

Diagnostiek en classificatie scheiden in de psychiatrie

Hoe de DSM-5 zinvol ingezet kan worden voor het vak

A.M. RUISSEN

ACHTERGROND In de geneeskunde is het vanzelfsprekend om eerst een diagnose te stellen, voordat men classificeert. In de psychiatrie is de verhouding tussen diagnostiek en classificatie minder helder.

DOEL De relevante classificatiesystemen en de samenhang tussen diagnostiek en classificatie bespreken en onderzoeken welke verhouding tussen diagnostiek en classificatie de voorkeur verdient voor de psychiatrie.

METHODE Literatuuronderzoek en conceptuele analyse, aan de hand van richtlijnen, de profielschets en handboeken.

RESULTATEN De weging, een belangrijk onderdeel van het psychiatrisch diagnostisch proces, kan alleen een plek krijgen als diagnostiek en de classificatie resoluut gescheiden onderdelen worden. In die weging krijgen klinische fenomenen, zoals ziekte winst, ziekte verlies, objectivering, reïficatie, en de vraag 'is dit wel psychiatrie' een plek.

CONCLUSIE Uniformering van de bestaande richtlijnen en een paraplurichtlijn over diagnostiek, net als het opnemen van classificaties uit twee classificatiesystemen in medisch-psychiatrische diagnostiek kunnen daarbij van belang zijn.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)8, 523-530

TREFWOORDEN classificatie, diagnose, DSM, ICD, PDM



'Names do not create illness forms; they only comfort the doctors and impress the relatives'
Menninger e.a. 1958

Recent kwam de DSM-5 uit. In de populaire media zwol een storm van kritiek aan, en ook in de vaktijdschriften waren de negatieve kanttekeningen niet van de lucht. Hoewel er aanhoudend kritiek is rondom de opeenvolgende DSM-versies, is dit handboek wel de standaard wat betreft psychiatrische diagnostiek en classificatie in Nederland, en niet alleen in de behandelkamer, maar ook in de forensische setting, in rapportages, DBC's, verzekeringskwesties en zelfs civielrechtelijke zaken.

Autoriteiten laten van zich horen in bijvoorbeeld interviews om kaders helder te krijgen en nuances aan te brengen. Hoogleraar Aartjan Beekman in *Medisch Contact*: 'Met de DSM kunnen we heel betrouwbaar de symptomen van patiënten rangschikken. Dat is nuttig, maar het is géén diagnose. Psychiatrische diagnostiek gaat in op de oorzaken en betekenis van een ziekte, en is bedoeld om te helpen bij de keuze van een passende behandeling' (Maassen 2013); en een maand later in datzelfde blad: 'Een diagnose is basaal; dat doe je in de rest van de geneeskunde toch ook. (...) Ik herhaal nog maar eens dat DSM in de eerste plaats classificatie is, geen diagnostiek. Artsen die het verschil tussen die twee niet kennen, moeten terug naar school' (Maassen 2013). Maar hoe zit het eigenlijk precies met diagnostiek en classificatie?

In de geneeskunde is het over het algemeen vanzelfsprekend om eerst een diagnose te stellen, voordat men classificeert. In de psychiatrie ligt dat anders. Daar wordt verschillend gedacht over hoe diagnostiek en classificatie precies samenhangen (van Yperen & Giel 1995). Diagnostische criteria en classificaties lopen nogal eens door elkaar. Een helder begrip van deze concepten is relevant in het licht van de introductie van de DSM-5.

Alvorens die scheiding aan de hand van richtlijnen, de profielschets en handboeken te bepleiten, bespreek ik in dit artikel modellen van samenhang tussen de diagnostiek en classificatie, en behandel ook de voor de psychiatrie relevante classificatiesystemen.

Classificatie en classificatiesystemen in de psychiatrie

Pinkhof Geneeskundig woordenboek definieert een diagnose als: 1. 'de naamgeving van een bij de patiënt geconstateerde aandoening' of 2. 'een herkenning, onderscheiding en vaststelling van een aandoening' en classificatie als: 'een indeling van verschijnselen in klassen of rubrieken, bijv. indeling van micro-organismen, comavormen, tumoren' (van Everdingen & van den Eerenbeemt 2012). Classificaties kunnen onder andere gebruikt worden voor staging en indeling van psychiatrische stoornissen.

