

Psychiatrische diagnostiek, het ‘Culturele Interview’ en de DSM-5

J.G.B.M. ROHLOF

De Jong (2012) behandelt in zijn essay over de DSM-5 en cultuur belangrijke zaken. Het classificatiesysteem van de DSM is het belangrijkste diagnostische systeem dat de psychiatrie momenteel heeft, hoewel in veel landen de ICD-10 nog wordt omarmd. De DSM is voor een deel gebouwd op drijfzand. Weliswaar zijn er vóór de invoering van de DSM-IV veel veldonderzoeken verricht, maar die waren voornamelijk gefocust op validering van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Deze factor is vooral van belang om onderzoeken over ziektebeelden met elkaar te vergelijken.

Aan de criteria voor valide syndromen (Kendell & Jablensky 2003) kan bij veel DSM-categorieën moeilijk voldaan worden. Vooral angst- en depressiesyndromen hebben een grote overlap en lijken meer gemeen te hebben dan dat ze gescheiden kunnen worden. Ze wijzen mogelijk naar een algemeen syndroom van emotionele ontregeling.

Nieuwe dsm, nieuwe mogelijkheden? Een nieuwe editie van de DSM biedt mogelijkheden om nieuwe bevindingen van de neurowetenschappen en het dimensionele diagnosticeren te includeren. Ook is er een grote roep vanuit psychiatrische kringen om de DSM nu te hervormen. De American Psychiatric Association (APA) heeft zich vastgelegd om de DSM-5 volgend voorjaar tijdens de jaarvergadering klaar te hebben. Inmiddels heeft het Amerikaanse National Institute for Mental Health (NIMH) zijn steun voor de DSM-5 ingetrokken, juist omdat het nog niet goed mogelijk bleek duidelijke criteria vanuit de neurowetenschappen vast te leggen voor de nieuwe syndromen. De genetica en de neurobiologie

zijn duidelijk nog niet zo ver en de vraag is zelfs of ze de komende eeuw zover zullen komen.

Roomser dan de paus? Het is ook de vraag of we dergelijke strenge normen wel moeten hanteren in de psychiatrie. Diagnoses zijn ook in de rest van de geneeskunde vaak niet meer dan afspraken die artsen gezamenlijk maken over wat nog normaal is en wat pathologisch. De Jong noemt zelf het voorbeeld van hypertensie bij zijn oproep tot meer dimensionale diagnostiek in de psychiatrie. Juist hypertensie is als syndroom echter een voorbeeld van een duidelijke afspraak tussen artsen. Aangezien de meeste vormen van hypertensie essentieel zijn, dus geen duidelijke pathogenese hebben, heeft men afgesproken om een diastolische bloeddruk boven een bepaalde waarde als hypertensie te beschouwen en daarvoor behandeling te adviseren. Datzelfde geldt voor veel andere ziekten en risicofactoren, zoals diabetes, obesitas en hypercholesterolemie. Zouden psychiaters niet roomser dan de paus zijn als ze strenge normen eisen voor hun diagnostische systeem, terwijl die in de rest van de geneeskunde vaak niet worden gehanteerd?

Wanneer behandelen? De behandeling van hypertensie, diabetes of hypercholesterolemie heeft de bevolking duidelijk voordelen gebracht: minder kans op hartfalen, blindheid of vaatlijden; een langer en gezonder leven dus. De behandeling van depressies, angststoornissen of psychosen heeft eveneens positieve gevolgen: minder kans op suïcides, minder levensdelicten of minder eenzaamheid; ook een langer en gezonder

leven dus. Echter, er is een grote behoefte bij zowel artsen als financiers van de gezondheidszorg om af te kunnen bakenen welke beelden behandeld dienen te worden en welke geen gevaar betekenen voor de volksgezondheid. De inzet van artsen, paramedici, medicijnen en hulpmiddelen dient immers efficiënt en effectief te zijn. Vandaar dat het instellen van drempels erg belangrijk is. Het recente pleidooi om de diagnose depressie volgens DSM-criteria duidelijk te stellen alvorens met antidepressiva te starten is daarvan een praktijkvoorbeeld (NHG 2012).

