

Psychiatrische diagnostiek: per definitie gepersonaliseerd

M.W. HENGEVELD, A.T.F. BEEKMAN

- ACHTERGROND** Personalised psychiatrie vraagt om psychiatrische diagnostiek die gericht is op het vaststellen van de oorzaken van de psychiatrische stoornis en de context waarin deze is ontstaan, en op die zaken die van doorslaggevend belang zijn voor de keuze van de meest passende behandeling.
- DOEL** Duidelijk maken dat psychiatrische diagnostiek per definitie ‘personalised’ is.
- METHODE** Beschrijven van de verschillen tussen classificatie en diagnostiek en toelichten wat netwerkdiagnostiek en betekeniswetenschappelijke diagnostiek inhouden.
- RESULTATEN** Uit verwijzingen naar oude en huidige leerboeken in de psychiatrie en naar de recente Richtlijn psychiatrische diagnostiek blijkt dat psychiatrische diagnostiek, anders dan classificatie, altijd al gericht is op het vaststellen van zowel materiewetenschappelijke als betekeniswetenschappelijke etiologische en pathogenetische factoren en factoren van invloed op het beloop en de behandeling van de stoornis.
- CONCLUSIE** Een personalised benadering in de psychiatrie zou kunnen leiden tot een herwaardering van de psychiatrische diagnostiek. Deze beperkt zich niet tot classificatie, maar richt zich op het verklaren en begrijpen van de symptomen. Dit omvat de etiopathogenese en de context waarbinnen de psychiatrische stoornis is ontstaan, ten behoeve van een bij de specifieke patiënt passende behandeling.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)3, 151-155

TREFWOORDEN classificeren, diagnostiek, DSM, personaliseren



‘Thans is het diagnosticeren het doorschouwen van het enkele concrete geval in zijn totaliteit.’

(Rümke 1954)

‘Gepersonaliseerde psychiatrische diagnostiek’ is een pleonasme. Diagnostiek is in de psychiatrie immers altijd op de hele persoon van de patiënt gericht geweest. Een artikel over diagnostiek in een themanummer over personalised medicine zou dus eigenlijk overbodig moeten zijn. Maar sinds de invoering van de DSM-III (1980) is het stellen van een psychiatrische diagnose steeds meer gereduceerd tot het classificeren van symptomen. De invoering van classificatiegebonden meetinstrumenten, zorglijnen, zorgpaden, zorgprogramma’s, richtlijnen, zorgstandaarden en wat dies meer zij heeft vervolgens bijgedragen tot

het idee dat onze patiënten voldoende zijn beschreven met een DSM-classificatie.

Het kan echter niet genoeg benadrukt worden dat dit in het geheel niet het geval is. Bij het uitbrengen van de Nederlandse vertaling van de DSM-5 (American Psychiatric Association 2014) is daarom heel nadrukkelijk gewezen op het verschil tussen een classificatie en een psychiatrische diagnose. In de Nederlandse Richtlijn psychiatrische diagnostiek (Hengeveld e.a. 2015) is dit verder uitgewerkt. Personalised medicine drijft op een diagnostiek die veel verder gaat dan het omschrijven en rubriceren van symp-

tomen. In deze bijdrage onderzoeken we of het zo is dat, met de introductie van ‘personalised psychiatry’, de betekenis, aard en oorzaak van psychische stoornissen weer hun rechtmatige plaats in zullen nemen bij de diagnostiek.

Classificatie

‘Houdt men de begrippen rubriceren en diagnosticeren uiteen, dan vallen vele van de bezwaren, die tegen de nosologische richting zijn in te brengen, weg. (...) dat de diagnose principieel al het bijzondere in zich bevat, dat de rubricering krachtens haar typisch willen zijn juist van het bijzondere afziet.’ (Rümke 1954)

Ook Henricus Rümke (1893-1967), misschien wel de beroemdste psychiater van Nederland, maakte onderscheid tussen rubriceren en diagnosticeren. Wij spreken inmiddels van classificeren. Een classificatie *‘dient als een conceptueel schema om de complexiteit van de bestudeerde fenomenen te vereenvoudigen, deze beter voor systematisch onderzoek toegankelijk te maken en de communicatie hierover te vergemakkelijken’* (Vandereycken e.a. 2000).

