

PSYCHIATERS POSITIEF, MAAR WAARSCHUWEN OOK VOOR MISBRUIK

‘DSM-5 is geen diagnostische bijbel’

Psychiaters verwelkomen de nieuwe DSM, maar plaatsen wel zo hun kanttekeningen. ‘Wie geen DSM-label heeft, moet niet verstoken blijven van hulp. En omgekeerd geeft een DSM-label niet per se recht op hulp.’

De nieuwe editie van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – de DSM-5 – is voor het eerst in het Nederlands vertaald. Vorige edities verschenen altijd in een beknopte versie. Onder leiding van emeritus hoogleraar psychiatrie Michiel Hengeveld werd de klus geklaard.

Welke veranderingen zijn er ten opzichte van DSM-IV?

Op detailniveau zijn het er veel; te veel om hier op te noemen. In hoofdlijnen vallen de volgende wijzigingen op. Ten eerste: de ‘assen’ zijn verdwenen. Dat betekent bijvoorbeeld dat persoonlijkheidsstoornissen (voorheen op as II) nu zijn opgenomen als één van de categorieën. Ten tweede worden de dimensionele aspecten van psychiatrische stoornissen meer benadrukt in de classificatie. En ten derde zijn er van stoornissen minder subtypes gedefinieerd.

Het heeft er, in tegenstelling tot wat sommige critici vreesden, toe geleid dat er minder stoornissen in DSM-5 staan dan in DSM-IV. Michiel Hengeveld: ‘Je hebt psychiaters die graag diagnostische categorieën samenvoegen en je hebt er die

geneigd zijn steeds kleinere groepen van patiënten te onderscheiden. De eersten hebben gewonnen.’

Heel belangrijk is dat er twee criteria zijn vastgesteld waaraan moet worden voldaan voordat überhaupt een classificatie van toepassing is. Er is pas sprake van een psychische stoornis als de patiënt ‘significante lijdensdruk’ ondervindt en/of ‘significant disfunctioneert’. Dat wordt gemeten met een nieuwe meet-schaal (Whodas-2.0). Overigens, ook de vorige versie van DSM hanteerde zulke criteria, maar daar werd, zegt Hengeveld, ‘nog wel eens tegen gezondigd’.

Is voor elke in het Engels aangeduide stoornis een Nederlands equivalent gevonden?

Oogmerk van het DSM-systeem was om, zoals de Maastrichtse hoogleraar psychiatrische epidemiologie Jim van Os zegt, ‘een esperanto’ van de psychiatrie in het leven te roepen. Dat ‘esperanto’ bleek vooral Engels, preciezer: Amerikaans Engels. Ook de vertaling van de DSM-5 blijft op veel plaatsen dicht bij het Engels. Een paar willekeurige voorbeelden: ‘*disruptive mood dysregulation disorder*’ en ‘*disinhibited social engagement disorder*’

worden in het Nederlands ‘disruptieve stemmingsdisregulatiestoornis’ en ‘ontremd-sociaalcontactstoornis’.

Maar soms stuiten de vertalers op problemen. ‘*Conduct disorder*’ heette in de vorige versie ‘gedragsstoornis’, zegt Hengeveld. ‘Naar ons gevoel was dat een te brede term, omdat we het in de psychiatrie bij voortduring hebben over psychische en gedragsstoornissen. “*Conduct*” betekent in het Engels bovendien ook net iets anders dan “gedrag”. “*Conduct*” heeft te maken met normen. Voor de hand lag dan ook een vertaling als “antisociale gedragsstoornis”, maar dat vonden we een te pejoratieve, stigmatiserende naam. Het is uiteindelijk “normoverschrijdende gedragsstoornis” geworden.’ Verontschuldigd voegt hij eraan toe: ‘Dat was het beste wat we hadden.’

Veel discussie is er ook geweest over de term ‘*distress*’. Hengeveld: ‘In de vorige versie werd “*distress*” nog vertaald als “lijden”. Dat vonden we te zwaar, te religieus beladen ook. Na een stemronde besloten we uiteindelijk tot “lijdensdruk”.’

Er is veel te doen geweest over de vraag of je met DSM-5 een ziekte diagnosticeert of classificeert. Hoe zit dat nu?

