

Psychiatrische diagnostiek en het DSM-systeem

Een kritisch overzicht

R.A. JONGEDIJK

ACHTERGROND Binnen de geestelijke gezondheidszorg is het diagnostische classificatiesysteem DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, vierde editie) toonaangevend geworden. Het systeem wordt steeds meer beschouwd als standaard voor psychiatrische classificatie. De DSM wordt echter niet altijd op een juiste wijze gebruikt en gebruikers realiseren zich vaak onvoldoende welke de voordelen en de nadelen zijn. Dit kan aanzienlijke consequenties hebben voor het wetenschappelijke, het behandeltechnische en het maatschappelijke domein van de psychiatrie.

DOEL Het bespreken van de belangrijkste voordelen en nadelen van het DSM-systeem.

METHODE Literatuuronderzoek met behulp van Medline over de periode 1996-1999 met als trefwoorden 'DSM', 'DSM-classification', 'psychiatric classification' en 'psychiatric diagnosis'.

RESULTATEN Naast enkele belangrijke voordelen worden in de literatuur vooral ook belangrijke nadelen en zelfs gevaren van de DSM besproken. Deze hebben betrekking op het onjuiste en oneigenlijke gebruik, maar ook op de theoretische en wetenschappelijke grondslagen van het DSM-systeem.

CONCLUSIE De DSM heeft een grote waarde voor de psychiatrie, vooral waar het gaat om het vergroten van de betrouwbaarheid van de psychiatrische diagnostiek. Van de beschreven nadelen dient echter iedere clinicus zich terdege bewust te zijn. De nadelen kunnen deels worden ondervangen door toegevoegde alternatieve diagnostische systemen of gestandaardiseerde meetinstrumenten te gebruiken. Feit blijft dat men nooit zonder (subjectieve) klinische oordeelsvorming kan. Hieruit volgt dat een brede en langdurige opleiding en training van groot belang is bij het aanleren van psychiatrisch diagnostische vaardigheden.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2001) 5, 309-319]

TREFWOORDEN DSM, psychiatrische classificatie, psychiatrische diagnostiek

As one of the participants of the DSM-IV process suggested, we should subliminally implant the word 'think' on every page (Pincus e.a. 1998).

De vierde editie van de Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, de DSM-IV, is in de huidige geestelijke gezondheidszorg toonaangevend geworden (American Psychiatric Associa-

tion 1994). De DSM-boekjes bereiken grote oplagen en, enigszins gechargeerd gesteld, worden te pas en te onpas gebruikt. De meeste psychiatrische handboeken delen hun hoofdstukken in aan de hand van de DSM en vrijwel alle psychiatrische correspondentie eindigt tegenwoordig met een DSM-classificatie. Steeds meer worden beslissingen genomen aan de hand van de DSM. Nu er steeds meer volgens richtlijnen, protocol-

len en zorgprogramma's wordt gewerkt en overheid, ziektekostenverzekeraars en management de geestelijke gezondheidszorg toenemend willen toetsen inzake bijvoorbeeld wachtlijsten, effectiviteit van behandelingen en doelmatigheid van uitgaven, neemt het belang van een classificatiesysteem als de DSM alleen maar toe. Mede aan de hand van de DSM worden niet alleen keuzes gemaakt voor toegang van de individuele patiënt tot de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en voor behandeling, maar worden ook beslissingen genomen over bijvoorbeeld 'ziek' of 'niet-ziek', 'werk' of 'geen werk' en 'toerekeningsvatbaar' of 'niet-toerekeningsvatbaar'.

De invloed van het DSM-systeem op de geestelijke gezondheidszorg is groot geworden. Zo groot, dat het soms lijkt alsof de DSM hét handboek voor de psychiatrische diagnostiek is geworden (Wilson 1993). Dit is een belangrijke reden waarom er zowel in de praktijk als in de literatuur zo regelmatig discussie is over de voordelen en nadelen van het DSM-systeem en over de mogelijkheden en onmogelijkheden ervan.

In dit artikel wordt een literatuuroverzicht gegeven van deze discussie, waarbij de voordelen en de nadelen en/of gevaren van het DSM-systeem worden beschreven.

METHODE

Voor dit literatuuroverzicht werd gebruikgemaakt van Medline. Over de periode 1996-1999 werd gezocht op de trefwoorden DSM, DSM-classification, psychiatric classification en psychiatric diagnosis. Relevante bij de gevonden artikelen behorende referenties werden nagezocht. Publicaties betreffende specifieke onderwerpen, zoals kinderen of jeugdigen, transculturele problematiek of persoonlijkheidsstoornissen, zijn buiten beschouwing gelaten. Uit Nederlandstalige tijdschriften werden de relevante artikelen uit dezelfde periode nagezocht.

RESULTATEN

Uit de vele gevonden referenties werden artikelen geselecteerd die het DSM-classificatiesysteem in zijn algemeenheid tot onderwerp hadden. Dit waren voornamelijk essays, redactionele commentaren, epidemiologische onderzoeken, of artikelen die een bepaald aspect van diagnostiek tot onderwerp hadden. Er werden geen overzichtsartikelen gevonden.