Relevante termen in dit verband zijn taxonomie (classificatieleer), nosografie (het classificeren van ziekte) en nosologie (ziekteleer). Classificatie is bedoeld voor epidemiologisch en klinisch wetenschappelijk onderzoek van groepen patiënten. Classificeren is gericht op de vraag wat er ‘aan de hand’ is, geeft een beschrijving van een patroon of cluster van symptomen zoals deze zich bij patiënten voordoen. Het is goed te standaardiseren en daarom uit te voeren met gestructureerde interviews door getrainde leken. De classificatie is echter niet bepalend voor de vraag of behandeling op individueel niveau geïndiceerd is. Daarom is het zeer te betreuren dat het vaststellen van wat verzekerde zorg is in de ggz in Nederland bepaald wordt door het dbc-systeem dat is gebaseerd op DSM-classificaties. Ook in het Vlaamse ggz-beleid heeft de DSM-classificatie ruim ingang gevonden, maar gelukkig heeft deze daar weinig gevolgen gehad voor de financiering van de zorg. Classificeren kent van oudsher *lumpers* (die zo veel moge-

AUTEURS

MICHEL W. HENGEVELD, zelfstandig gevestigd psychiater te Leiden en emeritus hoogleraar-afdelingshoofd psychiatrie, Erasmus MC, Rotterdam.

AARTJAN T.F. BEEKMAN, hoogleraar Psychiatrie VUmc en Raad van Bestuur GGZinGeest, Amsterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

Em. prof. dr. Michiel W. Hengeveld, Praktijk ‘De Schans’, Kagerstraat 40, 2334 CR Leiden.

E-mail: m.w.hengeveld@ziggo.nl

Strijdige belangen: prof. dr. Beekman meldde persoonlijke honoraria van Lundbeck.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 26-10-2017.

lijk stoornissen op een hoop gooien) en *splitters* (die de stoornissen zo veel mogelijk willen opdelen op basis van al of niet subtiele verschillen). Voor een echte *lumper* is de klassieke driedeling in organisch, psychotisch en neurotisch al mooi genoeg. De hoofdstructuur van de DSM-5 (en de ICD-11) is hierop gebaseerd, maar uitgebreid tot vijf met de neurobiologische ontwikkelingsstoornissen en de externaliserende stoornissen (zie **TABEL 1**).

Wie nog verder wil splitsen, kan uitgaan van de 19 hoofdstukken in de DSM-5 (Van Os & Delespaul 2016), een niveau van classificeren dat geschikt is voor de eerste lijn (Hengeveld 2014). De DSM is in de opeenvolgende versies classificaties steeds verder gaan opsplitsen, maar aan deze trend is in de DSM-5 een eind gekomen. Ook de DSM-5 zelf stelt, in de aanwijzingen voor het gebruik, nadrukkelijk: ‘Om een psychische stoornis te kunnen diagnosticeren is het dan ook niet voldoende om alleen te controleren of de symptomen uit de classificatiecriteria aanwezig zijn.’ (American Psychiatric Association 2014).

Toch durven wij wel te stellen dat de DSM-5, wat meer dan

TABEL 1 De hoofdingeling van de DSM-5

Hoofdcategorie	Veronderstelde etiopathogenese
Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen	Vroege en blijvende cognitieve deficiënties
Psychotische stoornissen	Deficiënties in de informatieverwerking
Emotionele stoornissen	Gebaseerd op negatieve affectiviteit
Externaliserende stoornissen (incl. verslavingen)	Gebaseerd op ongeremdheid
Neurocognitieve stoornissen	Neurologisch substraat

de vorige DSM-versies, de mogelijkheid biedt tot meer personalised classificaties door de toevoeging van specificaties bij een aantal stoornissen. Men beweegt in de richting van het classificeren van grotere categorieën (spectrumstoornissen, zoals de autismespectrumstoornis), waarbinnen vervolgens meer dimensioneel specificaties worden aangebracht. Voorbeelden hiervan zijn de ernstcriteria bij de autismespectrumstoornissen, gebaseerd op de vereiste ondersteuning; de mate van realiteitsbesef bij obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen; de aanwezigheid van dissociatieve symptomen bij de posttraumatische stressstoornis; en de mate van activiteit bij het delirium. Daarnaast zijn er algemene, zogenaamde *cross-cutting symptom dimensions* toegevoegd. Dit zijn dimensionaal vast te stellen symptomen die bij alle stoornissen veel voorkomen en belangrijk zijn voor de ernst en het te verwachten beloop, en vaak eigenstandige klinische aandacht vereisen. Voorbeelden zijn angst en depressiviteit. In DSM-5 zijn gevalideerde instrumenten toegevoegd om ze te meten (Narrow e.a. 2013).

