Jeff Lieberman van APA gaf het Instituut kennelijk voldoende reden om DSM-5 – tien dagen na de diskwalificatie – alsnog te betitelen als een waardevol diagnostisch instrument. *Stop the insanity* is in die context een gerechtvaardigde leuze van het eerder genoemde Comité. Geachte heer Dimsdale, uw ziekteperceptie is (ook) de mijne niet.

Rob Arnoldus

Docent/onderzoeker Hogeschool Rotterdam