

# DSM-5; ook eens een positief geluid

T.A.M.J. VAN AMELSVOORT, F. VAN DEN EEDE, K. GOETHALS, H.J.C. VAN MARLE, A.-J. BEEKMAN



ARTIKEL



Hij is er: de DSM-5! De aanloop naar het verschijnen van de nieuwe editie van het psychiatrisch classificatiesysteem heeft geleid tot veel discussie, zowel in binnen- als buitenland. Criticasters, onder wie ex-pleitbezorgers van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) die hun standpunt in de loop der jaren hebben gewijzigd, verschenen uitgebreid in de media om de DSM-5 al te veroordelen voordat het boek verschenen was en degenen die hem gaan gebruiken, zelf de gelegenheid hadden deze te beoordelen (Maassen 2010).

Na al deze toch veelal negatieve aandacht vanuit de media, vonden wij het nu, bijna een jaar na het verschijnen, het gepaste moment met dit themanummer te komen. Ons doel is u een overzicht te geven van de belangrijkste wijzigingen ten opzichte van zijn voorganger, de DSM-IV, maar ook willen wij een eigen oordeel geven over de DSM-5 en de positie ervan binnen ons vakgebied. Het verschijnen van de DSM-5 is een uitgelezen gelegenheid om te bezien waar we nu eigenlijk staan in de psychiatrie. Is al deze recente kritiek wel terecht?

Het moge duidelijk zijn dat er op diverse terreinen de afgelopen jaren wetenschappelijke successen geboekt zijn, zoals de toegenomen kennis over de structuur en het functioneren van ons brein en het inzicht in de ingewikkelde genetische mechanismen die onze kwetsbaarheid en ons weerstandsvermogen reguleren. Echter, betrouwbare diagnostiek, of beter gezegd, het ontbreken daarvan, is nog steeds een van de grote tekortkomingen van de psychiatrie. Daar worden we nu met het verschijnen van de DSM-5 helaas opnieuw op een pijnlijke wijze mee geconfronteerd.

De hoop dat de DSM-5 hierin verandering zou brengen, heeft misschien tot irrealistische verwachtingen geleid. De DSM is slechts een classificatiesysteem en is dat altijd geweest. In de dagelijkse klinische praktijk wordt dit echter niet altijd zo gezien, met name niet door beleidsmakers en zorgverzekeraars. Steeds meer worden we onder druk gezet om snel een diagnose te kiezen, ook als wij als behandelaars nog even wat meer tijd nodig hebben omdat we nog niet precies weten wat er met onze patiënten aan de hand is.

## Cultuur en taal

Andere aspecten die niet onderschat mogen worden, zijn de cultuur- en taalverschillen tussen de makers van de DSM enerzijds, toch vooral een Amerikaanse aangelegenheid, en de wereldwijde gebruikers ervan anderzijds. Dit blijkt onder andere wanneer Allen Frances, DSM-coryfee en -criticus, gevraagd wordt naar het verschil tussen classificatiesysteem en diagnostisch middel, en hij aangeeft dat verschil niet te weten en het vooral als een semantische kwestie te zien (Maassen 2013).

We moeten niet vergeten dat de DSM ooit tot stand gekomen is om de grote internationale spraakverwarring te beëindigen die er op dat moment in de psychiatrische literatuur heerste. De bedoeling was orde te scheppen in deze verwarring en met één taal te spreken, letterlijk en figuurlijk. Dit is, als we het over de DSM hebben, dan wel de 'Amerikaanse' taal geworden.

Meer dan de andere medische specialismen, is ons vakgebied bij uitstek gevoelig voor taal en culturele context, iets wat we dus ook bij de interpretatie van de DSM in ons achterhoofd moeten houden. Aangezien de Nederlandse vertaling van de DSM-5 ten tijde van dit schrijven nog niet afgerond was, hebben we er in dit themanummer voor gekozen om de Engelse benamingen voor de diagnoses te hanteren zoals vermeld in de oorspronkelijke DSM-5-versie.

