

Hoe valide is onze diagnostiek?

A.J.L.M. VAN BALKOM

Ik weet niet hoe het u vergaat, maar wanneer ik een dergelijke titel lees, denk ik meteen aan een knorrig verhaal, waarin de diagnostiek in de psychiatrie vergeleken wordt met die uit de somatiek, en waarin wij psychiaters het om onze oren krijgen met onze zwakke, weinig objectiveerbare criteria, die vanzelfsprekend tot weinig betrouwbare diagnoses moeten leiden. Als u dit dacht, dan heeft u het mis. Dit verhaal gaat over iets anders. U kunt dus nog stoppen met lezen. Er wordt wel gemopperd in dit verhaal, maar met mate. Ik vind onze diagnostiek namelijk helemaal zo slecht nog niet. Dat durf ik zelfs te beweren zonder een vergelijking te maken met de interne geneeskunde. We hebben onze diagnostiek ruim twintig jaar op orde. Met de komst van de derde versie van het *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III; American Psychiatric Association 1980) is ons diagnostische proces eenduidig geworden. Deze grote sprong voorwaarts maakte vergelijking van onderzoeken mogelijk, leidde tot een betere uitwisselbaarheid van klinische gegevens, en droeg bij aan het totstandkomen van gestructureerde psychiatrische interviews als het *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI; Robins e.a. 1988) en het *Structural Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders* (SCID; First e.a. 1996). Met dergelijke interviews wordt op systematische wijze een groot deel van de DSM doorgenomen. Het afnemen van de SCID heeft het meeste weg van het doen van een psychiatrische tractusanamnese.

Een tractusanamnese ontbreekt eigenlijk in de psychiatrische diagnostiek. Het diagnosticeren van de hoofdklacht is in de klinische praktijk meestal geen probleem. Het gaat hier namelijk om het systematisch uitvragen van de aanmeldklacht (bijvoorbeeld somberheid). In de praktijk blijkt het diagnosticeren van nevenklachten, die kunnen leiden tot het bijstellen van de diagnose of tot het stellen van nevendiagnosen, niet te gebeuren. Een klassiek voorbeeld is het niet uitvragen van hypomane of manische episoden bij een patiënt met somberheidsklachten. Maar ook al doet u dit wel, dan nog durf ik – mopperend – te beweren dat wij het geheel aan psychopathologische klachten van onze patiënten in de klinische praktijk slecht in kaart brengen. Niet iedere collega is overtuigd van het nut hiervan. In een nascholing, waarin het gebruik van de SCID op video werd vertoond en de gedemonstreerde patiënt de vragen frequent bevestigend beantwoordde, vond een van de na te scholen collega's, die een aanhanger was van het vrije interview, dat de interviewer direct met de SCID had moeten stoppen, omdat hier sprake zou zijn van een patiënt met een afhankelijke persoonlijkheid. Ik vond het vreemd dat hij niet schrok van het feit dat de patiënt die op de video werd vertoond zoveel bijkomende diagnoses had. Mag ik hier wel een vergelijking maken met de interne geneeskunde? Heeft u wel eens een internist gezien die stopte met de tractusanamnese omdat de patiënt de vragen te frequent bevestigend beantwoordde en daarom te afhankelijk zou zijn?

Gestructureerde interviews zijn een uitstekend middel om aanwezige klachten in kaart te brengen en formele DSM-diagnosen te stellen. Het gebruik heeft helaas ook een minder plezierige kant. Voor zowel professional als patiënt betekent het een grote tijdsinvestering. Daarbij is de vraag relevant of we wel iets doen met die nevendiagnosen. Leiden ze tot een ander behandelbeleid? Wordt de prognose beïnvloed? Duurt de behandeling langer? Er zijn in de literatuur aanwijzingen dat patiënten met comorbiditeit, in vergelijking met patiënten met slechts één DSM-diagnose, lijden aan ernstiger verschijnselen die bovendien langer bestaan, ernstiger sociale gevolgen ondervinden van de psychiatrische aandoeningen, meer gebruik maken van gezondheidszorgvoorzieningen en moeilijker te behandelen zijn. In dit licht bezien, wil comorbiditeit dus zeggen dat er sprake is van een ernstiger aandoening.

Het percentage patiënten met comorbiditeit is relatief hoog. Uit de resultaten van de Amerikaanse National Comorbidity Study blijkt dat van de Amerikanen met een psychiatrische aandoening 56% voldoet aan de criteria van twee of meer diagnoses (Kessler e.a. 1994). Voor de Nederlandse situatie is dit getal ook hoog, maar lager dan het Amerikaanse cijfer, namelijk 45% (Ravelli e.a. 1998). Uit dit onderzoek bleek dat vrouwen, ongehuwde of gescheiden personen en laagopgeleide personen een grotere kans hebben op het vóórkomen van meer dan één psychiatrische stoornis.

Er is een andere kant aan deze observaties. Critici stellen dat comorbiditeit in werkelijkheid niet bestaat, maar een artefact is dat veroorzaakt wordt door het kunstmatig opdelen van de 'neurosen' uit de DSM-II in diverse nieuwere DSM-categorieën. Recent Nederlands onderzoek ondersteunt deze bevinding: comorbide diagnoses vormen een samenhangend patroon, dat verdacht veel lijkt op de vroegere neurosegroepen (Vollebergh e.a. 2001). Deze bevindingen suggereren dat gevonden comorbiditeit eerder een artefact is van de opsplitsing van de DSM, dan van het aanwezig zijn van twee of meer onafhankelijke psychiatrische aandoeningen bij dezelfde persoon.

Wat staat ons nu te doen? Doorgaan met de huidige klinische impressies in de intake? Standaard een psychiatrische tractusanamnese afnemen? Het systematisch uitvragen van de SCID implementeren? Vertrouwen op de DSM-IV of hopen op een betere DSM-V waarin de vroegere neurotische beelden weer als zodanig geclusterd zijn? Een antwoord op basis van wetenschappelijke gegevens is er niet. DSM-criteria zijn grotendeels consensus-based totstandgekomen. Nieuwe DSM-versies zullen kleinere of grotere verbeteringen aanbrengen, maar voor de afgrenzing van onze syndromen blijven we in het duister tasten als we niet van een pathologisch substraat kunnen uitgaan. Twintig jaar DSM-diagnostiek heeft ons vak geen windeieren gelegd. De validiteit van onze diagnostiek is echter niet verbeterd!

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3de versie). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., e.a. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., e.a. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Ravelli, A., Bijl, R.V., & van Zessen, G. (1998). Comorbiditeit van psychiatrische stoornissen in de Nederlandse bevolking: resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 40, 531-544.
- Robins, L.N., Wing, J., Wittchen, H.U., e.a. (1988). The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1069-1077.
- Vollebergh, W.A., Iedema, J., Bijl, R.V., e.a. (2001). The structure and stability of common mental disorders: the NEMESIS study. *Archives of General Psychiatry*, 58, 597-603.