

Wat betekent de DSM-5 voor de positie van psychiatrische patiënten?

A.T.F. BEEKMAN, R.A. SCHOEVERS

- ACHTERGROND** De diagnose speelt een centrale rol in de geneeskunde en is bepalend voor de positie van zowel patiënten als artsen. Als er twijfel bestaat over de validiteit van een diagnose, dan zal er ook twijfel zijn aan het bestaan van ziekte, de rechtmatigheid van het ziektegedrag van de patiënt en aan de noodzaak van behandeling.
- DOEL** Bespreken van de veranderingen die in de DSM-5 zijn doorgevoerd vanuit de vraag of hiermee de positie van patiënten en van de psychiatrie is verbeterd.
- METHODE** Kritische bespreking.
- RESULTATEN** De DSM-5 is op een aantal essentiële punten zeker een vooruitgang ten opzichte van haar voorgangers. Echter, de meest fundamentele tekortkomingen van de DSM zijn niet weggenomen.
- CONCLUSIE** Wij zijn in Nederland goed gepositioneerd om specialistische psychiatrische diagnostiek verder te ontwikkelen en te standaardiseren. Dat is beter dan blijven klagen over de tekortkomingen van de DSM.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)3, 217-221

TREFWOORDEN DSM-5, patiënten, psychiatrie



ARTIKEL



Rond het begin van de 18de eeuw veranderde de kijk op mensen die men toen 'dollen' en 'dwazen' noemde geleidelijk en begon men hen te beschouwen als personen met een psychiatrische ziekte. Hoewel hij zeker niet de eerste of de enige was die zich hiervoor inspande, kennen wij Philippe Pinel de eer toe dat hij de ketenen van patiënten slechtte en een start maakte met een moderne, medisch georiënteerde en humane psychiatrie. Dit ging hand in hand met een nieuwe nosologie, een nieuwe diagnostiek en een nieuw portfolio aan behandelingen (Pinel 1801). Het begrip 'diagnose' speelde bij deze maatschappelijke herpositionering van onze patiënten en van ons vak een essentiële rol.

Discussie over diagnose met dramatische gevolgen

Dat is nog steeds zo. De diagnose is een essentiële drager van informatie die helpt om vorm te geven aan de geneeskunde en te communiceren met patiënten en anderen. Een diagnose dient, buiten communicatieve

doelen, het domein van de gezondheidszorg af te bakenen; onderscheidend te zijn ten opzichte van andere ziekten; te verwijzen naar een onderliggende etiologie of pathogenese, waarmee iets gezegd wordt over de aard van de ziekte; nuttig te zijn bij voorspellen hoe het verloop van ziekte zal zijn; nuttig te zijn bij het kiezen van een passende behandeling; ter verantwoording van medisch handelen; ter verantwoording van passend ziektegedrag van patiënten; ter verantwoording van de bekostiging.

Het is voor de positie van onze patiënten en voor de positie van ons vak essentieel dat psychiatrische diagnostiek daadwerkelijk deze doelen dient. Als er twijfel bestaat over de validiteit van een diagnose, dan zal er ook twijfel zijn aan het bestaan van ziekte, de rechtmatigheid van het ziektegedrag van de patiënt en aan de noodzaak van behandeling.

De discussie over de voors en tegens van de DSM kan weinigen in en buiten de psychiatrie zijn ontgaan (Loonen 2012). Ook in het buitenland speelt deze discussie. Thomas

Insel, hoofd van het invloedrijke National Institute of Mental Health, verklaarde twee weken voor de feestelijke presentatie van de DSM-5 dat *'patients with mental disorders deserve better'* (Insel 2013).

Los van het gebrek aan nuancering in deze berichtgeving is er voor zover ons bekend geen ander medisch vak waar over de validiteit van de classificaties zo'n heftige en vooral ook publieke discussie wordt gevoerd. Hebben de neurologen bijvoorbeeld hun regelmatig veranderende indeling van de vormen van dementie 'onzinnig' genoemd, of hebben cardiologen en internisten de drempelwaarde waarboven je van hypertensie spreekt tot algemeen probleem van hun vak verheven?