Diagnostiek zou men kunnen omschrijven als individueel maatwerk, een doorlopend iets dat zowel een proces is, als het product van dat proces, waarbij er een weging van gegevens plaatsvindt en er ruimte is voor etiologie en hypothesevorming op basis van een bepaald theoretisch kader. Classificatie daarentegen is universeel, statisch, descriptief, veelal dichotoom of polytoom, en in het geval van de DSM etiologievrij en atheoretisch (APA 2001), hoewel daar nog wel het een en ander op aangemerkt kan worden. Classificaties zijn zinvol om willekeur in etikettering te voorkomen. Hoogleraar Jim van Os stelt: 'De eerste DSM dateert uit de jaren vijftig. Toen had ongeveer elke kliniek zijn eigen psychiatrische labels. Het ging er toen om wat in land A of land B, en ziekenhuis A of ziekenhuis B, werd bedoeld met een ziekte als depressie of schizofrenie. Aan die kakofonie moest een einde komen' (Anon. 2013). Voor de psychiatrie zijn met name drie classificatiesystemen relevant: de ICD, de PDM en de DSM.

Buiten de psychiatrie is de *International Classification of Diseases*, 10de versie (ICD-10; WHO 2010) het belangrijkste classificatiesysteem. Dit systeem komt uit de koker van de Wereldgezondheidsorganisatie. De ICD-10 is de meest gebruikte classificatie in de wereld, bestrijkt de gehele geneeskunde inclusief de psychiatrie en wordt - ook in Nederland - gebruikt door de somatisch specialisten en huisartsen. De ICD-10 heeft drie assen: op de eerste as de klinische diagnose in de vorm van de letter-cijfercombinatie,

AUTEUR

ANDREA RUIJSSEN is wetenschapsfilosoof, arts in opleiding tot psychiater bij GGZ inGeest en promovenda bij de afd. Metamedica, VUmc, Amsterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

A.M. Ruissen, HWW 90-95, Oostmolenweg 101, 4481 PM Kloetinge.
E-mail: ruissen@emergis.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 15-1-2014.

op de tweede as eventuele beperkingen die de diagnose met zich mee brengt en op de derde as omgevingsfactoren en factoren gerelateerd aan de persoonlijke levenssfeer. In niet-westerse culturen, bijvoorbeeld in de Arabische wereld, wordt de ICD-10 ook in de psychiatrie gebruikt, in plaats van de DSM. De ICD-10 heeft van de verschillende classificatiesystemen de hoogste betrouwbaarheid (Stein e.a. 2013).

De *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM; PDM Task Force 2006) is opgesteld door verschillende psychoanalytisch georiënteerde organisaties uit de VS en heeft drie assen. Op de P-as staan persoonlijkheidspatronen en -stoornissen, de M-as bevat het mentaal functioneren en de S-as de subjectieve ervaring. Verder maakt de PDM onderscheid tussen drie populaties: volwassenen, kinderen en jeugdigen, en jonge kinderen van 0 tot 3 jaar. De PDM gaat uit van opvattingen over normaliteit en beschrijft van daaruit het pathologische. Het psychisch functioneren wordt beschreven op grond van gedrag en op basis van subjectieve bewuste en onbewuste belevingen. De PDM houdt niet alleen rekening met recente ontwikkelingen in de psychoanalytische traditie, maar ook in de psychologie, de neurobiologie en de systeembenadering. Dit classificatiesysteem wordt niet vaak gebruikt in Nederland.

In Nederland en de meeste ons omringende landen is de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) de standaard voor psychiatrische classificaties. De DSM-IV-TR (APA 2001) classificeert nog op vijf assen, met op as I klinische stoornissen en andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn, op as II de persoonlijkheidsstoornissen en zwakbegaafdheid en op as III somatische aandoeningen, waarbij teruggevallen wordt op de ICD-9 of -10. As IV is er voor de psychosociale en omgevingsproblemen en op as V staat de algehele beoordeling van het functioneren (*global assessment of functioning*) in de vorm van een GAF-score. De DSM-5 heeft dit assenstelsel

en ook de GAF-score niet meer. Wel is er ruimte om de ernst aan te geven (*mild, moderate of severe*).