## Toekomst

Hoe ziet de toekomst van de DSM, of liever gezegd de psychiatrische diagnostiek eruit? Een optimistisch geluid is hier toch op zijn plaats vinden we. Allereerst lijkt er over het algemeen consensus te bestaan over de tekortkomingen van de DSM en de wens om psychiatrische diagnostiek meer vanuit symptoomdimensionen te benaderen in plaats van de huidige rigide categorieën. De DSM-5 heeft een eerste voorzichtige aanzet in deze richting gegeven.

Ten tweede vinden er diverse nieuwe initiatieven plaats om onze huidige diagnostiek te hervormen. Het stageringsconcept, de *Research Domain Criteria* (RDoC) en de precisiediagnostiek door middel van 'momentary assessment technology' zijn hier enkele voorbeelden van.

Het stageringsconcept, dat zijn oorsprong vindt bij de Australische McGorry, is eerder al uitgebreid besproken in het themanummer over stagering en profilering van dit tijdschrift (novembernummer 2012). De RDoC is (weer) een Amerikaans classificatiesysteem voor psychiatrische stoornissen dat voor onderzoeksdoeleinden is ontwikkeld en gebaseerd is op dimensionele gedragsuitkomsten en neurobiologische uitkomstmaten, zoals stress en de hypothalamus-hypofyse-bijnierschorsas (HPA-as), beloning en het beloningscircuit in de hersenen. Uit eigen land komt de ontwikkeling van precisiediagnostiek (van Os e.a. 2013). Dit concept gaat uit van het meten van de variatie in symptomen in reactie op de dagelijkse omgeving. Hiermee wordt veel uitgebreidere diagnostische informatie verkregen waarbij de patiënt zelf ook een actieve rol speelt.

Kortom, er zijn een aantal veelbelovende ontwikkelingen gaande binnen de psychiatrie, die in scherp contrast staan met de doemscenario's die de afgelopen tijd geschetst zijn (Maassen 2010). Wij wilden dan ook een wat positiever geluid laten horen. Op het aankomende voorjaarscongres in Maastricht zullen we dit themanummer op een symposium bespreken. Naar verwachting zullen we dan de Nederlandse versie kunnen bespreken. Voor nu wensen we u alvast veel leesplezier toe!

## LITERATUUR

- Maassen H. Alsof je doos van Pandora opent. *Medisch Contact* 2010; 65: 2386-9.
- Maassen H. Vijf vragen over DSM-5. *Medisch Contact* 2013; 68: 938-9.
- Os J van, Delespaul Ph, Wigman J, Myin-Germeys I, Wichers M. Beyond DSM and ICD: introducing 'precision diagnosis' for psychiatry using momentary assessment technology. *World Psychiatry* 2013; 12: 113-7.

## AUTEURS

**THERESE VAN AMELSVOORT**, hoogleraar Transitiepsychiatrie, Universiteit van Maastricht; tevens psychiater, Mondriaan, Virenze, de Koraalgroep en het Academisch Ziekenhuis Maastricht.

**FILIP VAN DEN EEDE**, medisch coördinator Universitaire Ziekenhuisdienst Psychiatrie, Campus, Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA); deeltijds docent Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI), Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit Antwerpen (UA).

**KRIS GOETHALS**, A-opleider psychiatrie GGZ Westelijk Noord-Brabant; directeur Universitair Forensisch Centrum, Universitair Ziekenhuis Antwerpen; Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI), Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit Antwerpen.

**HJALMAR VAN MARLE**, hoogleraar Forensische Psychiatrie, Erasmus Medisch Centrum en Erasmus School of Law, Erasmus Universiteit, Rotterdam; supervisor gedragskundige rapportages, ErasmusMC en LUMC; psychiater, forensische polikliniek Het Dok, Rotterdam.

**AART-JAN BEEKMAN**, hoogleraar Psychiatrie en hoofd van de afdeling Psychiatrie VUmc, Amsterdam; tevens lid van de raad van bestuur van GGZinGeest.

## CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr. Therese van Amelsvoort, Maastricht University, Department of Psychiatry and Psychology, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.  
E-mail: t.vanamelsvoort@maastricht-university.nl

Geen strijdige belangen meegedeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 23-12-2013.

## TITLE IN ENGLISH

DSM-5; a positive sound