Culturele factoren De Jong heeft een belangrijk punt als hij stelt dat de criteria van de DSM niet voor alle populaties in de hele wereld dezelfde kunnen zijn. Heeft het wel zin om een posttraumatische stressstoornis (PTSS) vast te stellen bij de inwoners van een Afrikaans land die pas ontsnapt zijn aan een gruwelijke burgeroorlog? Welk doel zou het dienen als vast komt te staan dat 80% van de bevolking een PTSS heeft als er geen mogelijkheden zijn om een dergelijke grote groep te behandelen en er ook nog andere prioriteiten zijn, zoals de opbouw van een samenleving? Heeft het vaststellen van een depressie volgens DSM-criteria zin bij een groep die een hongersnood nabij is? Zijn er dan ook geen andere maatregelen nodig? In deze situaties, in deze landen, gaat het om gezondheidspolitieke vragen: welke inzet van middelen geeft bij welke groepen het beste gezondheidsresultaat? Overigens wordt er de laatste jaren voor gepleit de psychiatrische problemen daarbij te betrekken: een gedemoraliseerde persoon zal ook niet actief worden. Echter, in een andere verhouding, met meer beschikbaarheid van middelen in een rijkere samenleving, geldt ditzelfde ook voor westerse landen.

Drietrapsraket De oplossing die De Jong biedt, bestaat uit een drietrapsraket: de culturele formulering, een dimensionele benadering van persoonlijkheidsstoornissen, en verdere dimensionele diagnostiek. Tegen dimensionele diag-

nostiek valt weinig in te brengen, maar of deze psychiaters en financiers verder helpt met de vraag welke beelden wel en welke niet behandeld dienen te worden is discutabel. Er dient een duidelijke drempel te zijn bij de verschillende symptomclusters: maar zijn we dan weer niet terug bij de DSM?

De culturele formulering biedt veel mogelijkheden om een betere band te krijgen tussen patiënten en behandelaren (Rohlof e.a. 2010). Patiënten worden uitgenodigd te vertellen over wat zij zien als de essentie en de oorzaak van hun klachten, en over achtergronden, stressoren en steun. Het ontwikkelen van een gestandaardiseerd interview, het *Cultural Formulation Interview*, is daarbij een logische stap. Het is de bedoeling dat dit korte interview, dat gemiddeld 15 minuten in beslag zou nemen, ook in de DSM-5 wordt opgenomen. Op het moment worden naar aanleiding van de veldonderzoeken, die ook in Nederland hebben plaatsgevonden, de laatste wijzigingen aan het interview aangebracht. Naast het interview komen er aanvullingen voor speciale populaties zoals kinderen, ouderen en migranten en voor een verdere bestudering van bijvoorbeeld culturele identiteit en hulpbronnen.

Conclusie Naar mijn mening kan een cultureel interview niet de diagnostiek volgens de DSM geheel vervangen. Voor de communicatie tussen psychiaters, voor de vergelijking van behandelingen, voor epidemiologie en voor de keuzen in de gezondheidspolitiek zal het belangrijk blijven om diagnostiek en classificatie volgens de DSM te blijven toepassen. Al is het systeem zelf nog zo gebrekkig en gebaseerd op nog zo weinig fundamentele kennis, het is wel het systeem dat een groot aantal psychiaters met elkaar hebben afgesproken en waar hun huidige kennis op gebaseerd is. Een DSM-5 die niet teveel gaat afwijken van de vorige versie is in feite dan ook een zegen, omdat veel kennis die gebaseerd is op de DSM-IV anders verloren zou kunnen gaan of op zijn minst opnieuw geïnterpreteerd moet worden.

LITERATUUR

- Jong JTVM de. DSM-5 en cultuur. Tijdschr Psychiatr 2012; 54: 807-18.
- Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. Am J Psychiatry 2003; 160: 4-12.
- Nederlands Huisartsen Genootschap. Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts en Wetenschap 2012; 6: 252-9.
- Rohlof H, Groen S, van Dijk R, Starman R. Cultural formulation of diagnosis. Onderzoek en implementatie van een cultuursensitief instrument. Cultuur, Migratie, Gezondheid 2010; 7: 76-87.

AUTEUR

HANS ROHLOF is psychiater, Centrum '45, Oegstgeest.
Correspondentieadres: Hans Rohlof, Centrum '45, Rijnzichtweg
35, 2342 AX Oegstgeest.
E-mail: h.rohlof@centrum45.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 17-7-2012.

TITLE IN ENGLISH Psychiatric diagnostics, the 'Cultural Interview' and DSM-5