Diagnostiek

‘Een diagnose moet een theorie van het ontstaan van het psychische toestandbeeld bij de concrete patiënt geven (Rümke 1954).

De Nederlandse Richtlijn psychiatrische diagnostiek (Hengeveld e.a. 2015), ook in Vlaanderen in gebruik wegens het ontbreken van een specifieke Vlaamse richtlijn (Sabbe 2017), stelt het nog uitgebreider dan Rümke: naast de beschrijving en classificatie van de symptomen (“Wat is er aan de hand?”) is een aantal onderdelen essentieel voor het stellen van de zogeheten diagnostische formulering. Deze zijn:

- De betekenis en de beleving van de symptomen (“Waar gaat het over?”).
- De staging: fase van ontwikkeling, complicaties en uitbreiding van de psychiatrische stoornis en de specifieke functies die door het ziektebeeld verstoord zijn.
- Comorbiditeit.
- Differentiële diagnostiek.
- Profileren: etiologische en pathogenetische factoren die hebben bijgedragen tot de ontwikkeling van de stoornis en factoren van invloed op het beloop en de behandeling van de stoornis (De vier kernvragen volgens Van Os (2014): ‘Wat is er gebeurd? Wat is je kwetsbaarheid en je weerbaarheid? Waar wil je naartoe? Wat heb je nodig?’).

De *staging* beschrijft de ernst, de duur, de uitbreiding, de complicaties en de functionele gevolgen van de stoornis. Voor dit laatste heeft de DSM-5 de *World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0* (WHODAS 2.0) opgenomen, een goed gevalideerd instrument dat, in tegenstelling tot

de *Global Assessment of Functioning* (GAF), alleen de functiebeperkingen en niet tevens de ernst van de symptomen in een getal vastlegt (zie ook <https://www.dsm-5.nl/documenten>).

De *profileren* bestaat uit een beknopte samenvatting van factoren die van belang zijn om de etiologie, de pathogenese en de ontwikkeling van de stoornis te kunnen verklaren of begrijpen (zie hierna). Dit omvat zowel beschermende factoren (weerbaarheid) als factoren die ziektebevorderend werken (kwetsbaarheid). De relevante factoren kunnen ten eerste worden ingedeeld in somatische, psychische en sociale factoren en ten tweede in predisponerende, precipiterende en perpetuerende (onderhoudende, bestendigende) factoren. Hierbij worden relevante kenmerken van de persoonlijkheid en contextuele factoren beschreven. Dit alles maakt de diagnose tot een personalised diagnose.

Voor meer toelichting op de begrippen staging en profileren verwijzen we naar de Nederlandse Richtlijn psychiatrische diagnostiek (Hengeveld e.a. 2015) en naar het themanummer van dit tijdschrift dat geheel hieraan is gewijd (novembernummer 2012).

Netwerkdagnostiek

‘Een ziektegeschiedenis mag niet uit een bundel beschreven symptomen bestaan, doch de onderlinge samenhang van de verschijnselen en de diagnostische waarde moeten worden aangegeven’ (Rümke 1954)

Recent hebben de Amsterdamse psychometricus Borsboom en medewerkers (zie bijvoorbeeld Borsboom 2016) een veelbelovende netwerktheorie ontwikkeld voor psychiatrische stoornissen. In het kort komt deze hierop neer: psychiatrische symptomen worden niet veroorzaakt door een onderliggende oorzaak, maar door causale interacties tussen symptomen in een netwerk; in dit netwerk zijn sommige symptomen sterker met elkaar verbonden dan andere; deze groeperingen van symptomen leiden tot de fenomenologische manifestatie van psychiatrische stoornissen als groepen symptomen die vaak samen voorkomen.

Interessant is dat deze theorie aansluit bij het basisprincipe van het ‘afhankelijk ontstaan’ van de boeddhistische metafysica: alles wat ontstaat, komt terecht in een bestaand web van relaties, die elkaar wederzijds definiëren en in stand houden (Hopster 2017).

