

Nut en noodzaak van de DSM-classificatie ‘niet anderszins omschreven’

H.L. VAN, T. INGENHOVEN, N. DRAIJER



In de gehele geneeskunde komen geregeld atypische manifestaties van ziekte voor. Deze hebben gemeenschappelijk dat ze wel aan de algemene criteria van een groep van stoornissen voldoen (bijvoorbeeld ‘carcinoom’), maar niet in een van de specifieke indelingscategorieën kunnen worden geplaatst. Toch dienen ze te worden geclassificeerd en behandeld.

In de psychiatrie zijn veel aandoeningen door hun aard niet scherp afgebakend, dit vanwege de uiteenlopende ernst van psychiatrische symptomen en de overlap in symptomen bij verschillende stoornissen. Bovendien ontbreekt bij nagenoeg alle psychische stoornissen een (biologische) gouden standaard.

Categoriale classificatie

In het classificatiesysteem van de DSM-5 is desalniettemin opnieuw gekozen voor een categoriale indeling. Daar zitten voor- en nadelen aan, die geregeld ter discussie worden gesteld, niet in de laatste plaats door de opstellers van de DSM-5 zelf. Categoriale classificaties dekken nooit volledig de uiteenlopende en complexe klinische realiteit en kunnen leiden tot frequent vaststellen van ‘comorbide’ stoornissen. Zo komt het bij angststoornissen vrijwel niet voor dat een patiënt slechts aan één van de gespecificeerde angststoornissen voldoet en ook bij persoonlijkheidsstoornissen geldt dat bij een hoog percentage patiënten meerdere specifieke classificaties van toepassing blijken (Soeteman e.a. 2008).

Een ander gevolg is dat het vaak noodzakelijk is om de categorie ‘niet anderszins omschreven’ (NAO) te hanteren. In de DSM-5 is deze vervangen door twee varianten: een ‘ongespecificeerde’ variant, als er vooralsnog onvoldoende informatie voorhanden is, en een ‘andere gespecificeerde’ vorm indien de specifiek omschreven classificaties niet van toepassing zijn gebleken.

NAO-categorie

De NAO-categorie komt veel voor bij het classificeren van eetstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en dissociatieve stoornissen. Volgens gegevens van GGZ Nederland

gaat het hierbij om circa 50% van de diagnose-behandelcombinaties (DBC's). Bij Nederlandse zorgverzekeraars is discussie ontstaan over de rechtmatigheid van het vergoeden van behandelen op basis van deze NAO-classificaties. Een discussie die, voor zover ons bekend, in geen enkel ander land plaatsvindt.

In dit nummer zetten Dingemans en Van Furth (2015) de evidentie voor de eetstoornis NAO op een rijtje. Uit hun review van de, overigens beperkte, literatuur blijkt dat er geen enkele grond is om aan te nemen dat het zou gaan om een lichtere stoornis of om een (spontaan) gunstiger beloop, in vergelijking met de gespecificeerde eetstoornissen. Onder meer ernst, ziektebeloop en comorbiditeit verschillen niet. Bovendien blijkt per patiënt de eetstoornis geregeld te wisselen in manifestatie, ook tijdens de behandeling. Het zou bijzonder vreemd en schadelijk zijn een behandeling te onderbreken op het moment dat alleen nog aan de NAO-classificatie wordt voldaan, en deze weer te hervatten als dat niet meer het geval is.

In een recent uitgebracht advies aan de minister van vws stelt Zorginstituut Nederland (2014) voor om alle ‘andere gespecificeerde’ categorieën uit het vergoedingspakket te laten vervallen, met uitzondering van de psychotische stoornissen. Daarom is het van belang om ook andere frequent voorkomende NAO-stoornissen in beeld te brengen en te bezien of deze categorieën inderdaad op minder ernstige problematiek van toepassing zijn.

Andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis

Persoonlijkheidsstoornissen komen voor bij circa 10% van de algemene bevolking en bij meer dan 50% van de patiënten in de ggz. Ook persoonlijkheidsstoornissen kunnen zich gedurende het leven in wisselende mate en in uiteenlopende vormen presenteren. Duidelijk is dat zelfs relatief lichte persoonlijkheidsproblematiek al een flink verhoogd risico geeft op behandelresistentie en leidt tot beperkingen in sociaal functioneren en verhoogde medische consumptie (Yang e.a. 2012).

In een omvangrijk bevolkingsonderzoek was bij een derde van de persoonlijkheidsstoornissen de classificatie NAO

van toepassing, gemeten met het *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders* (SCID-II) (Coccaro e.a. 2012). Deze bleken qua ernst, sociaal disfunctioneren of *lifetime*-prevalentie van as I-stoornissen niet te onderscheiden van de gespecificeerde persoonlijkheidsstoornissen. Dit was evenmin het geval voor suïcidaal gedrag, met uitzondering van vaker voorkomen hiervan bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Eerdere studies laten een vergelijkbaar beeld zien (Johnsson e.a. 2005).