In de literatuur worden vooral de nadelen, beperkingen en gevaren van de DSM beschreven. Een belangrijk deel van de kritiek behelst het gebruik ervan. De DSM zou slordig en ondeskundig worden gebruikt door te geringe opleiding of ervaring. Deze kritiek kan men de DSM nauwelijks verwijten, zo menen de verdedigers ervan (First e.a. 1999; Spitzer e.a. 1999). De critici stellen echter dat de DSM een dergelijk gebruik in de hand werkt (Tucker 1998). Kritiek wordt ook geuit door degenen die in het gebruik van de DSM een verarming van de psychiatrische diagnostiek zien. Nog essentiëler is de kritiek dat de DSM een wankel wetenschappelijke basis heeft. Zo zou er geen relatie worden gelegd met oorzakelijk theorieën of organische substraten. Ook wordt wel beweerd dat de DSM verdere ontwikkelingen van de psychiatrie belemmert (Houts & Follette 1998; Wakefield 1998; Kuipers 1998).

In het onderstaande overzicht zijn ten behoeve van de leesbaarheid de gevonden voordelen en nadelen min of meer arbitrair gecategoriseerd. Sommige voor- en nadelen hebben niet alleen betrekking op de DSM, maar ook op andere categorische classificatiesystemen of op de psychiatrische diagnostiek in het algemeen.

Voordelen van het DSM-systeem

Uniformiteit van de diagnostiek In vroeger jaren kende vrijwel ieder handboek een eigen diagnostisch systeem. Soms waren diagnoses zeer lokaal bepaald en verschilden ze binnen één land, maar vooral ook tussen landen onderling. Bekend zijn de verschillen in definiëring van

schizofrenie en daaruit volgende verschillen in prevalentiecijfers tussen de Verenigde Staten en Europa (Cooper e.a. 1972). Mede dankzij de DSM is hieraan een einde gekomen. Individuele opvattingen tellen niet meer mee. De onbegrensde vrijheid van het theoretiseren en formuleren van conclusies is een fundamentele zwakte van de psychiatrie (geweest) en daarop heeft de DSM een zekere correctie aangebracht (Goedhart & Treffers 1998; Pichot 1997; Wakefield 1997).

Verbeterde communicatie Doordat iedereen weet welke definities worden gebruikt voor de psychiatrische classificatie en er als het ware één taal bestaat, is de communicatie tussen hulpverleners onder elkaar, tussen onderzoekers onder elkaar, en tussen beide groepen sterk verbeterd. Ook binnen opleidingen zijn gegevens en kennis beter overdraagbaar geworden. Hierdoor kan (wetenschappelijke) kennis toenemen (Tucker 1998; Wilson 1993).

Betrouwbaarheid Binnen de DSM zijn vanaf de derde uitgave strenge eisen gesteld aan de definities van de diagnostische categorieën, waardoor die expliciete in- en uitsluitingscriteria kregen (American Psychiatric Association 1980). Het vastleggen van symptomatologie volgens het DSM-systeem verhoogt in belangrijke mate de betrouwbaarheid van het classificeren (Pichot 1997). Door de DSM kunnen onderzoeksresultaten worden vergeleken, waar dat eerst vrijwel niet mogelijk was. Dit heeft het wetenschappelijke onderzoek sterk gestimuleerd (Wilson 1993). Daarnaast kunnen gegevens beter worden gebruikt en vergeleken, bijvoorbeeld ten behoeve van epidemiologische onderzoeken (Regier e.a. 1998).

Verbeterde herkenbaarheid en aansluiting bij de behandelpraktijk Categoriale diagnostiek is overzichtelijk en relatief eenvoudig. Men kan gemakkelijk in prototypen denken, waardoor stoornissen beter herkenbaar zijn. Dit is heel anders voor de dimensionale diagnostiek, die veel meer

wordt gekenmerkt door glijdende schalen en profielen en dus complexer is. Clinici blijken in de praktijk de voorkeur te hebben om categoriaal te denken (American Psychiatric Association 1994; Goldberg 1996). Beslissingen van hulpverleners zijn doorgaans categoriaal. Bijvoorbeeld: men (be)handelt of men (be)handelt niet. Hierdoor sluit een categoriaal diagnostisch systeem goed aan bij de behandelpraktijk (Goldberg 1996).

Aansluiting bij gerichte behandelingen Mede dankzij overeenstemming in de diagnostiek kon er sinds de invoering van de DSM-III een sprong voorwaarts worden gemaakt in de behandeling van psychiatrische stoornissen (American Psychiatric Association 1980; Goldberg 1996; Wilson 1993). Vooral in de afgelopen jaren konden vele geprotocolleerde behandelingen voor diverse DSM-stoornissen worden beschreven en op effectiviteit worden onderzocht. Hierdoor heeft de *evidence-based medicine* ook in de geestelijke gezondheidszorg haar intrede gedaan (Goedhart & Treffers 1998).

Theoretisch neutraal Zuiver atheoretisch is de DSM niet. De DSM gaat uit van individuele (interne) disfuncties en hiermee wordt een onderliggende oorzaak gesuggereerd. Daarom wordt gesproken van theoretisch neutraal (Wakefield 1998). Voor geen van de bestaande, niet-bewezen theorieën wordt gekozen, maar de DSM sluit ook geen theorieën uit. Psychiatrie bedrijven vanuit één bepaalde, onbewezen, theorie wordt wel gelijkgesteld met het misbruiken van de psychiatrie (Goedhart & Treffers 1998; Wakefield 1997, 1998).