De netwerktheorie sluit aan bij hoe persoonsgerichte diagnostiek dient plaats te vinden: niet alleen gericht op het vaststellen van de symptomen, maar ook van de interacties ertussen. Bijvoorbeeld hoe een dwanghandeling gekoppeld is aan een dwanggedachte. Of een inslaapstoornis aan piekeren.

Betekeniswetenschappelijke diagnostiek

‘We mogen niet, wanneer de patiënt bijvoorbeeld klaagt over gedruktheid, voor onszelf noteren: hij is ‘depressief’, maar wij moeten hem alles wat hij over zijn gedruktheid weet laten vertellen: hoe het precies aanvoelt, wat voor invloed het op hem heeft, of hij weet waardoor het komt.’ (Rümke 1954)

Uit het citaat is al duidelijk dat het bij de psychiatrische diagnostiek niet alleen gaat om het objectief vaststellen van de psychische ziekteverschijnselen en het verklaren van de genetische, neurobiologische en psychosociale profilerende factoren van de psychiatrische stoornis, maar ook om het subjectief begrijpen van de betekenis van de ervaringen van de patiënt en van de verbanden tussen deze ervaringen.

Dat is het wezenskenmerk van de psychiatrie: het methodisch of epistemologisch dualisme, het verenigen van twee manieren om de psychische werkelijkheid te beschrijven. De materiewetenschappelijke en de betekeniswetenschappelijke methode (Hengeveld 2004).

Het spreekt voor zich dat de betekeniswetenschappelijke diagnostiek bij uitstek personalised is: gericht op het individueel-unieke, de persoonlijke betekenisrelaties, volgens regels die binnen het individu geldig zijn. De methode is hermeneutisch, door middel van empathisch inleven en het begrijpen van betekenisvolle verbanden (Vandereycken e.a. 2000; Hengeveld 2006).

Dat betekent dat de psychiatrische diagnosticus een expert moet zijn in het patiëntgericht communiceren (Van Staveren 2013). Ook omdat, zoals Rümke (1954) al schreef, de psychiater nooit mag vergeten dat met de psychiatrische diagnostiek de psychotherapie al een aanvang neemt. Latere hand- en leerboekschrijvers volgen hem hierin. Zo waarschuwde de Groningse hoogleraar Kraus (1898-1956) al: *‘Het op een technisch onjuiste wijze verzamelen van de anamnestiche gegevens, zoals dat geschiedt door het verwaarlozen van de mogelijkheden tot het leggen van contact, door het luisteren met ongeduld of met een half oor, doet grote schade aan de therapeutische vooruitzichten.’* (Kraus 1964). Ten slotte, de diagnostiek ten behoeve van de indicatiestelling voor een vorm van psychotherapie is per definitie gericht op uniek persoonlijke ervaringen en kenmerken. We verwijzen hiervoor naar het *Leerboek psychotherapie* (Colijn e.a. 2009).

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Amsterdam: Boom; 2014.
- Borsboom D. A network theory of mental disorders. *World Psychiatry* 2017; 16: 5-13.
- Colijn S, Snijders H, Thunnissen M, red. *Leerboek psychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom; 2009.
- Hengeveld MW. How can we know the dancer from the dance? *Psychiatrie tussen materie en betekenis*. Amsterdam: Benecke; 2004.

Conclusie

Personalised psychiatrie vereist een diagnostiek die veel verder gaat dan het omschrijven en rubriceren van symptomen. ‘Personalised’ doelt op het systematisch onderzoeken van kenmerken van de patiënt of diens context en relaties, die kunnen verklaren waarom en hoe de stoornis zich heeft kunnen ontwikkelen, zodat een preciezere, op de unieke patiënt toegesneden behandeling kan worden ingesteld. ‘Personalised’ betekent ook dat de relatie tussen de patiënt en de diagnosticus er toe doet en dat een gebrekkige werkrelatie een goede diagnostiek in de weg staat.