Het voorwoord van de DSM-IV geeft de diagnosticus een aantal belangrijke eisen mee: *'Het is van groot belang dat de DSM niet op een mechanische wijze gebruikt wordt door onervaren en niet opgeleide personen. De diagnostische criteria zijn bedoeld als richtlijnen bij de beoordeling, en niet om gebruikt te worden als een soort kookboek.'* En verder: *'Een classificatie is alleen betrouwbaar te maken als de beoordelaar deze kan afwegen tegen zijn professionele ervaring. Indien er een discrepantie is mag de DSM-IV-classificatie niet gemaakt worden'* (APA 2001). Ook de DSM-5 waarschuwt voor oneigenlijk gebruik, met name in de rechtszaal (APA 2013).

Kritiek op de DSM-IV en ook de net verschenen DSM-5 is er, zoals al gezegd, volop. Hoogleraar Nancy Andreasen, één van de redacteurs van de DSM-III en oud-hoofdredacteur van het toonaangevende *American Journal for Psychiatry*, zegt: *'History taking has been reduced to the use of checklists' en 'validity has been sacrificed to achieve reliability. DSM diagnosis have given researchers a common nomenclature...but probably the wrong one'* (schriftelijke mededeling 2013). In Nederland kreeg de DSM zelfs de weinig flatteuze typering van 'waansysteem' (Eikelenboom 2011) mee, en ook deze kritiek: de *'DSM (...) leidt alleen maar tot het afvinken van symptomen'* (Verhaak 2011). Tot slot staat volgens hoogleraar Psychiatrische Epidemiologie Peter de Jonge de DSM-5 wat sommige stoornissen betreft *'op het randje van wetenschappelijk faillissement'* (Anon. 2012).

Samenhang diagnostiek en classificatie

Er zijn drie modellen beschreven voor de samenhang tussen diagnostiek en classificatie voor psychische stoornissen en gedragsstoornissen (Van Yperen & Giel 1995). Als eerste noem ik het model van een resolute scheiding. Vanuit de sociale wetenschappen worden diagnostiek en classificatie gedefinieerd als elkaar uitsluitende begrippen. Diagnostiek bestaat eruit een uniek, gedetailleerd en compleet klinisch beeld te krijgen, om zo de problematiek te kunnen begrijpen met als doel indicatiestelling en behandeling. Classificatie is dan slechts het onderbrengen in een categorie om overeenkomsten met beelden van andere patiënten te vinden om zo iets te kunnen zeggen over prognose of effectiefste behandeling.

Het tweede model is dat van de gedeeltelijke overlap. In de Engelstalige literatuur overlappen diagnostiek en classificatie veelal. Om onderscheid te maken tussen diagnostische classificatie en de diagnose *an sich* wordt voor deze laatste wel de term 'diagnostische formulering' gebruikt, een beschrijving op individuniveau, terwijl diagnostische classificatie indeelt naar globale kenmerken waarin het individu herkenbaar moet zijn.

In het derde model is het één een onderdeel van het ander.

Daarvoor worden de begrippen 'diagnostiek in engere' en 'diagnostiek in ruimere zin' wel gebruikt, waarmee overigens soms precies het omgekeerde bedoeld wordt. Zo kan de diagnose op individuniveau gezien worden als diagnostiek in engere zin en bevat diagnostiek in ruimere zin ook de classificatie. Maar diagnostiek in engere zin wordt ook wel gebruikt voor alleen de classificatie, terwijl de ruimere opvatting dan ook de diagnostische formulering bevat.

Welk model is nu het meest passend voor de psychiatrie? De eerdergenoemde citaten spreken van afvinken, checklists en kookboekdiagnostiek, dat past het beste bij wat in het derde model diagnostiek in engere zin, namelijk alleen classificatie genoemd wordt. Wie de serie 'Kijken in de Ziel' van Coen Verbraak (Zie <http://www.uitzendinggemist.nl/programmas/5755-kijken-in-de-ziel-psychiaters>) volgde, denkt misschien zelfs dat classificatie hetzelfde is als diagnostiek. Op de vraag wat een depressie is, antwoordden de hooggeleerde geïnterviewden namelijk niet met een verhandeling over de aard en het wezen van het fenomeen 'depressie', maar met een opsomming van de DSM-criteria. Ook de meeste behandelrichtlijnen beperken zich bij het beschrijven van de betreffende stoornis tot het opnoemen van DSM- en soms ook ICD-criteria.