In de psychiatrie bestaat de neiging dat te doen. Je zou willen denken dat dit de psychiatrie siert en haar volwassenheid toont. De werkelijkheid is dat de aanhoudende debatten over de validiteit van DSM aanleiding vormen voor beleidsmakers en verzekeraars om het bestaan van psychiatrische ziekte in twijfel te trekken en daarmee nut en noodzaak van behandeling. Dit legitimeert vervolgens een eigen bijdrage alleen voor psychiatrische behandelingen (Schoevers e.a. 2011), selectiefsnijden in het verzekerde pakket (advies College voor Zorgverzekeringen; Van den Brink 2013), framing en mythevorming dat de kosten van de ggz excessief zouden stijgen (Heijnen e.a. 2013) of een overheveling van de kinder- en jeugdpsychiatrie uit de verzekerde zorg naar de gemeenten (Beekman e.a. 2013). Een debat over de validiteit van psychiatrische diagnose is niet vrijblijvend en heeft verstrekkende gevolgen voor onze patiënten. In dit artikel bespreken wij de veranderingen die zijn doorgevoerd in DSM-5 vanuit dat perspectief.

Ziekte en gezondheid

Voor de positie van patiënten is een adequate en onomstreden afbakening van het domein van de psychiatrie essentieel. De belangrijkste kritiek op de opeenvolgende versies van de DSM is dat het aantal diagnoses toenam en dat tegelijkertijd de diagnostische drempels voor stoornissen verlaagd zijn. Het effect zou zijn dat steeds meer mensen een diagnose krijgen, steeds meer normale menselijke ervaring binnen het domein van de geneeskunde getrokken wordt (medicalisering), prevalenties omhooggaan en steeds meer mensen behandeld worden met onder andere psychofarmaca. Een parallelle kritiek is dat de DSM dichotome ziektecategorieën postuleert, daar waar psychiatrische stoornissen zich dimensioneel voordoen. Er bestaan binnen die dimensies geen natuurlijke afkappunten die een logisch onderscheid tussen psychiatrische ziekte of gezondheid markeren.

Bij het ontwerp van de DSM-5 was men zich zeer wel bewust van deze kritiek. Men heeft bij vrijwel alle stoornissen dimensionele maten voor ernst geïntroduceerd, er zijn

AUTEURS

AARTJAN T.F. BEEKMAN, hoogleraar Psychiatrie en hoofd van de afdeling Psychiatrie, Vumc, Amsterdam; tevens: lid van de raad van bestuur van GGZ inGeest.

ROBERT A. SCHOEVERS, hoogleraar Psychiatrie en hoofd van de afdeling Psychiatrie, UMC Groningen.

CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr. Aartjan T.F. Beekman, GGZ inGeest, A.J. Ernststraat 1187, 1081 HL Amsterdam.

E-mail: a.beekman@ggzingeest.nl

Strijdige belangen: A.T.F. Beekman ontving vergoedingen van Eli Lilly, Astra Zeneca, Janssen en Shire en werkte voor Lundbeck en Eli Lilly.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 4-12-2013.

goed gevalideerde 'cross-cutting' symptoomdimensies ontworpen en men heeft een gevalideerd instrument voor het algemeen functioneren van de patiënt geïntroduceerd (Narrow e.a. 2013; Ustün e.a. 2010). Daar waar empirische data lieten zien dat stoornissen konden worden samengevoegd, heeft men dat gedaan (zie de ontwikkelingsstoornissen, het samenvoegen van dysthyme stoornis en chronische depressieve stoornis, samenvoegen van alcoholmisbruik en -afhankelijkheid). De DSM-5 is op dit gebied zeker een vooruitgang ten opzichte van de DSM-IV.