De theoretische neutraliteit heeft het grote praktische voordeel dat niet iedere theoretische stroming een eigen diagnostisch systeem hanteert en onderzoeksresultaten meer te vergelijken zijn (Pichot 1997; Wakefield 1998).

Meerassig systeem Heel nieuw sinds de DSM-III is het vijfassige systeem (American Psychia-

tric Association 1980). Dankzij de assen wordt naast de psychiatrische stoornis informatie gegeven over overige kenmerken van een patiënt en kan makkelijker worden gekozen welke klachten en problemen eventueel voor behandeling of begeleiding in aanmerking komen (Tucker 1998).

Nadelen en gevaren van het DSM-systeem

Gevaar voor oneigenlijk gebruik Een psychiatrische stoornis vaststellen is meer dan een rij diagnostische criteria nagaan. Allereerst zal een psychiatrische en somatische anamnese moeten worden afgenomen en een psychiatrisch onderzoek worden verricht. Vervolgens kunnen symptomen worden ingedeeld, 'geclassificeerd', aan de hand van vooraf afgesproken diagnostische criteria. Classificatie is echter slechts een aspect van het diagnostische proces. Een diagnose beschrijft een etiologische hypothese, met daarbij de predisponerende, luxerende en onderhoudende factoren van de stoornis. Een diagnose kunnen stellen is een complex proces en vereist een langdurige, brede opleiding en voldoende ervaring. De DSM-criteria zouden voor minder ervaren behandelaars een te beperkt beeld geven van de stoornis van de patiënt. Bij de ervaren clinicus zullen deze het gehele complexe beeld oproepen dat hij heeft geleerd te herkennen door de jaren heen (American Psychiatric Association 1994; Hengeveld & Schudel 1997; Koerselman 1998; Maj 1998; Tucker 1998). Hierom wordt wel gesproken van het gevaar van de 'democratisering van de psychiatrische diagnostiek' ten gevolge van het wijdverbreide gebruik van de DSM (Koerselman 1998).

Overigens kunnen ook zeer ervaren clinicus de DSM verkeerd gebruiken. Ze kunnen menen wel te weten welke de categorieën en criteria zijn en deze niet systematisch nagaan. Van zorgvuldige en consequente toepassing van de DSM, bijvoorbeeld met gestandaardiseerde interviews, is dan geen sprake (Hoogduin e.a. 1999).

Een ander gevaar betreft het gebruik van de DSM voor andere dan psychiatrische doeleinden. Zo wordt gewaarschuwd tegen het gebruik van

het classificatiesysteem voor juridische doeleinden, zoals bij de beoordeling van individuele verantwoordelijkheid voor misdrijven (American Psychiatric Association 1994). Soms blijken zelfs rechters mee te discussiëren over DSM-vraagstukken (Koerselman 1998). Binnen de arbeids- en verzekeringsgeneeskunde kan een 'DSM-diagnose', ongeacht welke, worden geassocieerd met de categorisering 'arbeidsongeschikt', wat een gevaarlijke simplificatie is. Immers, mogelijkheden en beperkingen van patiënten variëren sterk binnen een en dezelfde diagnostische categorie (American Psychiatric Association 1994).

Verschraling van de diagnostiek Regelmatig wordt gesteld dat het alleen nog maar gebruiken van DSM-classificaties tot een grote verschraling en blikverenging van de psychiatrische diagnostiek en behandeling zou kunnen leiden. Wanneer diagnostiek versmalt tot het opsporen van kenmerken die passen bij de DSM-categorieën, zou dit geen recht doen aan de individuele patiënt en zou dit kunnen uitmonden in een verkeerde, onvolledige of te eenzijdige diagnostiek en behandeling (Tucker 1998; Wilson 1993). Gewoonlijk gebeurt dit niet, omdat in de praktijk persoonsgebonden kenmerken, naast de DSM-categorieën, een belangrijk aandeel in de besluitvorming rond de behandeling blijken te vormen (Kaasenbrood 1998).

Selectieve diagnostiek Ten gevolge van de DSM lijkt symptoomwaarneming alleen nog gestuurd te worden door het classificatieproces. Psychopathologische fenomenen zijn alleen interessant, wanneer ze daaraan een bijdrage kunnen leveren. Symptomen die niet direct passen binnen een bepaalde categorie, zullen dan snel over het hoofd worden gezien of terzijde worden gelegd (Maj 1998; Tucker 1998). Zo vond Andreasen in 1979 bij schizofrene patiënten 18 verschillende soorten spreek- en denkstoornissen, terwijl in de DSM-IV voornamelijk wordt gesproken van 'onsamenhangende spraak' (Andreasen 1979).

Een hieruitvolgend gevaar is dat van oudsher bekende symptomatologie, en dus kennis, uit het psychiatrische vakgebied verdwijnt.

Te weinig criteria Bij bijvoorbeeld symptomen van depressieve aard geldt volgens de DSM dat wie niet voldoet aan het minimum van vijf diagnostische criteria, maar aan vier, niet voldoet aan de DSM-classificatie 'depressieve stoornis'. Er wordt in dit verband wel gesproken van een zogenaamde subsyndromale depressie of, in DSM-terminologie, een depressie 'niet anders omschreven' (NAO). Bij deze weinig gespecificeerde restcategorie bestaat het gevaar dat ze niet wordt (h)erkend, terwijl ze soms ernstig disfunctioneren kan veroorzaken of voorspellend kan zijn voor het verdere beloop (Pincus e.a. 1999). De alles-of-nietsregel bestaat bij ieder categoriaal classificatiesysteem en vormt een nadeel ten opzichte van een dimensionaal systeem (Goldberg 1996).