Toch wordt meestal het tweede model, waarin diagnostiek en classificatie deels overlappen, gezien als passend voor de psychiatrie (van Yperen & Giel 1995). Het woordje 'diagnostic' in *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* geeft daar ook wel enige aanleiding toe. Hoogleraar Rutger Jan van der Gaag, oud-voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, zegt daar echter over: *'Wetenschappelijke en klinische categorieën zijn (...) niet één pot nat. Toch denken veel psychiaters dat helaas wel, zegt Van der Gaag, door een banaal vertaalprobleem. 'In het Engels betekent 'diagnostic' diagnose. In het Amerikaans classificatie. Gebruik je de DSM als diagnose-instrument, dan ga je labels plakken: 'Jij hebt deze ziekte'. In de praktijk wordt de DSM gebruikt voor indicatiestelling in de zorg, en om vergoedingen van verzekeraars te krijgen. Maar de DSM is opgezet als een classificatiesysteem om de wetenschappelijke werkelijkheid te vatten. Ze zou daarom beter CSM kunnen heten'* (van Hintum 2011).

Diagnostiek en classificatie in de psychiatrie: wegen

Het tweede of het derde model lijkt dan wel het meest passend, beide staan echter haaks op wat psychiaters zelf onderling afspraken over hoe zij het vak willen invullen. Zij willen het eerste model, zo blijkt uit de Profielschets van de NVvP: *'Ten behoeve van de efficiëntie laat de psychiater zich bij het vaststellen van ziekte leiden door de principes van de differentiële diagnostiek, zoals die in de geneeskunde algemeen toepassing vindt (...) gericht op patroonherkenning (...) en (...) op identificatie van mogelijke oorzaken (...). De eerste stap*

leidt tot een 'classificatie' en de tweede tot een 'diagnose' (NVvP 2005). Een resolute scheiding van diagnostiek en classificatie dus, volgens het eerderbesproken eerste model.

De Profielschets gaat nog verder: *'Bij het vaststellen van ziekte betreft de psychiater de omstandigheden van de patiënt. (...) De psychiater kent daarom de juiste rol toe aan omgevingsfactoren bij het ontstaan en onderhouden van klachten en ziekteverschijnselen, en aan factoren die de gezondheid kunnen bevorderen. Daarbij dient ook rekening te worden gehouden met het tijdsverloop, zodat informatie over de ontwikkelingsgeschiedenis van de patiënt en diens toekomstperspectief moeten worden meegewogen. Overigens bestaat er ook 'normaal' lijden, waarbij negatieve cognities, emoties en intenties een adequate afspiegeling zijn van de aard en intensiteit van negatieve levensomstandigheden. In zo'n geval behoeven mensen weliswaar hulp of steun, maar niet ook een psychiatrische behandeling.'* (NVvP 2005).

De Richtlijn Psychiatrisch onderzoek bij volwassenen stelt: *'De diagnose bestaat uit een diagnostische classificatie (DSM of ICD) en uit een beschrijvende conclusie (structuurdiagnose) op grond van alle verzamelde gegevens. (...) Met name het wegen van de relevantie van de gegevens vereist inzicht en ervaring'* (NVvP 2004). Deze maakt dus ook een duidelijk onderscheid tussen diagnostiek en classificatie, net als bijvoorbeeld de Richtlijn Psychiatrische rapportage (NVvP 2002).

Hoewel de opstellers van beide richtlijnen het dus eens zijn over een scheiding tussen diagnostiek en classificatie, gaat de tweede veel verder in het toekennen van belang aan de weging. In die richtlijn worden de interpretatie, weging, beschouwing of bespreking zelfs *'de spil van het psychiatrisch rapport'* genoemd: *'In het algemeen geldt dat de kwaliteit van het rapport in hoge mate wordt bepaald door de kwaliteit van de interpretatie, die weer bepaald door de transparantie en toetsbaarheid van de stappen in de redenering.'* Het gaat dus niet om 'juistheid', omdat die zelden met zekerheid vast te stellen is. De *'weging van de gegevens en de vertaling van de gegevens in een 'diagnose' (d.w.z. het medische argument om ziekte of een gebrek aan te nemen)'* zijn daarbij de twee eerste stappen, waarbij discrepanties tussen de subjectieve beleving van de patiënt en de 'objectivering' door de diagnosticus besproken moeten worden (NVvP 2002). Ook de Profielschets zegt: *'Bij het interpreteren van het verhaal van de patiënt houdt de psychiater er rekening mee, dat meegedeelde 'feiten' gekleurd kunnen zijn door herinneringen (...), wensen en emoties, zonder dat de patiënt zich daarvan bewust hoeft te zijn'* (NVvP 2005).