In de DSM is de omschrijving van de NAO-categorie bewust summier gehouden om de clinicus de ruimte te geven atypische vormen van persoonlijkheidsproblematiek te kunnen categoriseren. De NAO-persoonlijkheidsstoornis mag enkel geassocieerd worden indien voldaan is aan de algemene definitie van persoonlijkheidsstoornis, en de symptomen niet in een (of meerdere) van de specifieke vormen zijn te categoriseren. In wetenschappelijk onderzoek wordt voor de NAO-categorie meestal aangehouden dat tevens voldaan is aan minstens tien van de criteria van alle persoonlijkheidsstoornissen tezamen (Verheul e.a. 2007).

Andere gespecificeerde dissociatieve stoornis

Uit prevalentieonderzoek blijkt dat van alle dissociatieve stoornissen de NAO-classificatie verreweg het meest voorkomt, zowel onder opgenomen psychiatrische patiënten (Friedl & Draijer 2000), als onder de algemene bevolking (Sar e.a. 2007). Het is een ernstige aandoening gekenmerkt door een breed scala aan dissociatieve symptomen, vaak samengaand met zelfbeschadiging, suïcidaliteit en borderlineproblematiek. Rodewald e.a. (2011) stelden bij de dissociatieve stoornis NAO gemiddeld 5 comorbide as I-stoornissen vast, vooral posttraumatische stressstoornis, angststoornis, somatoforme en depressieve stoornissen. Mueller-Pfeiffer e.a. (2012) documenteerden dat de NAO-stoornis meer bijdraagt aan functionele achteruitgang dan te verklaren valt uit de bijkomende specifieke as I-stoornissen.

Conclusie

Er is geen aanwijzing dat de 'andere gespecificeerde' stoornissen vooral lichtere problematiek betreffen. Het uitsluiten van deze stoornissen mist elke wetenschappelijke en klinische onderbouwing. Het zou betekenen dat een grote groep patiënten met ernstige en complexe problematiek, die in alle sectoren van de ggz voorkomt, niet langer behandeld wordt. Dat is onverantwoord en uit de beschikbare studies is af te leiden dat het zou resulteren in meer chronisch beloop, verergering van comorbide stoornissen, verhoging van het suïciderisico en onnodige schade voor naasten van patiënten. Het is daarom een onrealistische

AUTEURS

RIEN VAN, opleider Psychiatrie, Arkin en raad van bestuur NPI (onderdeel van Arkin).

THEO INGENHOVEN, psychiater, Centrum voor Psychotherapie, hoofd zorgprogramma persoonlijkheidsstoornissen, Pro Persona.

NEL DRAIJER, universitair hoofddocent, vakgroep Psychiatrie, VUmc/Academische Afdeling GGZ inGeest, Amsterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

Rien Van, Arkin, opleiding Psychiatrie,
 2e Constantijn Huygensstraat 39, 1054 CP Amsterdam.
 E-mail: rien.van@arkin.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 12-2-2015.

TITLE IN ENGLISH

Not Otherwise Specified Disorders in DSM: Usefulness and necessity

verwachting dat zelfs de directe zorgkosten, waar het allemaal om bedoeld was, hierdoor zullen afnemen. In de CanMEDS-competenties, waar de opleidingseisen voor alle medisch specialisten op zijn gebaseerd, staat in de rubriek maatschappelijk handelen: 'is in staat te reageren op beleid en maatschappelijke discussies met negatieve gevolgen voor de gezondheid van patiënten'. Het blijkt inderdaad nodig deze competentie aan te wenden om ervoor te zorgen dat de behandeling van patiënten met ernstige problematiek gewaarborgd blijft.

LITERATUUR

- Coccaro EF, Nayer H, McCloskey MS. Personality disorder-not otherwise specified evidence of validity and consideration for DSM-5. *Compr Psychiatry* 2012; 53: 907-14.
- Dingemans AE, Van Furth EF. Eetstoornissen niet anderszins omschreven: een echte eetstoornis; het standpunt van de Nederlandse Academie voor Eetstoornissen. *Tijdschr Psychiatr* 2015; 57: 258-64.
- Johnson JG, First MB, Cohen P, Skodol AE, Kasen S, Brook JS. Adverse outcomes associated with personality disorder not otherwise specified in a community sample. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1926-32.
- Friedl MC, Draijer ND. Prevalence of dissociative disorders in Dutch psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1012-3.
- Kroes M, Beurs de P, Polman P. De nieuwe DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering. Diemen: Zorginstituut Nederland; 2014.

- Mueller-Pfeiffer C, Rufibach K, Perron N, Wyss D, Kuenzler C, Prezewowsky C, e.a. Global functioning and disability in dissociative disorders. *Psychiatry Res* 2012; 200: 475-81.
- Rodewald F, Wilhelm-Göling C, Emrich HM, Reddemann L, Gast U. Axis-I comorbidity in female patients with dissociative identity disorder and dissociative identity disorder not otherwise specified. *J Nerv Ment Dis* 2011; 199: 122-31.
- Sar V, Akyüz G, Doğan O. Prevalence of dissociative disorders among women in the general population. *Psychiatry Res* 2007; 149: 169-76.
- Verheul R, Bartak A, Widiger T. Prevalence and construct validity of Personality Disorder Not Otherwise Specified (PDNOS). *J Pers Disord* 2007; 21: 359-70.
- Yang M, Coid J, Tyrer P. Personality pathology recorded by severity: national survey. *Br J Psychiatry* 2010; 197: 193-9.