

Psychiatrische diagnostiek: hoe een spagaat tot krampen kan leiden

J. DE FRUYT



Zelden haalt België het psychiatrisch wereldnieuws. Uitzonderingen hierop zijn de berichtgeving over euthanasie wegens psychisch lijden en een recent schrijven in *The Lancet Psychiatry*: 'Belgian Superior Health Council advises against the use of the DSM categories' (Vanheule e.a. 2019). Hoewel ogenschijnlijk zeer uiteenlopend, betreffen beide onderwerpen het wezenlijke karakter van psychiatrische stoornissen en hun verhouding tot andere (medische) aandoeningen. Kan een psychiatrische stoornis een ernstige en ongeneeslijke aandoening zijn, leiden tot een medisch uitzichtloze toestand van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden, waarbij euthanasie een optie is? Kunnen we psychiatrische stoornissen van normaliteit onderscheiden, kunnen we ze objectief vaststellen en kunnen ze als uitgangspunt dienen voor behandeling en organisatie van zorg?

Rapport

Aanleiding voor de correspondentie van Vanheule e.a. (2019) was het rapport van de Belgische Hoge Gezondheidsraad (2019): 'DSM(5): Toepassing en status van de diagnose en classificatie van geestelijke gezondheidsproblemen'. De auteurs van dit rapport (2 psychiaters, 4 psychologen, 3 filosofen, 1 socioloog en 1 ervaringsdeskundige; onder wie 2 Nederlanders) concludeerden vanuit epistemologisch perspectief dat psychiatrische stoornissen (zoals gedefinieerd in DSM en ICD) geen 'natuurlijke soorten' zijn en een causale impact hebben op degenen die ermee gelabeld worden. Vanuit sociologisch perspectief concludeerden zij dat diagnostische classificatie (en een biomedische benadering) leidt tot legitimatie van bestaande organisatiestructuren, verandering tegenhoudt en niet leidt tot afname van stigma of discriminatie. Vanuit klinisch perspectief concludeerden zij dat de huidige diagnoses tekortschieten wat betreft validiteit, betrouwbaarheid en voorspellende waarde; ook sluiten ze onvoldoende aan bij nieuwe concepten van gezondheid en herstel.

Als alternatieve benadering stellen de auteurs een meerlagige casusformulering voor: beschrijving van symptomen, klachten en lijden in de context van biografische informatie, existentiële uitdagingen, contextueel-interactioneel functioneren, mentale processen en biologische factoren. Classificatie dient zich hierbij te beperken tot een beperkt aantal overkoepelende syndromen.

Op basis hiervan formuleren zij aanbevelingen: o.a. niet-problematiserende en niet-medicaliserende benadering van mentale problemen (die een uitdrukking kunnen zijn van existentiële en sociale problemen), aandacht voor de subjectieve ervaring, aanbod van hulpverlening zonder formele diagnose als noodzakelijke voorwaarde, patiëntenperspectief en zingeving als centrale gegeven bij diagnostiek en behandeling, aandacht (bij casusformulering) voor de unieke interactie tussen o.a. mentale, existentiële, biologische, sociale en culturele factoren.

Enquête

Als vervolg op dit advies hield Psychosenet België een enquête onder 403 Belgische (n = 203) en Nederlandse (n = 200) cliënten: vragen over o.a. het aantal en de aard van gestelde DSM-diagnoses, de wijze van diagnosestelling (bijv. gedeelde besluitvorming en betrekken van belangrijke derden) en de impact (op cliënt, omgeving en hulpverlener) (<https://www.psychosenet.be/publications/resultaten-patientenbevraging-rond-dsm-diagnostiek-in-grafieken/>). Sara Vandekerckhove (2019) besprak de resultaten van deze enquête in een opinie-stuk. Enkele resultaten: bij de Belgische respondenten gaf 59% aan dat de diagnose niet werd gesteld op basis van gedeelde besluitvorming. Een even grote groep gaf aan dat belangrijke derden onvoldoende werden gehoord. Bij 51% resulteerde de diagnose in een beter begrijpen van zichzelf, 53% oordeelde dat hun diagnose leidde tot meer vooringenomenheid bij de hulpverlener.