Begrenzing en comorbiditeit Een diagnostisch systeem werkt het beste wanneer patiënten binnen een bepaalde diagnostische klasse homogeen zijn, wanneer er duidelijke grenzen bestaan tussen de categorieën en wanneer zij elkaar onderling uitsluiten. Maar binnen het DSM-systeem bestaat expliciet geen vooronderstelling dat elke categorie een complete discrete entiteit is, met absolute grenzen met andere stoornissen (American Psychiatric Association 1994). Dit geldt vooral voor de classificatie van de lichtere vormen van psychiatrische stoornissen, de neurotische stoornissen (Goldberg 1996).

In de praktijk blijkt ook dat stoornissen moeilijk van elkaar afgrensbaar zijn. Meer dan 30 procent van de psychiatrische patiënten voldoet aan meer dan een volledige DSM-stoornis, terwijl bij opgenomen psychiatrische patiënten comorbiditeit vrijwel altijd voorkomt (Wittchen 1996).

Comorbiditeit kan worden beschouwd als een artefact van het categoriale DSM-systeem (Goldberg 1996; Van Praag 1996; Wittchen 1996).

Zo is het reëel om over comorbiditeit te spreken bij de combinatie van twee min of meer onafhankelijke stoornissen, zoals bijvoorbeeld schizofrenie en diabetes. Maar wanneer stoornissen nauw met elkaar samenhangen en mogelijk uiting zijn van één onderliggende stoornis, zoals depressieve stoornissen en angststoornissen, is de scheiding kunstmatig en onterecht (Goldberg 1996).

Om het probleem van de comorbiditeit op te lossen, zijn in de literatuur verschillende alternatieven beschreven. Het spectrummodel rekt de grenzen van categorieën op, door aandacht te schenken aan stoornisgerelateerde subsyndromale symptomatologie (Cassano e.a. 1997; Jongedijk e.a. 1996). Dimensionale diagnostische systemen geven meer aanvullende klinische informatie die bij een categoriaal systeem subsyndromaal zou blijven, omdat er geen kunstmatige scheidingen zijn tussen categorieën en er geen alles-of-nietsprincipe is (Goldberg 1996). Verder wordt ook wel gepleit voor een rigoureuze vermindering van het aantal as-I-categorieën, inmiddels gegroeid van 100 (DSM-I) naar 300 (DSM-IV). Men stelt hier een meer grove indeling van stoornissen voor. Zo zou het bijvoorbeeld bij de behandeling van complexe patiënten relevanter zijn enkele *target symptoms* te kiezen dan volledige DSM-categorieën (Houts & Follette 1998; Tucker 1998).

De drempel: wel of geen stoornis Classificeren betekent ordenen en indelen van symptomen. Maar steeds dringt zich hierbij de vraag op wat tot een psychiatrische stoornis dient te worden gerekend en wat tot de normaliteit. Alleen bepaling van 'aantallen en aard van criteria' is niet altijd toereikend. Binnen de somatische geneeskunde geldt hetzelfde probleem. Immers, wanneer is een bloeddrukwaarde of een bloedsuikerwaarde pathologisch?

Hoe problematisch de afgrenzing met de normaliteit kan zijn, blijkt uit een onderzoek naar het verband tussen definitie en prevalentie van de sociale fobie. In de DSM-III luidde een van de criteria dat de gevreesde situatie verme-

den moest worden; dit leidde tot een jaarprevalentie van 3,4 procent. In de DSM-IV werd het criterium gewijzigd in 'vermeden dan wel doorstaan met intense angst of lijden', wat leidde tot een jaarprevalentie van 8,5 procent (Stein e.a. 1994).

Interessant is in dit opzicht de vergelijking van twee op elkaar afgestemde classificatiesystemen, de DSM-IV en de tiende editie van de International Classification of Diseases (ICD-10, World Health Organization 1994). Tussen deze bestaan soms zeer geringe verschillen in definiëring van de klinische stoornissen. Toch kunnen deze verschillen aanzienlijke gevolgen hebben. Zo blijkt de drempel om te voldoen aan een psychiatrische stoornis voor de ICD lager dan voor de DSM en blijkt de concordantie (diagnostische overeenstemming) voor alle psychiatrische stoornissen bij elkaar 68 procent te zijn, met bijvoorbeeld 83 procent concordantie voor de depressieve stoornissen, maar slechts 35 procent voor de posttraumatische stressstoornis (Andrews e.a. 1999; First & Pincus 1999).