Mogelijke oplossingen

Echter, het fundamentele probleem bestaat nog steeds. Het onderscheid tussen psychiatrische gezondheid en ziekte blijft gradueel en laat zich moeilijk vertalen in een binaire diagnose. De auteurs van de DSM-5 waren zich dit bewust en in de eerste bladzijden van de gebruiksaanwijzing gaan zij op dit probleem in (APA 2013).

Drie oplossingsrichtingen hebben hun weg niet naar de DSM-5 gevonden en zouden nuttig kunnen zijn:

- Uit epidemiologisch onderzoek blijkt dat patiënten die net niet voldoen aan diagnostische criteria vaak veel last hebben van hun symptomen en ook door hun symptomen slechter functioneren. Het zijn ook de mensen die het meeste risico lopen om een volledig ziektebeeld te ontwikkelen. In de appendix van de DSM worden dit soms *'minor'* of *subthreshold* stoornissen genoemd. Uit de preventieliteratuur is bekend dat dit groepen zijn waarbij relatief goedkope interventies heel veel gezondheidswinst kunnen opleveren (geïndiceerde preventie). Men heeft het om begrijpelijke redenen niet aangedurfd om deze subthres-

holdstoornissen toe te voegen (nog meer medicalisering). Echter, een radicalere dimensionele opbouw van de diagnostiek, met passende adviezen bij het lichte en vaak specifieke spectrum van klachten, zou veel goeds kunnen doen. Dit zou tevens goed passen bij de toekomstige opbouw van de Nederlandse ggz en een stimulans geven voor zelfhulp en e-mental health

- Uiteindelijk is de patiënt degene die bepaalt of hij of zij patiënt is. Dat is een radicale uitspraak en niet altijd waar. Echter, het fundamentele probleem van de afbakening van het domein van ziekte laat zich met geen enkel diagnostisch systeem oplossen. Het stellen van de diagnose berust op psychiatrische kennis en kunde, maar het met de patiënt bespreken daarvan is een moment van dialoog en onderhandeling over hoe men gezamenlijk het probleem wil definiëren en behandelen (Van Tilburg 1981). Een beter doordenken van de transactionele kant van diagnostiek zou kunnen helpen om verwachtingen de positie van patiënten beter te verankeren.

- Een diagnose die verwijst naar een onderliggende etiologie en pathofysiologie is uiteindelijk de enige echte validering van het ziektebegrip (Kapur e.a. 2012). Systematisch betrekken van kennis over etiopathogenese is zeker mogelijk in de psychiatrie en het is een gemiste kans dat hier geen opening geboden is.

Beloop en behandeling

De mate waarin een diagnose van nut is om het beloop en de ontwikkeling van ziekte te voorspellen en om behandeling te indiceren zijn de twee belangrijkste eisen die vanuit de klinische praktijk aan een diagnose gesteld worden. Ook dit wordt erkend door de auteurs (APA 2013) en men heeft getracht ruimte te laten om het beloop van de stoornis te specificeren. Bij de *'major depressive disorder'* (MDD) is men het verst gegaan en heeft men de chronische MDD en dysthyme stoornissen uit de DSM-IV samengevoegd tot *'persistent depressive disorder'*. Verder zijn de *'anxiety specifier'* en de *'mixed specifier'* (bipolaire/manische symptomen) toegevoegd als klinisch relevante dimensies bij depressie. Het systematisch includeren van klinisch belangrijke data over beloop en reactie op behandeling zou een volgende stap zijn die voor de praktijk veel winst zou opleveren (McGorry 2007).