Debat en kritiek

Zowel het advies van de Hoge Gezondheidsraad als de enquêteresultaten deden veel stof opwaaien onder Vlaamse psychiaters en hun wetenschappelijke vereniging. Wat betreft het advies formuleerden Bervoets e.a. (2019) namens de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie een reactie. Tevens vond op 12 september 2019 een debat plaats hierover. Kritiek betrof zowel de inhoud en de teneur van het advies als het proces waarmee het tot stand gekomen was.

In de werkgroep zetelden slechts 2 psychiaters op een totaal van 11 leden. De epistemologische, sociologische en klinische analyse (en gebruikte literatuur) werd als zeer selectief en eenzijdig (antipsychiatrisch) beoordeeld en vatbaar voor kritiek en noodzakelijke nuancerings. Ergernis over de teneur betrof tendentieuze uitspraken zoals ‘Sommige mensen hebben mogelijk medicatie nodig’. Aangeboden alternatieven hebben vooralsnog niet de toetsing van de praktijk (klinisch en wetenschappelijk) doorstaan. Geformuleerde aanbevelingen kenmerken zich hierdoor als opinie (van een kleine en selectieve werkgroep): stof tot discussie, maar hoegenaamd geen breed gedragen of wetenschappelijk advies.

De reacties op de enquête leken milder. Er waren weliswaar bedenkingen bij het representatieve karakter van de respondenten, maar er was vooral ook instemming met het belang van patiëntenparticipatie en overleg, en het besef dat het nog beter kan en moet.

Overpeinzingen

Enkele overpeinzingen nu het stof rond dit advies en enquête wat is gaan liggen. Een eerste gedachte betreft de gemiste kans. Nadenken over psychiatrische stoornissen, diagnosestelling en classificatie is uiteraard zinvol en dient een continue bekommernis te zijn voor onze beroepsgroep (Meynen & Ralston 2011; Glas 2012). De geformuleerde opinie heeft hiertoe bijgedragen, maar jammer genoeg vooral in de vorm van een polariserende discussie en een zich wederzijds niet begrepen voelen. Betere aansturing van het proces en systematische (i.p.v. narratieve) onderbouwing hadden kunnen leiden tot meer gedragenheid en meer impact: geen opiniestuk, maar een echt advies.

Een tweede, persoonlijke, gedachte betreft de beeldvorming (‘framing’) van psychiaters en hun praktijk. Een diagonale lezing van het advies en de neerslag hiervan in de populaire media geven een niet zo vleidend beeld van de psychiater in de ggz: deze hanteert een enge visie van psychische problemen (gereduceerd tot objectief vast te stellen fenomenen die deel uitmaken van enge, niet

LITERATUUR

- Bervoets C, Cattoor K, Baeken C, Van Den Bossche M, Peuskens H, Van den Broeck K, e.a. Points to consider regarding DSM alternatives. *Lancet Psychiatry* 2019; 6: 894-5.
- Glas G. Wat is een psychiatrische ziekte? In: Denys D, Meynen G, red. *Handboek psychiatrie en filosofie*. Utrecht: De Tijdstroom; 2012: p. 31-52.
- Hengeveld MW, Beekman ATF. Psychiatrische diagnostiek: per definitie gepersonaliseerd. *Tijdschr Psychiatr* 2018; 60: 151-5.
- Hoge Gezondheidsraad. DSM(5): Toepassing en status van de diagnose en classificatie van geestelijke gezondheidsproblemen. Brussel: HGR; 2019. Advies nr. 9360.
- Kendler KS. An historical framework for psychiatric nosology. *Psychol Med* 2009; 39: 1935-41.
- Markova IS, Berrios GE. Epistemology of mental symptoms. *Psychopathology* 2009; 42: 343-9.
- Meynen G, Ralston A. Zeven visies over een psychiatrische stoornis. *Tijdschr Psychiatr* 2011; 53: 895-903.
- Nieweg EH. De psychiater in spagaat – over de kloof tussen natuur- en geesteswetenschappelijke psychiatrie. *Tijdschr Psychiatr* 2005; 47: 239-48.
- Phillips J, Frances A, Cerullo MA, Chardavoyne J, Decker HS, First MB, e.a. The six most essential questions in psychiatric diagnosis: a pluralogue. Part 4: general conclusion. *Philos Ethics Humanit Med* 2012; 7: 14.
- Ruggero CJ, Kotov R, Hopwood CJ, First M, Clark LA, Skodol AE, e.a. Integrating the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) into clinical practice. *J Consult Clin Psychol* 2019; 87: 1069-84.