Het ontbreken van betrouwbare diagnostiek is nog steeds een van de grote tekortkomingen van de psychiatrie, constateren de auteurs van een hoofdartikel in het Tijdschrift voor Psychiatrie deze maand. En wie had gehoopt dat DSM-5 daarin verandering zou brengen, komt bedrogen



ROBERT VERMEIREN

uit. De DSM was en is een classificatiesysteem. 'Het is geen diagnostische bijbel', benadrukt Michiel Hengeveld. 'Het is een "Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen", zoals de Nederlandse ondertitel luidt. Je hebt

'Elke psychiater moet het in de kast hebben'

het steeds over groepen van patiënten met eenzelfde classificatie. Handig, want daar kun je vervolgens epidemiologisch onderzoek naar doen.'

In zijn recente, kritische boek *De DSM-5 voorbij!* zegt de Maastrichtse hoogleraar en psychiater Jim van Os dat DSM-diagnosen louter 'praktische labels' zijn, 'geen ziekten die bestaan in de natuur'. 'Bovendien zijn er geen twee mensen met hetzelfde DSM-label gelijk: er is zeer veel heterogeniteit binnen dezelfde stoornis.' Een DSM-classificatie onderhoudt dan ook geen eenduidige relatie met de behandelbehoefte van een patiënt en dus met de

indicatie, aldus Hengeveld. Daarvoor is een goede diagnose noodzakelijk en dus kennis van de voorgeschiedenis, aanleg, complicaties, comorbiditeit, prognostische factoren, enzovoort. Maar, zegt hij, de DSM-5 bevat wel degelijk criteria die psychiaters kunnen gebruiken bij het stellen van een diagnose. 'Het is in dat opzicht een state-of-the-art handboek. Ik vind dat elke psychiater het in de kast moet hebben staan.'

Hoe streng de psychiaters ook willen zijn in het onderscheid tussen diagnose en classificatie: betaling van de behandeling door de zorgverzekeraar is afhankelijk van een DSM-classificatie. Een patiënt die bijvoorbeeld door de huisarts binnen de eerste lijn wordt doorverwezen naar de nieuwe basis-ggz moet een stoornis hebben die in de DSM staat. Psychiater en hoogleraar Aartjan Beekman, voorzitter van de vereniging voor psychiatrie NVvP daarover: 'Ik vind het wel redelijk dat de verzekeraar eist dat er een stoornis is. Als een huisarts onzeker is mag hij een psychiater consulteren. Dan hoeft hij nog geen classificatie te hebben. Zo'n consult kent een aparte vergoeding.'

Maar er is dus alleen vergoeding voor patiënten met een DSM-diagnose, pardon: -classificatie?

Ja, momenteel zijn de dbc's in de psychiatrie gekoppeld aan de hoofdgroepen uit de DSM. Het is uiteindelijk aan het Zorginstituut Nederland (voorheen CVZ) en de minister van VWS om te besluiten welke behandelingen voor welke stoornissen in het verzekerde pakket komen. Psychiaters hebben daarin een belangrijke stem, verzekert Beekman van de NVvP. Invoering van de nieuwe DSM zal overigens nog wel wat voeten in de aarde hebben, verwacht hij: misschien duurt het nog wel twee jaar voordat alle administratieve systemen zijn aangepast.

Intussen vindt Hengeveld de komst van DSM-5 'een mooi moment' om nog eens goed na te denken over hoe beslissingen genomen worden over wie wel en wie geen betaalde zorg krijgt. 'Ik vind dat dit niet een-op-een hoeft samen te hangen met een classificatie, maar dat andere factoren

ook belangrijk zijn.’ Zijn collega-hoogleraar Jan Swinkels (AMC): ‘Daarin verschilt de psychiatrie niet van andere delen van de geneeskunde. Geen DSM-label moet niet betekenen dat je verstoken blijft van hulp. En omgekeerd geeft een DSM-label niet per se recht op hulp.’

Zo staat er bijvoorbeeld een nieuwe stoornis bij jonge kinderen in DSM-5: de disruptieve stemmingsdisregulatiestoornis. Deze kinderen zijn chronisch kwaad, boos en geïrriteerd. ‘Kinderpsychiaters vragen zich sterk af of ze dat überhaupt moeten diagnosticeren’, weet Hengeveld. ‘De stoornis is door Amerikaanse psychiaters in het leven geroepen ter vervanging van de diagnose bipolaire stoornis, die nogal wat kinderen in de VS kregen. In Nederland zien kinderspsychiaters echter nooit bipolaire stoornissen onder de 12 jaar. We kunnen best afspreken die nieuwe classificatie niet te gebruiken. Dan komt zo’n diagnose bij het Zorginstituut op de zwarte lijst en worden diagnose en behandeling niet vergoed.’