Uit grote epidemiologische onderzoeken is gebleken dat de lifetime-prevalentie van psychiatrische stoornissen in de volwassen bevolking varieert van 32 tot 48 procent (Bijl e.a. 1997; Regier e.a. 1998). Deze hoge cijfers maken dat er vraagtekens gezet worden bij deze uitkomsten (Regier e.a. 1998; Frances 1998; Hengeveld 1998; Spitzer 1998; Pincus e.a. 1998). Mogelijk worden tevens lichte en/of kortdurende en dus niet-pathologische psychische verschijnselen gemeten. Deze verschijnselen zijn klinisch niet relevant, omdat ze geen behandeling behoeven. 'Voldoen aan het aantal DSM-criteria' en 'behoefte aan of noodzaak tot behandeling' zijn niet hetzelfde (Spitzer 1998). Voor de DSM is daarom een apart criterium ingesteld: klinische significantie.

Klinische significantie Een van de criteria van veel DSM-categorieën houdt in dat de symptomen 'in significante mate lijden of beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen'

veroorzaken (American Psychiatric Association 1994). Een dergelijke beoordeling van de symptomen is niet gebaseerd op wetenschappelijke gegevens, maar veel meer op (subjectieve) maatschappelijke en (sub)culturele waarden (Hengeveld 1998; Kuipers 1998; Wakefield 1997).

Naast kritiek op dit subjectieve criterium heerst er ook tevredenheid over. Immers, hier geeft de DSM de clinicus de mogelijkheid beslissingen te nemen naar aanleiding van individuele patiënten (Pincus 1998). Zo zijn er aanwijzingen dat ervaren klinici bij diagnostische interviews lagere prevalentiecijfers geven voor psychiatrische stoornissen dan de vaak bij epidemiologische onderzoeken ingezette lekeninterviewers. Naast de verschillen in de gekozen diagnostische meetinstrumenten wegen de ervaren klinici de positieve antwoorden waarschijnlijk meer op klinische significantie (Frances 1998).

Uit bovenstaande volgt dat het DSM-systeem waarschijnlijk meer valide is binnen de tweedelijnsgezondheidszorg dan binnen de eerstelijnsgezondheidszorg en zeker meer dan binnen bevolkingsonderzoeken. Binnen de tweedelijnsgezondheidszorg heeft er immers al een selectie plaatsgevonden voor ernst en significante beperkingen.

Geen ziekte-eenheden Het is van belang zich te realiseren dat er bij de DSM-categorieën over het algemeen geen sprake is van bestaande ziekte-eenheden. Veel meer betreft het een ordening van symptomen. De DSM heeft geen natuurwetenschappelijke, maar een empirisch-wetenschappelijke basis (Goedhart & Treffers 1998). Over het geheel genomen kan niet worden gesproken van ziekte, omdat er meestal geen theorie bestaat die psychiatrische stoornissen, en dus DSM-categorieën kan verklaren (Wakefield 1998). De DSM-categorieën zijn niet gerelateerd aan specifieke oorzaken, verstoorde functies of een biologisch substraat (Van Praag 1999).

Een ander probleem is dat de psychiatrische stoornissen volgens de DSM niet eenduidig zijn gedefinieerd. Patiënten binnen een categorie vor-

men geen homogene populatie. Men voldoet aan een stoornis, wanneer wordt voldaan aan een aantal van een langere lijst van criteria. Hierdoor kunnen bijvoorbeeld bijna driehonderd varianten van de depressieve stoornis worden geclassificeerd en ruim negentig verschillende varianten van de borderline persoonlijkheidsstoornis (Koerselman 1998).

Objectieve en subjectieve aspecten van diagnostiek Min of meer objectieve gegevens, zoals verkregen door observatie of hulponderzoeken, zijn in de psychiatrie van zeer beperkte waarde. In de psychiatrie kunnen vele psychische (dis)functies nauwelijks worden beoordeeld op basis van observatie (Kuipers 1998). De anamnese levert de belangrijkste aanknopingspunten. Psychische stoornissen beïnvloeden echter de uiting en beleving van de patiënt. Bovendien bestaat het onderzoeksinstrument van de onderzoeker uit zijn eigen psychische functies. Dit heeft gevolgen voor het objectief en betrouwbaar diagnosticeren, dus ook voor het classificeren volgens de DSM-IV, zelfs bij gebruik van gestandaardiseerde meetinstrumenten zoals vragenlijsten en gestructureerde interviews (Hengeveld & Schudel 1997).

Fout-positieven Normale psychische reacties zouden volgens alle regels kunnen worden gecategoriseerd als DSM-stoornis (Wakefield 1997). Weliswaar wordt het normale rouwproces genoemd als exclusiecriteria voor de depressieve stoornis, maar vele andere reacties op gebeurtenissen worden niet genoemd. Zo kunnen mensen bij ernstige terminale ziekten, bij verlies van werk of bij beëindiging van een intense liefde enkele weken somber zijn, met verminderde interesse, slaapstoornissen, vermoeidheid en verminderde concentratie. Dit zijn normale reacties, die in de DSM onvoldoende worden onderscheiden van de pathologie. Ook voor andere as-I-stoornissen en vooral ook voor persoonlijkheidsstoornissen zou dit gelden. Normale persoonlijkheidskenmerken, pathologische trekken

en persoonlijkheidsstoornissen zijn slecht onderling te onderscheiden (Wakefield 1997).