onderbouwde categorieën), werkt weinig tot niet samen met zijn of haar cliënt, opereert in verspreide slagorde (met collega's, andere hulpverleners, ervaringsdeskundigen en cliënten) en weigert gebruik te maken van alternatieven waarvan de doeltreffendheid bewezen is.

Volgens mij komt dit beeld niet overeen met de praktijk. Vele psychiaters beseffen de complexe realiteit van psychiatrische stoornissen en hanteren verschillende ziektemodellen, afhankelijk van de stoornis en het verloop ervan (Phillips e.a. 2012). Vele psychiaters maken het onderscheid tussen classificatie (gericht op een groep) en diagnostiek, die niet anders dan gepersonaliseerd (gericht op de hele persoon) kan en mag zijn (Hengeveld & Beekman 2018). Vele psychiaters betrekken (altijd impliciet, vaak ook expliciet) hun patiënten bij diagnosestelling. Op een oppervlakkig niveau betreft dit het bespreken van o.a. symptomen/tekenen (en daarbij gestelde diagnose) en het aftoetsen hiervan met de bevindingen van de patiënt. Op een meer fundamenteel niveau betreft dit de dialogische ontmoeting tussen psychiater en cliënt waarin de subjectieve ervaring/mentaal fenomeen als symptoom naar voren komt en wordt benoemd (Markova & Berrios 2009).

Veel psychiaters zullen met genoeg alternatieven voor de huidige classificatie en diagnostiek (zoals de *Research Domain Criteria* en de *Hierarchical Taxonomy of Psychopathology*) omarmen zodra deze hun wetenschappelijke en klinische waarde hebben bewezen (Ruggero e.a. 2019). Intussen lijkt veilig kiezen voor stabiliteit en kleine stappen voorwaarts beter dan een paradigmatische shift (Kendler 2009).

Zoals Nieweg (2005) reeds beschreef, balanceert de psychiatrie (binnen een biopsychosociaal model) tussen natuur- en geesteswetenschap. Het goed uitvoeren van deze spagaat vraagt grondige training (in de verschillende polen) en volharding. Deze spagaat dient vooral ook soepel te worden uitgevoerd: eenzijdig en continu doorwegen op één been leidt tot het verdwijnen van onze unieke identiteit of tot een pijnlijke kramp. Afhankelijk van de problematiek en de fase in de problematiek kan/moet men het zwaartepunt verleggen. Op de keper beschouwd, is deze soepele spagaat onvoldoende aanwezig in het beschreven advies/opinie, met onvermijdelijke en pijnlijke krampen tot gevolg... Dit kan en moet beter!

- Vandekerckhove S. 'Nee psychiaters, jullie luisteren veel te weinig naar ons': enquête toont hoe patiënten te weinig betrokken worden bij diagnose. De Morgen 17 oktober 2019. (<https://www.demorgen.be/nieuws/nee-psychiaters-jullie-luisteren-veel-te-weinig-naar-ons-enquete-toont-hoe-patienten-te-weinig-betrokken-worden-bij-diagnose~b3f339dec/>)
- Vanheule S, Adriaens P, Bazan A, Bracke P, Devisch I, Feys JL, e.a. Belgian Superior Health Council advises against the use of the DSM categories. *Lancet Psychiatry* 2019; 6: 726.

AUTEUR

JÜRGEN DE FRUYT, psychiater, dienst Psychiatrie, AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV, Brugge en bestuurslid van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Jürgen De Fruyt, dienst Psychiatrie, AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV, Rudershove 10, 8000 Brugge, België.
E-mail: jurgendefruyt@skynet.be

Geen strijdige belangen meegegeed.

TITLE IN ENGLISH

Psychiatric diagnosis: how a split can lead to cramps