Het scheiden van de diagnose- en classificatiefase levert op dat beschreven moet worden welke symptomen de patiënt heeft en hoe deze gewogen en geïnterpreteerd kunnen worden als passend bij een bepaald patroon, syndroom of stoornis. In een diagnostische classificatie is voor een dergelijke onderbouwing geen ruimte.

Normaal lijden: grens tussen ziek en gezond

Het kwam al even aan de orde in de Profielschets van de psychiaters: het normale lijden. In de DSM-IV en DSM-5 wordt onderscheid gemaakt tussen wat men 'normaal', of althans 'geen stoornis', kan noemen, zoals zwakbegaafdheid, rouwreactie en levensfaseproblematiek (APA 2001). Dit zijn zogenaamde V-codes, bijkomende codes die relevant zijn, maar nog geen stoornis betekenen. (Het vaststellen van alléén een V-code maakt overigens in Nederland dat de verzekeraar niet vergoedt.) Dat de grens tussen normaal en gestoord in de psychiatrie nogal eens verschilt, in de geschiedenis, per patiënt, per psychiater en per instelling, moge duidelijk zijn. Van belang is dat steeds met redenen omkleed wordt waarom er sprake is van een ziekte of gebrek, zoals de Richtlijn Psychiatrische rapportages ook vereist.

Het *Leerboek psychiatrie* reikt hier een heel relevant en bruikbaar algoritme voor aan (Hengeveld & van Balkom 2005). Met name de eerste stap is: *'Zijn er stoornissen in de cognitieve, affectieve en conatieve functies én klinisch belangrijk lijden of beperkingen?'* Stoornissen in psychische functies alléén zijn dus niet genoeg. Dit past in de lijn van de DSM, die stelt dat er geen discrepantie mag zijn tussen de professionele ervaring van de diagnosticus en de classificatie. Daarbij is er ook een uitweg geformuleerd voor beelden bij patiënten die niet helemaal aan de criteria een bepaalde classificatie voldoen, maar van wie de diagnosticus toch echt vindt dat ze wel een psychiatrische stoornis hebben: in de DSM-IV de NAO-categorie (niet nader omschreven), in de DSM-5 de *'other specified'*- en *'unspecified'*-indeling. Over de NAO-categorie stelt de DSM-IV: *'Het beeld is in overeenstemming met de algemene richtlijnen van een psychische stoornis uit de diagnostische klasse, maar het geheel van symptomen voldoet niet aan de criteria van één van de stoornissen'* (APA 2001, 2013). Het scheiden van de diagnose- en classificatiefase levert hier op dat niet alleen beschreven moet worden welke symptomen de patiënt heeft en hoe deze geïnterpreteerd kunnen worden als passend bij een bepaald patroon, syndroom of stoornis, maar ook of de ernst en de aard zodanig zijn dat er daadwerkelijk gesproken kan worden van een psychiatrische ziekte of gebrek.

ADHD een diagnose?

Een probleem dat optreedt in een elkaar overlappende diagnostiek en classificatie is dat van de reïficatie (Nieweg 2011). Het volgende voorbeeld wordt dan nog al eens gebruikt. 'Fransje is erg druk, heeft een aandachtstekort en is hyperactief. Hij wordt gezien door de ggz en aan moeder wordt verteld dat hij ADHD heeft. Vervolgens vraagt de buurvrouw: wat is er met Fransje aan de hand, hij is zo druk?! Moeder zegt: dat komt omdat Fransje ADHD heeft.' Dit is een begrijpelijke, maar onjuiste voorstelling van zaken

van de moeder; Fransje is niet druk omdat hij ADHD heeft, nee, hij heeft ADHD (lees: hij heeft het etiket ADHD gekregen) omdat hij druk is. De hyperactiviteit en de aandachtsdisregulatie vormden de aanleiding voor het label ADHD; dit label kan echter beide fenomenen niet verklaren en is ook geen oorzaak ervan. Wat de oorzaak is van of een verklaring vormt voor ADHD is vooralsnog onduidelijk, er is geen afdoende verklarend model of hypothese: vanuit het psychoanalytisch of psychodynamisch denkkader, noch vanuit de farmacologie, noch vanuit de neurobiologie.