Theoretisch neutraal De voorlopers van de DSM-III hadden een duidelijke theoretische achtergrond. Omdat geen van deze theorieën voldoende kon worden bewezen, heeft men vanaf DSM-III gekozen voor een theoretisch neutraal systeem. Verschillende auteurs hebben hier kritiek op en spreken van een oppervlakkig en mechanisch systeem (Pichot 1997). De DSM zou pas zinvol zijn, wanneer zij een brug weet te slaan tussen haar classificaties en achterliggende theorieën, waarvan sommige reeds voldoende zijn aangetoond (Van Praag 1999; Wakefield 1997).

Geringe empirisch-wetenschappelijke basis Hoewel van de DSM-IV wordt gezegd dat juist deze sterk leunt op empirisch-wetenschappelijke gegevens, zijn er velen die dit betwijfelen. Een belangrijk kritiekpunt is dat de DSM-IV is gebaseerd op zijn voorgangers, de versies III en III-R. Omdat deze versies lang niet altijd waren gebaseerd op empirisch-wetenschappelijke gegevens, is er geen reden om te spreken van een heel nieuwe trend. Hierover wordt wel gesproken als over een incestueus proces (Farmer & Nelson-Gray 1999).

Vele categorieën en criteria zijn vanaf de DSM-III (American Psychiatric Association 1980) niet door wetenschappelijk onderzoek tot stand gekomen, maar zijn ontstaan vanuit historische tradities, maatschappelijke ontwikkelingen of belangenstrijd. Zij zijn veelal geformuleerd binnen consensusgroepen van experts, waarbij de onderzoeksgegevens niet altijd de doorslag gaven (Farmer & Nelson-Gray 1999; Wilson 1993; Zimmerman 1988). Daarbij hebben de meeste wetenschappelijke onderzoeken en de meeste klinische ervaring betrekking op relatief homogene populaties van patiënten in Amerikaanse universiteitscentra (Mezzich e.a. 1999).

Geringe relatie tussen stoornis en behandeling Zowel de farmaceutische industrie als de psycho-

therapeutische scholen claimen DSM-indicatiegebieden. Maar is dit terecht: hoe specifiek werken de behandeltechnieken en welke psychopathologische functies beïnvloeden zij (Koerselman 1998)? Er lijkt bijvoorbeeld weinig relatie te bestaan tussen neurotransmittersystemen en DSM-categorieën. Serotonineheropnameremmers zijn effectief bij depressieve stoornissen, bij angststoornissen en bij stoornissen in de impulsregulatie. Aan de andere kant zijn noradrenerge antidepressiva minstens zo effectief bij depressieve stoornissen. Hetzelfde geldt voor het verband tussen psychotherapie en DSM-stoornissen. Dezelfde behandeltechniek, bijvoorbeeld cognitieve therapie, werkt bij depressieve stoornissen, maar ook bij angststoornissen en persoonlijkheidsstoornissen (Bissett & Hayes 1999), terwijl ook interpersoonlijke therapie effectief is bij bijvoorbeeld de depressieve stoornis.

Vooraf de biologische en gedragstherapeutische scholen zien hierom weinig meerwaarde in de theorieleze wetenschappelijkheid van de DSM (Goedhart & Treffers 1998; Houts & Follette 1998; Petty e.a. 1996; Van Praag 1999).

In de praktijk blijkt overigens dat DSM-categorieën vaak ondergeschikt zijn aan andere, bijvoorbeeld persoonsgebonden factoren bij de indicatiestelling tot behandeling. Voorbeelden hiervan zijn psychosociale stressfactoren, persoonlijkheidskenmerken, specifieke symptomen of gedragsdimensies, maar ook de sociale dynamiek van de patiënt en diens omgeving (Kaasenbrood 1998).

Gevaren ten aanzien van verdere ontwikkeling
Meerdere auteurs wijzen op het gevaar van de dominantie van het DSM-systeem voor de verdere ontwikkeling van de psychiatrie. Eerder zijn al enige aspecten hiervan beschreven, zoals het verdwijnen van symptomen en soms hele stoornissen, van oorzakelijke theorieën, van de oudere taxonomie en van alle andere kennis die geen verband houdt met het DSM-systeem.

Ook is er kritiek op het feit dat de DSM te veel gebaseerd is op de patiënt als individu en dat

er nauwelijks gebruik is gemaakt van gegevens uit andere wetenschapsgebieden, zoals de sociologie, de antropologie en de sociobiologie. Dit kan onderzoek een eenzijdige richting geven (Houts & Follette 1998; Kuipers 1998; Mezzich e.a. 1999).

Ook wordt wel gesteld, zowel vanuit biologische hoek (Van Praag 1996, 1999) als vanuit gedragstherapeutische hoek (Bissett & Hayes 1999), dat het overheersende gebruik van de DSM verdere kennis van onderliggende mechanismen in de weg staat, omdat de categoriale diagnostiek niet gerelateerd zou zijn aan deze mechanismen.

CONCLUSIE EN BESPREKING

Invoering van het DSM-systeem betekende een belangrijke stap vooruit in de classificatie van psychiatrische stoornissen. Het grote voordeel is de grotere betrouwbaarheid in vergelijking met de situatie van vóór de DSM. Echter, er worden in de literatuur ook een aantal nadelen en gevaren van het DSM-systeem beschreven. Iedere clinicus moet deze kennen en er zich bewust van zijn bij het gebruik.