Spectrumdiagnosen

Een vernieuwing in de DSM-5 is dat men heeft getracht continuïteit binnen gerelateerde groepen stoornissen te verwerken. Dat blijkt soms uit de benaming van de hoofdstukken (*'schizophrenia spectrum and other psychotic disorders'*; *'bipolar and related disorders'*; *'autism spectrum disorder'*) en soms uit een herindelings (*'obsessive-compulsive and related disorders'*). De *'cross-cutting'* symptoomdimensies zijn

bedoeld om adequate diagnostiek van verminderde symptomen een plaats te geven (Narrow e.a. 2013). Een fundamentele vernieuwing in de DSM-5 is dat men heeft getracht continuïteit over de levensloop binnen gerelateerde groepen stoornissen recht te doen (geen aparte sectie meer voor kinder- en jeugdstoornissen). Dit is in aanleg gunstig om de continuïteit van zorg van patiënten over de levensloop te verbeteren en daarmee voor een integratie en betere positionering van de kinder- en jeugdpsychiatrie.

Kijk over de schutting – somatiek

Ook bij somatische aandoeningen is de ziekteleer begonnen met het beschrijven en classificeren van symptomen: datgene wat de goede observator kon waarnemen en wat met anderen kon worden gedeeld. Pas met het ontwikkelen van nieuwe diagnostische methoden werden die ziektebegrippen verfijnd en aangepast, omdat bleek dat er onderscheid te maken was op basis van een beter begrip en objectivering van de onderliggende ziektemechanismen. Er zijn diverse voorbeelden van ziekte-entiteiten die door verrassende nieuwe bevindingen volledig zijn herzien (de maagzweer voor en na de ontdekking van *Helicobacter pylori*). Andere worden nog voortdurend aangepast op grond van bijvoorbeeld de reactie op specifieke behandelingen (oncologie).

Ook in de somatiek wordt gediscussieerd over de meest passende grens tussen ziek en gezond (veranderende inzichten over betekenis, definiëring en behandeling van hypertensie) en worstelt men met nieuwe ziektecategorieën of classificaties die recht beogen te doen aan de geleidelijke overgang van het een naar het ander (bijvoorbeeld *mild cognitive impairment* als toestand van verhoogd risico voor dementie).

Daarnaast zien we ook in de somatiek aanzienlijke verschillen in beloop en behandelrespons tussen patiënten met eenzelfde diagnose, en is men volop aan het subclassificeren om deze heterogeniteit te verminderen. Een belangrijk verschil met de psychiatrie is echter dat wij veel minder kunnen beschikken over objectieve tests en een goed begrip van de etiopathogenese. De kunst is om die beperkingen te erkennen, met daarbij de verwachting dat verdere aanpassingen van onze diagnostiek in het verschiet liggen. Dat is patiënten heel goed uit te leggen.

Conclusie

'While DSM has been the cornerstone of substantial progress in reliability, it has been well recognised by both the American Psychiatric Association and the broad scientific community working on mental disorders that past science was not mature enough to yield fully validated diagnoses – that is, to provide consistent, strong, and objective scientific validators of individual DSM disorders.'

Deze disclaimer op blz. 5 van de inleiding van het lijvige werk (APA 2013) vat samen dat men vindt dat de stand van de wetenschap onvoldoende is om tot een valide psychiatrische diagnostiek te kunnen komen. Dat is eerlijk, maar ook teleurstellend en wellicht een reden om niet verder te lezen. Die conclusie zou onterecht zijn. De DSM-5 is – op onderdelen – echt een verbetering ten opzichte van de DSM-IV. Echter, een fundamentele verschuiving in de richting van een goed gevalideerde psychiatrische diagnostiek biedt de DSM-5 niet. Daarmee biedt deze versie geen fundamentele verbetering van de positie van onze patiënten en ook niet voor die van de psychiater.

De vraag is of het beter zou kunnen. Wij hebben in Europa een diagnostische traditie waarbij data over etiologie, pathogenese, beloop en respons op behandeling in de diagnostiek betrokken worden. Recente aanzetten om naar stagering en profilering te gaan, waarbinnen, uitgaande van de hoofdstructuur van de DSM en de ICD, klinisch

relevante data in de diagnostiek betrokken worden, kunnen hierbij helpen.

In hun eerdergenoemde artikel houden Kapur e.a. (2012) een overtuigend pleidooi voor 'stratified psychiatry' waarbij combinaties van symptomen en neurobiologische criteria worden onderzocht om de klinische validiteit van de categorieën te vergroten. Onze diagnostiek zou dan veel dominanter kunnen worden in het bepalen van de gewenste organisatie en bekostiging van de zorg en daarmee een stevige bijdrage leveren aan een betere positionering van onze patiënten en van de psychiatrische zorg. Juist Nederland, met relatief goed georganiseerde netwerken van universitaire instellingen en ggz-instellingen die gezamenlijk vrijwel alle psychiatrische patiënten behandelen, zou in staat moeten zijn om deze gegevens systematisch te verzamelen en ervan te leren. Het wordt tijd om het daarover te hebben.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5de versie). Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
- Beekman ATF, Denys D, van Hemert B, Hodiament P, Hoogendijk W, Kahn R, e.a. Brief aan leden van de Staten-Generaal over overheveling van de medisch specialistische kinder- en jeugdpsychiatrie naar de gemeenten. Utrecht: 25 juni 2013. <http://www.petitiejeugdggz.nl/wp-content/uploads/2013/06/Brief-kernhoogleraren-Psychiatrie-van-de-Nederlandse-Universiteiten.pdf>
- Brink R van den. CVZ wil ggz-zorg beperken. NOS 2013. <http://nos.nl/artikel/464878-cvz-wil-ggzzorg-beperken.html>
- Heijnen H, Beekman ATF, Verheul R, Dekker J. Kostenstijging ggz wordt overdreven. Medisch Contact 2013; 40: 2023-5.
- Insel T. Director's Blog: Transforming diagnosis. 2013. <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>
- 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.
- Loonen A. Handboek is dwangbuis. NRC 24 november 2012.
- McGorry P. Issues for DSM-V: clinical staging: a heuristic pathway to valid nosology and safer, more effective treatment in psychiatry. Am J Psychiatry 2007; 164: 859-60.
- 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.
- Pinel P. Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale; ou la manie. Parijs: Chez Richard, Caill et Ravier libraires; 1801.
- Schoevers R, Kahn R, van Os J, Hoogendijk W, Zitman W, Denys D, e.a. Geestesziek is ook gewoon ziek, mevrouw Schippers. NRC 21 juni 2011.
- Tilburg W van. Van diagnostiek naar dialoog. Inaugurale rede. Amsterdam: VU 1981.
- Ustün TB, Chatterji S, Kostanjsek N, Rehm J, Kennedy C, Epping-Jordan J, e.a. Developing the World Health Organisation Disability Assessment Schedule 2.0. Bull World Health Organ 2010; 88: 815-23.

SUMMARY

Are psychiatric patients likely to benefit from DSM-5?

A.T.F. BEEKMAN, R.A. SCHOEVERS

BACKGROUND The diagnosis plays a central role in medicine. If the validity of a diagnosis is in doubt, there will be doubt with regard to the existence of illness, the legitimacy of illness-behavior in the patient and the necessity of medical treatment. In this paper we discuss the changes made in DSM-5, testing whether they will contribute to a better position of our patients and of psychiatry.

AIM Critical appraisal of the changes made in DSM-5 and their potential impact on the position of our patients and of psychiatry.

METHOD Critical discussion.

RESULTS DSM-5 has seen improvements in a series of essential areas, which will indeed benefit our patients. However, the most fundamental problems inherent in a system that aims to classify symptoms, disregarding their etiology, have not been solved.

CONCLUSION Given our infrastructure, we are well positioned to further develop and standardise appropriate medical specialty psychiatric diagnosis. This is more fruitful than ongoing criticism of DSM.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)3, 217-221

KEY WORDS DSM-5, patients, psychiatry