Uit de leerboeken van het verleden blijkt dat er een lange traditie is op gebied van gepersonaliseerde diagnostiek. Men gebruikte andere woorden, maar de intentie was dezelfde. Anno 2017 is er veel meer bekend over factoren die ontstaan, beloop en het effect van behandeling van psychische stoornissen voorspellen. Systematisch classificeren van stoornissen heeft daar sterk toe bijgedragen. De Nederlandse Richtlijn psychiatrische diagnostiek biedt een goede basis om de gepersonaliseerde psychiatrische diagnostiek verder te ontwikkelen. Afhankelijk van de vraagstelling en setting waarbinnen de diagnostiek plaatsvindt, wordt classificatie geïntegreerd met het systematisch in beeld brengen van het stadium van ontwikkeling en uitbreiding van de aandoening (stagering), comorbiditeit, de betekenis en de voor het ontstaan en beloop belangrijke determinanten (profilering). In praktische zin heeft men in de Nederlandse richtlijn geschat dat het onderzoek van een nieuwe poliklinische patiënt ongeveer twee uur kost.

Net als in de rest van de geneeskunde zal de introductie van personalised medicine veel invloed hebben op de diagnostiek. Onze conclusie is dat dit ertoe zal leiden dat het systematisch onderzoeken van de betekenis, aard en oorzaken van psychische stoornissen bij individuele patiënten weer zijn rechtmatige plaats zal innemen bij de psychiatrische diagnostiek.



Prof. dr. C. van Heeringen en prof. dr. B. Sabbe gaven ons adviezen over de Vlaamse situatie.

- Hengeveld MW. De psychopathologie van Karl Jaspers: toen en nu. Tijdschr Psychiatrie 2006; 48: 835-42.
- Hengeveld MW. Gids voor de huisartsenpraktijk: DSM-5. Amsterdam: Boom; 2014.
- Hengeveld MW, Beekman ATF, Beerthuis RJ, Hoekstra L, van Marle HJC, Naarding P, e.a. Richtlijn psychiatrische diagnostiek (2de, herz. versie). Utrecht: De Tijdstroom; 2015.
- Hopster J. Boeddha's wereldwijde web. Filosofie magazine 2017; 25: 26-31.
- Kraus G. Leerboek der psychiatrie (3e druk). Leiden: Stenfert Kroese; 1964.
- Murray RM, Kendler KS, McGuffin P, Wessely S, Castle DJ, red. Essential psychiatry (4th ed). Cambridge: Cambridge University Press; 2008.
- Narrow WE, Clarke DE, Kuramoto SJ, Kraemer HC, Kupfer DJ, Greiner L, e.a. DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part III: development and reliability testing of a cross-cutting symptom assessment for DSM-5. Am J Psychiatry 2013; 170: 71-82.
- Rümke HC. Psychiatrie. I. Inleiding. Amsterdam: Scheltema & Holkema; 1954.
- Os J van. De DSM-5 voorbij. Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ. Leusden: Diagnosis; 2014.
- Sabbe B. Nood aan richtlijnen in de Vlaamse psychiatrie een geestelijke gezondheidszorg. Tijdschr Geneeskunde 2017; 73: 1368-78.
- Staveren R van. Patiëntgericht communiceren in de GGZ. Utrecht: De Tijdstroom; 2013.
- Vandereycken W, Hoogduin CAL, Emmelkamp PMG, red. Handboek psychopathologie. Deel I. Basisbegrippen. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum; 2000.
- Os J van, Delespaul P. Epidemiologie. In: Hengeveld MW, van Balkom AJLM, van Heeringen C, Sabbe BGC, red. Leerboek psychiatrie (3de, geh herz ed). Utrecht: De Tijdstroom; 2016. p 145-54.

SUMMARY

Psychiatric diagnosis: personalised by definition

M.W. HENGEVELD, A.T.F. BEEKMAN

- BACKGROUND** Personalised psychiatry requires a psychiatric diagnosis which aims to determine the causes of the mental disorder and the context within which it has developed, including the factors of most importance for the choice of an appropriate treatment.
- AIM** To show that psychiatric diagnosis is personalised by definition.
- METHOD** Description of the differences between psychiatric classification and psychiatric diagnosis, including a discussion of symptom network diagnosis and diagnosis of meaningful connections.
- RESULTS** It appears from references from classical and recent psychiatric textbooks and from the recent Dutch Guideline for psychiatric evaluation that psychiatric diagnosis, different from classification, has always been aimed at determining both biological and psychosocial etiological and pathogenic factors and factors influencing the course and the treatment of the disorder.
- CONCLUSION** A personalised approach in psychiatry may lead to a direly necessary reappraisal of psychiatric diagnosis that is not limited to the classification of symptoms, but that aims specifically towards explaining and understanding mental illness.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)2, 151-155

KEY WORDS classification, diagnostics, DSM, personalise