Om de nadelen te ondervangen, pleiten verscheidene auteurs ervoor een alternatief, aanvullend, diagnostisch systeem naast de DSM te gebruiken. Meestal wordt hierbij gekozen voor een dimensionaal diagnostisch systeem. Toevoeging van een dergelijk systeem zal zowel de validiteit als de betrouwbaarheid van het diagnostische proces verhogen, zal veel meer aanvullende klinische informatie geven die bij een categoriaal systeem subsyndroomaal zou blijven, en ondervangt het probleem van de comorbiditeit. Dimensionale systemen hebben ook nadelen. Zij sluiten minder goed aan bij het medische model van ziekten, leveren minder 'herkenbare' stoornissen op, kennen meer een psychologische dan een psychiatrische traditie, en vereisen veelal een psychometrisch testinstrumentarium. Daarnaast is er nog geen duidelijke keuze gemaakt binnen de veelheid van dimensionale systemen. Dimensionale systemen zullen pas een grotere

kans krijgen ten opzichte van de categoriale systemen, wanneer zij een koppeling kunnen maken met onderliggende (dis)functies of mechanismen (Goldberg 1996; Kaasenbrood 1998; Koerselman 1998; Van Praag 1999).

Daarnaast wordt veelvuldig gepleit voor een belangrijk klinisch oordeel binnen het diagnostische proces. Symptomen dienen te worden beoordeeld op klinische relevantie, beloop, predisponerende en uitlokkende factoren en consequenties. De onderzoeker luistert met empathie en observeert met distantie. Zo onderscheidt hij rouw en depressie van elkaar, sektarisch geloof van een waan, culturele normen en waarden van een persoonlijkheidsstoornis.

Binnen de geneeskunde, maar zeker binnen de psychiatrie, kan men niet zonder een goed klinisch, dus subjectief oordeel. Lineaire rationale kennis, zoals de DSM of de protocollaire geneeskunde, vormt een belangrijke basis voor de psychiatrie, maar is niet voldoende voor de individuele patiënt. Relationistische kennis is van groot belang en deze ontwikkelt zich gedurende een grondige, langdurige, maar ook brede opleiding en training en gedurende het werk als professional in de dagelijkse psychiatrische praktijk (Kaasenbrood 1998). Dit is de reden waarom het gebruik van de DSM nooit mag leiden tot een 'mechanisch kookboekgebruik' (American Psychiatric Association 1994) of tot verregaande 'democratisering van de psychiatrische diagnostiek' (Koerselman 1998). Psychiatrische diagnostiek raakt immers de individuele patiënt, vele maatschappelijke belangen, maar ook de basis van het vak en de verdere ontwikkeling van de psychiatrie als wetenschap.

 Met dank aan P. de Beurs en S. Vegt-de Jong voor hun waardevolle adviezen bij eerdere versies van dit artikel.

LITERATUUR

- Andrews, G., Slade, T., & Peters, L. (1999). Classification in psychiatry. ICD-10 versus DSM-IV. *British Journal of Psychiatry*, 174, 3-5.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Andreasen, N.C. (1979). Thought, language and communication disorders. I. Clinical assessment, definition of terms, and evaluation of their reliability. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1315-1321.
- Bijl, R.V., van Zessen, G., & Ravelli, A. (1997). Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. II. Prevalentie van psychiatrische stoornissen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141, 2453-2460.
- Bissett, R.T., & Hayes, S.C. (1999). The likely success of functional analysis tied to the DSM. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 379-383.
- Cassano, G.B., Michelini, S., Shear, K., e.a. (1997). The panic-agoraphobic spectrum. A descriptive approach to the assessment and treatment of subtle symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 154 (suppl.), 27-38.
- Cooper, J.E., Kendell, R.E., Gurland, B.J., e.a. (1972). *Psychiatric diagnosis in New York and London*. London: Oxford University Press.
- Farmer, R.F., & Nelson-Gray, R.O. (1999). Functional analysis and response covariation in the assessment of personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 385-394.
- First, M.B., & Pincus, H.A. (1999). Classification in psychiatry. ICD-10 v. DSM-IV. *British Journal of Psychiatry*, 175, 205-209.
- First, M.B., Pincus, H.A., & Frances, A. (1999). Another perspective on 'putting DSM-IV in perspective'. *American Journal of Psychiatry*, 156, 499-500.
- Frances, A. (1998). Problems in defining clinical significance in epidemiological studies. *Archives of General Psychiatry*, 55, 119.
- Goedhart, A.W., & Treffers, P.D.A. (1998). Psychiatrisch diagnostische classificaties en 'evidence-based' praktijkbeoefening. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 11, 1037-1051.
- Goldberg, D. (1996). A dimensional model for common mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, June (suppl.), 44-49.
- Hengeveld, M.W., & Schudel, W.J. (1997). *Het psychiatrisch onderzoek*. Utrecht: Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge.
- Hengeveld, M.W. (1998). Hoe psychisch ziek is Nederland? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 142, 1588-1591.
- Hoogduin, C.A.L., van Minnen, A., & De Kemp, E. (1999). DSM-IV: verleden, heden, toekomst. *Directieve Therapie*, 19, 71-84.
- Houts, A.C., & Follette, W.C. (1998). Mentalism, mechanisms, and medical analogues. Reply to Wakefield (1998). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 853-855.