Vanzelfsprekend is ADHD wel een classificatie. Waarom kan een duidelijke scheiding tussen diagnostiek en classificatie nu nuttig zijn in de context van ADHD? Ten eerste zijn hyperactiviteit en aandachtsdisregulatie in zichzelf geen psychopathologische fenomenen. Een diagnosticus zal dus elke keer moeten beargumenteren waarom bij zijn of haar patiënt op dat moment beide fenomenen toch aanleiding geven tot het stellen van een classificatie. Onderzoek van het National Institute of Mental Health (NIMH) laat zien dat ADHD als zelfstandige stoornis wellicht geen bestaansrecht meer heeft. Door middel van factoranalyse werd aannemelijk gemaakt dat ADHD-symptomen vaak ook, of zelfs beter, verklaard kunnen worden door een andere stoornis of door een variatie op de normaliteit (Bilder 2011). Als men diagnostiek en classificatie resoluut scheidt, zal de diagnosticus dus ook moeten beargumenteren waarom hij of zij kiest voor de classificatie ADHD en niet voor een andere of voor geen diagnose. Classificatie is statisch, recente nieuwe inzichten kunnen er geen plek in krijgen. Diagnostiek is dynamisch en hierin kan een perspectief zoals aangedragen door het NIMH over ADHD wel verwerkt worden.

Ziektewinst en -verlies

Om een casus goed te begrijpen en om de fase na diagnostiek en classificatie, namelijk de indicatiestelling, zinvol te maken, zijn fenomenen zoals ziekte winst van belang. Geschat wordt dat er bij bijna de helft van de patiënten op een psychiatrische polikliniek secundaire ziekte winst speelt (van Egmond 2009). Over primaire ziekte winst en tertiaire ziekte winst is minder bekend. Voor sommige behandelcentra is de aanwezigheid van mogelijke ziekte winst, bijvoorbeeld in de vorm van een actueel juridisch conflict met werkgever of uitkeringsinstantie of een letsel-schadeprocedure, een absolute contra-indicatie voor behandeling. (Zie bijvoorbeeld http://www.ggzbreburg.nl/~media/Files/Publicaties/VIK%20V%200__CLGG%20inof%20overwijzers%20met.ashx). Wellicht zou men parallel daaraan informatie over dergelijke procedures moeten betrekken bij het diagnosticeren.

Minder onderzoek is er gedaan naar wat men ziekteverlies zou kunnen noemen. Naast het stigma dat een psychiatri-

sche diagnose met zich mee kan brengen en niet te vergeten de zelfstigmatisatie, kan dat bijvoorbeeld ook het verliezen van de rijbevoegdheid zijn; zo mag men bij een unipolaire depressie bijvoorbeeld de eerste twee jaar na het stellen van de diagnose niet rijden (De Wolf 2010). Ziekte winst en -verlies kunnen invloed hebben op het diagnostisch proces en met name op de behandelfase. De plek om dergelijke aspecten te beschrijven is die van de diagnostiek. In een classificatie krijgen zulke relevante aspecten van een casus geen plaats, zelfs niet op de binnenkort achterhaalde DSM-IV-classificatie op de as IV.

Scheiden levert veel op

Het wegen, een belangrijke stap in het diagnostisch proces volgens de Richtlijn Psychiatrisch onderzoek bij volwassenen, kan alleen een plek krijgen als diagnostische formulering/conclusie/beschrijving, kortom de diagnostiek, en de classificatie gescheiden onderdelen worden. In die weging kunnen ziekte winst, ziekte verlies, objectivering, reïficatie, en de vraag 'is dit wel psychiatrie?' een plek krijgen. Hoogleraar Bert van Hemert stelt: *'Een voorbeeld (...) is het verschil tussen depressie en een normaal rouwproces. Puur op grond van de verschijnselen is er geen onderscheid te maken tussen die twee. