

Multipele, ‘fout-positieve’ diagnoses bij patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen; effect van interferentie tussen verschillende diagnostische modellen

J.P. GLASER

ACHTERGROND Op basis van klinische ervaringen constateer ik dat dossiers van patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) niet zelden multipele psychiatrische DSM-diagnosen laten zien. Overdiagnostiek in de vorm van multipele, fout-positieve diagnoses leidt bij patiënten tot verwarring (‘Heb ik nu autisme of schizofrenie?’), werkt incorrecte behandelindicatiestellingen in de hand en leidt tot stigmatisering. De opkomst van dimensionele diagnostiek naast categoriale diagnostiek van de DSM kan beschouwd worden als een risicofactor voor multipele, fout-positieve DSM-diagnosestellingen.

DOEL Inzicht verschaffen in mechanismen die de hypothese onderbouwen dat dimensionele diagnostiek de kans op multipele, fout-positieve DSM-diagnosestellingen verhoogt.

METHODE Op basis van een klinisch-wetenschappelijke analyse van de principes en toepassing van categoriale DSM-diagnostiek en dimensionele diagnostiek ingaan op factoren die de hypothese onderbouwen dat dimensionele diagnostiek de kans op multipele, fout-positieve DSM-diagnosestellingen verhoogt.

RESULTATEN Toepassing van de principes van dimensionele diagnostiek op categoriale DSM-diagnostiek verhoogt de kans op multipele, fout-positieve DSM-diagnosestellingen.

CONCLUSIE Ter preventie van multipele, fout-positieve DSM-diagnosestellingen is het van cruciaal belang dat de principes van dimensionele diagnostiek niet worden toegepast op categoriale DSM-diagnostiek.

TIJDSCRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)11, 737-742

TREFWOORDEN diagnostiek, dimensies, DSM-5



ARTIKEL



De diagnostische ontwikkelingen van de afgelopen decennia laten zien dat ziektegedrag steeds vaker vanuit verschillende invalshoeken onderzocht en benaderd wordt (Bakker e.a. 2013; van Praag e.a. 2004). Naast categoriale diagnostiek waarop het DSM-systeem is gebaseerd, is onderzoek naar symptoomdimensies, dimensionele diagnostiek genoemd, sterk in opmars (Bakker e.a. 2013; van Os e.a. 2013). De invloed van dimensionele diagnostiek is voor

mij goed merkbaar in de klinische praktijk. Ik neem waar dat termen zoals ‘dimensie’, ‘spectrum’ en ‘continuüm’ in toenemende mate door collega klinici worden gehanteerd. In de recent verschenen DSM-5 wordt dimensionele diagnostiek beschreven in sectie III, die handelt over in ontwikkeling zijnde diagnostische methodieken en modellen die kans maken op implementatie in toekomstige DSM-versies (American Psychiatric Association 2013). Hoewel dimen-

sionele diagnostiek een waardevolle aanvulling lijkt op categoriale DSM-diagnostiek (van Praag e.a. 2004), wordt ook gewaarschuwd voor het gevaar van overdiagnostiek in de vorm van fout-positieve DSM-diagnosen, door de invloed van dimensionele diagnostiek (Frances 2009).

Ook valt het mij op dat patiënten steeds vaker in verwarring zijn over de veelheid aan (DSM-)diagnosen die bij hen is gesteld. Niet zelden stel ik vast dat dossiers van patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) verwijzen naar meerdere diagnosen zoals autismespectrumstoornis (ASS), schizofrenie, AD(H)D, afhankelijkheid van middelen en persoonlijkheidsstoornissen. Risico op stigmatisering is een effect dat voortvloeit uit meerdere diagnosestellingen (Kite e.a. 2013; Pescosolido e.a. 2010).

Meerdere, fout-positieve diagnosen compliceren bovendien het behandelbeleid daar verschillende diagnosen, verschillende en soms tegenstrijdige behandelrichtlijnen kennen (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ 2013; National Institute for Health and Clinical Excellence 2012). Psychotherapeutische motivering voor geleidelijke blootstelling aan belastende sociale prikkels kan bijvoorbeeld een geïndiceerd beleid zijn voor sociaal fobische patiënten met een ontwijpende persoonlijkheidsstoornis, terwijl vermijding van deze situaties het advies kan zijn wanneer de sociale belasting door de bril van een autistische kwetsbaarheid wordt gezien. Fout-positieve diagnosestellingen kunnen tevens leiden tot onnodige, incorrecte instellingen op psychofarmaca, maar ook tot onthouding van het voor de patiënt juiste medicament.

In dit essay beschrijf ik op basis van een klinisch-wetenschappelijke analyse de mechanismen die de hypothese onderbouwen dat dimensionele diagnostiek de kans op meerdere, fout-positieve diagnosen bij patiënten met EPA verhoogt.

CATEGORIALE VERSUS DIMENSIONELE DIAGNOSTIEK

Categoriale DSM-diagnostiek

Het categoriale DSM-systeem is gebaseerd op de classificatie van symptoomclusters (syndromen, symptoomcomplexen), dit wil zeggen ziektebeelden gedefinieerd op basis van symptomen die voorkomen in onderlinge samenhang (American Psychiatric Association 2013). Het DSM-systeem is gericht op de onderlinge afbakening (classificatie) van ziektebeelden met het principe van een minimale symptoomdrempel (minimaal aantal symptomen) op basis waarvan 'al dan niet' van een ziektebeeld gesproken wordt.

Het DSM-systeem doet een sterk beroep op de differentiaal-diagnostische vaardigheden van de diagnosticus. Systema-

AUTEUR

JEAN-PAUL GLASER, psychiater, Emergis, Goes.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. J.P. Glaser, Emergis; Postbus 253, 4460 AR Goes.

E-mail: glaser@emergis.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 15-5-2014.

tisch moet deze uitsluiten dat gedrag passend bij een bepaald ziektebeeld voortvloeit uit een andere aandoening of stoornis. Zo kan de diagnose syndroom van Asperger volgens de DSM-IV alleen gesteld worden wanneer er niet voldaan wordt aan de criteria van schizofrenie. De diagnose persoonlijkheidsstoornis kan ook in de DSM-5 alleen dan gesteld worden wanneer het duurzame gedragspatroon niet voortvloeit uit een andere psychische stoornis. Hoewel de uitsluitingsclausules een rem plaatsen op het ontstaan van meerdere diagnosen, vragen deze om duidingen die nog onvoldoende wetenschappelijk te bewijzen zijn daar de (bio)pathogenese en daarmee de onderlinge differentiatie van ernstige psychiatrische aandoeningen onvoldoende opgehelderd zijn (Kapur e.a. 2012). Risico op incorrecte diagnosestellingen met negatieve gevolgen voor de (diagnosespecifieke) behandeling blijft hierdoor aanwezig.

De opstellers van de DSM-5 onderkennen de beperkingen van categoriale diagnostiek en spreken zich op basis van wetenschappelijke ontwikkelingen uit voor onderzoek naar mogelijkheden voor (aanvullende) implementatie van dimensionele diagnostiek (American Psychiatric Association 2013; Bakker e.a. 2013). Ondanks de duidelijke oriëntatie op dimensionele diagnostiek blijft de DSM-5 een classificerend systeem met inherent hieraan de focus op (differentiaal-diagnostische) uitsluiting van fout-positieve diagnosen. Het begrip 'fout-positieve diagnose' is onvermijdelijk bij hantering van een op classificatie berustend diagnostisch model dat niet honderd procent specifiek is.

Dimensionele diagnostiek

Dimensionele diagnostiek splitst symptoomclusters (ziektebeelden) op basis van symptomen of onderliggende symptoomdimensies (Bakker e.a. 2013; van Praag e.a. 2004). Een symptoomdimensie is een verzameling van gedragingen/symptomen die terug te voeren is op een onderliggend basiskenmerk. Symptomen van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis zoals 'affectieve instabiliteit', 'moeite boosheid te beheersen' en 'chronische gevoelens van leegte' kunnen bijvoorbeeld gezien worden als repre-

sentanten van de symptoomdimensie *affect* (Paris 2005). Symptomen en symptoomdimensies verwijzen vaak naar mentale functies (van Praag e.a. 2004). Het symptoom ‘hallucinaties’ verwijst in dit kader naar een stoornis in de mentale functie ‘waarneming’.

Dimensionele diagnostiek werkt niet volgens het ‘alles-of-nietsprincipe’ van een minimale symptoomdrempel. Op een continue schaal van 0 tot 10 kan bij eenieder onderzocht worden hoe het gesteld is met zijn angstniveau, stemming, realiteitsbesef, executief functioneren en *theory of mind* (TOM). Symptoomdimensies zijn specifiek, niet voorbehouden aan bepaalde ziektebeelden (Bakker e.a. 2013; van Os e.a. 2013) en hebben een verdeling in de algemene bevolking (Stefanis e.a. 2002). In de DSM-5 spreekt men over ‘cross-cutting’ (diagnoseoverstijgende) symptomen. Hoewel talrijke symptomen en symptoomdimensies formuleerbaar zijn, is in de DSM-5 voor volwassenen een lijst opgenomen van 13 cross-cutting symptomen die worden gezien als cruciale domeinen op het gebied van psychiatrische aandoeningen (zie **TABEL 1**). De validiteit ervan is focus van nader wetenschappelijk onderzoek.

Behandeling

Dimensionele diagnostiek maakt het mogelijk mensen te beschrijven op basis van een symptoomprofiel. Op basis van een dergelijk profiel kan een behandelplan gemaakt worden waarbij symptomen of symptoomdimensies het uitgangspunt zijn en niet het DSM-ziektebeeld (Bakker e.a. 2013; van Os e.a. 2013).

Een innovatieve toepassing van op symptoom(dimensies) gebaseerde diagnostiek is ontwikkeld vanuit het Maas-tricht UMC+ (Myin-Germeys e.a. 2009; 2011; van Os 2014). Middels een hand-held computer (een applicatie voor een mobiele telefoon), de PsyMate, worden op willekeurige momenten in het dagelijks leven de *subjectieve* beleving (symptomen) en contextvariabelen van patiënten gemeten (Myin-Germeys e.a. 2011). De informatie wordt door de patiënt zelf verstrekt door het invullen van vragen die door de PsyMate worden gesteld.

Deze applicatie maakt het mogelijk om op individueel niveau de variabiliteit van symptomen te meten en tevens de (tijds)relatie te onderzoeken tussen symptomen onderling en contextvariabelen in het natuurlijk beloop van alledag. De interactie tussen verschillende symptomen wordt hierdoor inzichtelijk. De methode biedt de mogelijkheid om een behandeling af te stemmen op basis van een persoonlijk symptoom- en contextprofiel dat door de PsyMate als een diagnostische ‘film’ is vastgelegd (McGorry & van Os 2013).

Symptoom(dimensie) en (bio)pathogenese

Dimensionele diagnostiek wordt gezien als een veelbelovende strategie ter verheldering van de biopathogenese van psychiatrische aandoeningen (Kapur e.a. 2012; van Praag e.a. 2004). De gedachte is dat de biopathogenese van een symptoom of symptoomdimensie, bijvoorbeeld hallucinaties, wetenschappelijk meer valide te onderzoeken en beter te herleiden is, dan de biopathogenese van een breed symptomencomplex zoals schizofrenie (positieve, negatieve en cognitieve symptomen) (Insel e.a. 2010; van Praag e.a. 2004).

De vraag is in hoeverre deze veronderstelling correct is. Dimensionele diagnostiek berust op taal en gaat uit van talige typering van symptomen. Bij vooralsnog onvoldoende mogelijkheden om menselijk beleven op neurobiologisch (circuit)niveau gedifferentieerd ‘uit te lezen’ (‘het brein vertelt ons wat er fenomenologisch gaande is’), is de hypothese aantrekkelijk dat verschillende symptoomformuleringen staan voor verschillende (bio)pathogenesen (Bakker e.a. 2013; Kapur e.a. 2012; van Praag e.a. 2004). Een dergelijke veronderstelling is echter niet per se correct. Symptomen kunnen op taalniveau nauw en specifiek omschreven zijn en toch verwijzen naar een pluriformiteit aan biopathogenetische mechanismen. ‘In zichzelf gekeerd gedrag’ kan een aangeboren autistische beperking betreffen, maar kan ook het gevolg zijn van traumatisering, hetgeen in cruciale mate uitmaakt voor de (diagnosespecifieke) behandeling van het symptoom (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ 2013; National Institute for Health and Clinical Excellence 2012).

TABEL 1 Diagnoseoverstijgende symptomen (cross-cutting symptoms) volgens DSM-5

Nr.	Diagnoseoverstijgend symptoom
I.	Depressie
II.	Boosheid
III.	Manie
IV.	Angst
V.	Somatische symptomen
VI.	Suïcidale ideatie
VII.	Psychose
VIII.	Slaapproblemen
IX.	Geheugen
X.	Repetitieve gedachten en gedragingen
XI.	Dissociatie
XII.	Persoonlijkheidsfunctioneren
XIII.	Middelengebruik

In de Verenigde Staten heeft het National Institute of Mental Health deze kwetsbaarheid opgepakt door in 2009 het project Research Domain Criteria (RDoC-project) te installeren dat vertrekt vanuit de neurobiologie en niet het symptoom, en zich uitsluitend richt op onderzoek naar op biologische mechanismen gebaseerde *observeerbare* symptomen en gedrag (Cuthbert & Insel 2013). Daar mentaal functioneren slechts ten dele te vangen is in eenduidig observeerbaar gedrag, is het moeilijk voorstelbaar dat neurobiologisch onderzoek (ooit) om taal heen zal kunnen om betekenis te geven aan complexe neuronale circuits en netwerken verantwoordelijk voor menselijk beleven (Bakker e.a. 2013).

Symptomtypering

Symptomen kunnen tevens moeilijk te kaderen (stereotypie of dwanghandeling?) of te duiden zijn (wanneer is iets een abnormale, beperkte interesse?) waardoor de keuze van de duiding wordt bepaald in *'the eye of the diagnostic beholder'*. Dit kan ertoe leiden dat bijvoorbeeld dwang systematisch wordt getypeerd als stereotypie, hetgeen kan resulteren in de onthouding van een op dwang gerichte behandeling.

We kunnen concluderen dat dimensionele diagnostiek, zowel op het vlak van de symptomtypering als op het niveau van verwijzing naar onderliggend (bio)pathogenetisch mechanisme, specificiteitsbeperkingen kent en daarmee, evenals de DSM, niet gevrijwaard is van het risico op incorrecte behandelindicatiestellingen. De toekomst zal moeten uitwijzen in hoeverre nieuwe, innovatieve ontwikkelingen op het gebied van dimensionele diagnostiek zoals gepersonaliseerde symptoom(dimensie)diagnostiek (van Os 2014) en de mechanisme-gerichte benadering van het RDoC-project (Cuthbert & Insel 2013) zich hebben losgemaakt van deze kwetsbaarheden.

HET PROBLEEM VAN MULTÍPELE, FOUT-POSITIEVE DIAGNOSEN

Hoewel categoriale DSM-diagnostiek en dimensionele diagnostiek beide specificiteitsbeperkingen kennen en daardoor kunnen leiden tot fout-positieve duidingen, lijkt het risico op multípele, fout-positieve diagnoses voort te vloeien uit de toepassing van de principes van dimensionele diagnostiek op categoriale DSM-diagnostiek. Symptoomdimensies die volgens de principes van de dimensionele diagnostiek losstaan van DSM-ziektebeelden lopen in de klinische praktijk het gevaar toch hieraan te worden gekoppeld. Een stoornis in de TOM wordt ondanks de aspecificiteit van dit symptoom (Bora e.a. 2009; Sayin e.a. 2010; Wolf e.a. 2010) toch gelinkt aan het ziektebeeld ASS. Parallel aan het gevaar voor deze (incorrecte) koppeling van symptoomdimensies aan specifieke ziektebeelden,

bestaat het risico dat de principes van dimensionele diagnostiek 'overwaaien' naar categoriale DSM-diagnostiek. Een minimale symptoomdrempel en differentiaaldiagnostische uitsluitingsclausules die maken dat verschillende ziektebeelden in het kader van categoriale DSM-diagnostiek niet samen voorkomen, lopen het gevaar te vervagen door de interferentie met de principes van dimensionele diagnostiek zoals aspecificiteit (geen uitsluitingsclausules) en continuïteit (geen minimale symptoomdrempel).

Het gevolg is dat een beperkt aantal symptomen voldoende reden wordt om van een DSM-ziektebeeld te spreken. Zo wordt een stoornis in de TOM in combinatie met een beperkte sociale wederkerigheid voldoende reden om van ASS te spreken, al dan niet met een op symptoomaantal gebaseerde specificatie licht, matig of 'een beetje'. Bestaande diagnoses (schizofrenie, borderlinepersoonlijkheidsstoornis, bipolaire stoornis) worden vanuit dimensioneel perspectief dat gevrijwaard is van differentiaaldiagnostische uitsluitingen gemakkelijk aangevuld met ziektebeelden, al dan niet gedefinieerd op basis van een beperkt aantal symptomen.

De consequentie van dit alles kan zijn dat patiënten zich omschrijven als 'wandelende DSM's' en dat patiënten noch klinici meer weten waar ze aan toe zijn, dan wel een diagnose 'kiezen' waar zij zich het best bij voelen.

CONCLUSIE

Multipele, 'fout-positieve' diagnoses bij patiënten met EPA lijken voort te vloeien uit de toepassing van de principes van dimensionele diagnostiek (symptoomdimensies zijn diagnoseoverstijgend, komen naast elkaar voor, representeren een continuüm en hebben geen wederzijdse exclusie en minimale symptoomdrempel) op categoriale DSM-diagnostiek. Wanneer categoriale DSM-diagnostiek wordt toegepast zonder de hierbij behorende principes van een minimale symptoomdrempel en differentiaaldiagnostische uitsluiting van ziektebeelden, dan verhoogt dit niet alleen de kans op fout-positieve (DSM-)diagnosen, maar ook op multípele (DSM-)diagnosestellingen.

De gevolgen zijn patiënten die niet meer weten waar ze aan toe zijn, onduidelijkheid voor klinici die een behandeling moeten indiceren en potentieel schadelijke effecten voor de patiënt als gevolg van het risico op incorrecte diagnosespecifieke behandelindicatiestellingen en stigmatisering. Hoewel dimensionele diagnostiek een veelbelovende aanvulling lijkt op categoriale DSM-diagnostiek, is het van cruciaal belang dat de principes van dimensionele diagnostiek niet worden toegepast op categoriale DSM-diagnostiek.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (5de editie). Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
- Bakker PR, Wichers M, van Harten PN, Myin-Germeys I, Delespaul P, van Os J. Novel directions for psychiatric diagnosis: From psychopathology to motor function to monitoring technology. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2013; 22: 289-95.
- Bora E, Yucel M, Pantelis C. Theory of mind impairment in schizophrenia: Meta-analysis. *Schizophr Res* 2009; 109: 1-9.
- Cuthbert BN, Insel TR. Toward the future of psychiatric diagnosis: The seven pillars of RDoC. *BMC Med* 2013; 11: 126.
- Frances A. Whither DSM-V? *Br J Psychiatry* 2009; 195: 391-2.
- Insel T, Cuthbert B, Garvey M, Heinssen R, Pine DS, Quinn K, e.a. Research domain criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am J Psychiatry* 2010; 167: 748-51.
- Kapur S, Phillips AG, Insel TR. Why has it taken so long for biological psychiatry to develop clinical tests and what to do about it? *Mol Psychiatry* 2012; 17: 1174-9.
- Kite DM, Gullifer J, Tyson GA. Views on the diagnostic labels of autism and Asperger's disorder and the proposed changes in the DSM. *J Autism Dev Disord* 2013; 43: 1692-700.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen. (3de ed.). Utrecht: Trimbos-instituut; 2013. <http://www.ggzrichtlijnen.nl>
- McGorry P, van Os J. Redeeming diagnosis in psychiatry: Timing versus specificity. *Lancet* 2013; 381: 343-5.
- Myin-Germeys I, Birchwood M, Kwapil T. From environment to therapy in psychosis: A real-world momentary assessment approach. *Schizophr Bull* 2011; 37: 244-7.
- Myin-Germeys I, Oorschot M, Collip D, Lataster J, Delespaul P, van Os J. Experience sampling research in psychopathology: Opening the black box of daily life. *Psychol Med* 2009; 39: 1533-47.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Autism: Recognition, referral, diagnosis and management of adults on the autism spectrum. Clinical guideline 142; 2012. <http://guidance.nice.org.uk//CG142>
- Os J van. De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe ggz. Leusden: Diagnosis; 2014.
- Os J van, Delespaul P, Wigman J, Myin-Germeys I, Wichers M. Psychiatry beyond labels: Introducing contextual precision diagnosis across stages of psychopathology. *Psychol Med* 2013; 43: 1563-7.
- Paris J. Borderline personality disorder. *CMAJ* 2005; 172: 1579-83.
- Pescosolido BA, Martin JK, Long JS, Medina TR, Phelan JC, Link BG. 'A disease like any other'? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *Am J Psychiatry* 2010; 167: 1321-30.
- Praag HM van, van Os J, de Kloet ER. Stress, the brain and depression: Cambridge University Press; 2004.
- Sayin A, Oral N, Utku C, Baysak E, Candansayar S. Theory of mind in obsessive-compulsive disorder: Comparison with healthy controls. *Eur Psychiatry* 2010; 25: 116-22.
- Stefanis NC, Hanssen M, Smirnis NK, Avramopoulos DA, Evdokimidis IK, Stefanis CN, e.a. Evidence that three dimensions of psychosis have a distribution in the general population. *Psychol Med* 2002; 32: 347-58.
- Wolf F, Brune M, Assion HJ. Theory of mind and neurocognitive functioning in patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2010; 12: 657-66.

SUMMARY

Multiple, 'false positive' diagnoses in patients with severe mental illness; interference-effect between different diagnostic models

J.P. GLASER

BACKGROUND On the basis of clinical experience the author of the essay asserts that the medical files of patients with severe mental illness quite often show multiple psychiatric DSM diagnoses. Overdiagnosing in the form of multiple, false positive DSM diagnoses confuses patients (who then, for instance, ask: 'Do I have autism or schizophrenia?'), facilitating incorrect treatment indications and possibly leading to stigmatisation. The fact that dimensional diagnostic models have emerged and now co-exist with the DSM categorical diagnostic model, can be seen as a risk factor for multiple, false positive DSM diagnoses.

AIM To obtain insight into the mechanisms that support the hypothesis that dimensional diagnosis increases the risk of multiple, false positive DSM diagnoses.

METHOD On the basis of a clinical scientific analysis of the principles and application of DSM categorical and dimensional diagnosis, the author addresses factors that support the hypothesis that dimensional diagnosis increases the risk of multiple, false positive DSM diagnoses.

RESULTS The application of the principles of dimensional diagnosis to the DSM categorical diagnostic model increases the risk of multiple, false positive DSM diagnoses.

CONCLUSION To prevent multiple, false positive DSM diagnoses, it is of crucial importance that the principles of dimensional diagnosis are not applied to the DSM categorical diagnostic model.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)11, 737-742

KEY WORDS diagnosis, DSM-5, dimensions