- Jongedijk, R.A., Carlier, I.V., Schreuder, e.a. (1996). Complex post-traumatic stress disorder. An exploratory investigation of PTSD and DESNOS among Dutch war veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 577-586.
- Kaasenbrood, A.J.A. (1998). DSM-classificatie: kern of ritueel. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 11, 1077-1085.
- Koerselman, F. (1998). Classificatie en psychotherapie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 11, 1064-1076.
- Kuipers, T. (1998). Classificeren in de psychiatrie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 11, 1027-1036.
- Maj, M. (1998). Critique of the DSM-IV operational diagnostic criteria for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 172, 458, 460.
- Mezzich, J.E., Kirmayer, L.J., Kleinman, A., e.a. (1999). The place of culture in DSM-IV. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 457-464.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (1995). *Advies aangaande het gebruik van de psychiatrische classificatiesystemen ICD-10 en DSM-IV*. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- Petty, F., Davis, L.L., Kabel, D., e.a. (1996). Serotonin dysfunction disorders. A behavioral neurochemistry perspective. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57 (suppl. 8), 11-16.
- Pichot, P.J. (1997). DSM-III and its reception. A European view. *American Journal of Psychiatry*, 154 (suppl. 6), 47-54.
- Pincus, H.A., Davis, W.W., & McQueen, L. (1999). Subthreshold mental disorders. A review and synthesis of studies on minor depression and other 'brand names'. *British Journal of Psychiatry*, 174, 288-296.
- Pincus, H.A., Zarin, D.A., & First, M. (1998). 'Clinical significance' and DSM-IV. *Archives of General Psychiatry*, 55, 1145.
- Praag, H.M. van (1996). Comorbidity (psycho) analysed. *British Journal of Psychiatry*, June (suppl.), 129-134.
- Praag, H.M. van. (1999). Op DSM gebaseerde diagnostiek. De nieuwe heilige koe van de psychiatrie. *Directieve Therapie*, 19, 85-93.
- Regier, D.A., Kaelber, C.T., Rae, D.S., e.a. (1998). Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders. Implications for research and policy. *Archives of General Psychiatry*, 55, 109-115.
- Spitzer, R.L. (1998). Diagnosis and the need for treatment are not the same. *Archives of General Psychiatry*, 55, 120.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B., & Rieder, R. (1999). Another perspective on 'Putting DSM-IV in perspective'. *American Journal of Psychiatry*, 156, 499.
- Stein, M.B., Walker, J.R., & Forde, D.R. (1994). Setting diagnostic thresholds for social phobia. Considerations from a community survey of social anxiety. *American Journal of Psychiatry*, 151, 408-412.
- Tucker, G.J. (1998). Putting DSM-IV in perspective. *American Journal of Psychiatry*, 155, 159-161.
- Wakefield, J.C. (1997). Diagnosing DSM-IV - Part 1: DSM-IV and the concept of disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 633-649.
- Wakefield, J.C. (1998). The DSM's theory-neutral nosology is scientifically progressive. Response to Follette and Houts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 846-852.
- World Health Organization (1994). *De ICD-10 classificatie van psychische stoornissen en gedragsstoornissen. Klinische beschrijvingen en diagnostische richtlijnen*. (M.W. Hengeveld, vert.). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Wilson, M. (1993). DSM-III and the transformation of American psychiatry. A history. *American Journal of Psychiatry*, 150, 399-410.
- Wittchen, H.-U. (1996). What is comorbidity - fact or artefact? *British Journal of Psychiatry*, June (suppl.), 7-8.
- Zimmerman, M. (1988). Why are we rushing to publish DSM-IV? *Archives of General Psychiatry*, 54, 1135-1138.

AUTEUR

R.A. JONGEDIJK is als psychiater en manager behandelzaken verbonden aan GGZ Delfland.
Correspondentieadres: GGZ Delfland, locatie Reinier de Graafweg, Postbus 5012, 2600 GA Delft. E-mail: jongedijk@rdgg.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 26-6-2000.

SUMMARY

Psychiatric diagnostics and the DSM-system. A critical review – R.A. Jongedijk –
BACKGROUND DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fourth edition) has obtained a dominant position within mental health care. The diagnostic system is considered to be a standard in psychiatric diagnostic classification. On the other hand, the DSM-system often is used in a wrong way and users often do not sufficiently realise the advantages and disadvantages. These can be of important consequence for the scientific, the therapeutic and the social domain of psychiatry.

AIM To discuss the most important advantages and disadvantages of the DSM-system.

METHOD Literature search using Medline, for the period of 1996-1999, using the keywords DSM, DSM-classification, psychiatric classification and psychiatric diagnosis.

RESULTS Besides many advantages, many important disadvantages and even risks of the DSM-system are discussed in literature. These disadvantages concern incorrect and figurative use of the DSM, but also concern the theoretical and scientific foundations of the DSM-system.

CONCLUSION The DSM certainly is of great value for psychiatry, especially toward increasing the reliability of psychiatric diagnostics. However every clinician should be aware of the disadvantages and risks described in this article. These disadvantages can partly be met by adding alternative diagnostic systems or by using standardised measuring instruments. Nonetheless, it is pointed out that diagnostics cannot function without the (subjective) opinion of the clinician. Consequently, it is of great importance in learning psychiatric diagnostic skills to train for a substantial period of time in a broadly based way.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2001) 5, 309-319]

KEYWORDS DSM, psychiatric classification, psychiatric diagnosis