Psychiaters zouden meer vanuit symptoom-dimensies en minder vanuit de rigide categorieën moeten diagnosticeren, luidt de kritiek. Komt DSM-5 daaraan tegemoet?

Het geeft een voorzichtige aanzet in die richting. Maar het feit dat er verschillende initiatieven bestaan om de huidige diagnostiek te hervormen duidt er al op dat we er nog lang niet zijn. Zo ontwikkelt hoogleraar Jim van Os ‘vragende diagnostiek’. In *De DSM-5 voorbij!* noemt hij DSM ‘een cultureel fenomeen op zijn laatste been’. Psychische syndromen kun je net als hypertensie dimensioneel uitdrukken, stelt hij. Het verschil is alleen dat je niet te maken hebt met een enkele variabele (bloeddruk) maar met een veelheid aan symptomen. Het is volgens hem de makke van de categoriale diagnostiek dat je wel weet aan welke criteria een patiënt moet voldoen om een ziekte gediagnosticeerd te krijgen, maar dat er zelden criteria zijn om weer van de diagnose af te komen. Van Os wil dat de patiënt – ook in acute crisis – met ‘een bescheiden, vragend-belangstellende houding tegemoet wordt

PRAKTIJKPERIKEL

GEACHTE COLLEGA,

Dit is een tweede verwijsbrief voor mevrouw T., in verband met de noodzaak tot nog een verwijsbrief na een second opinion bij u. Voor deze second opinion heeft u reeds in mei alle gegevens van de behandelend orthopeed gekregen. De orthopeed weigerde echter ook een verwijsbrief te schrijven, hetgeen ik toen maar heb gedaan. Naar aanleiding van de second opinion bij u, hebt u met de patiënt besloten te gaan behandelen. Hiervoor wil de verzekeraar dus nu ook nog een verwijsbrief. Zucht. Dit is ‘m.

met vriendelijke groet,
de huisarts

Heeft u ook een perikel?
Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl

‘Zoals we niet
onze cellen zijn,
zo zijn we ook
niet ons brein’

getreden en niet met een hoofd vol halve kennis over DSM-hersenziekten’.

In de VS wordt voor wetenschappelijk onderzoek een nieuw classificatiesysteem ontwikkeld door het National Institute of Mental Health (NIMH). Ook dat moet meer tegemoetkomen aan het dimensionele karakter van psychiatrische stoornissen. Het idee is dat onderzoek voortaan niet alleen potentieel effectieve behandelingen moet opleveren, maar ook informatie verschaft over het neurobiologische substraat van de psychiatrische stoornis. Jan Swinkels: ‘Misschien kunnen we zo ooit een andere indeling van psychiatrische ziekten maken. Wetenschappers die met dat voor ogen gedreven neurobiologisch onderzoek willen doen, die hebben we nodig. Maar we moeten oppassen voor “dehumaniserend reductionisme”. Ik bedoel: zoals we niet onze moleculen en onze cellen zijn, zo zijn we ook niet ons

brein. We moeten oude schoenen niet weggooien voordat we nieuwe hebben. Als je de DSM afschaft, schaf je het “medische” van de psychiatrie af.’ Hij verwacht niet dat er nog een DSM-6 komt, ‘wel een 5.1, 5.2, et cetera.’ ‘En als er een 6 komt, dan zal die fundamenteel anders zijn. Maar dat kan best nog honderd jaar duren.’ ■

BOEKEN EN SITES

De DSM-5 is in verschillende versies (hardcover, paperback, en als ‘beknopt overzicht’) te koop via uitgeverij Boom. Alle informatie daarover is te vinden op: dsm-5-nl.org. Via deze site zijn ook ‘whitepapers’ over de nieuwe systematiek gratis te downloaden.

Het laatste nummer van het Tijdschrift voor Psychiatrie is geheel gewijd aan DSM-5 en vrij te downloaden: tijdschriftvoorpsychiatrie.nl.

Het boek van Jim van Os, *De DSM-5 voorbij!*, Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ, verscheen bij de nieuwe uitgeverij Diagnosis Uitgevers en kost 30 euro. Daarover volgende week meer in de rubriek Media & Cultuur.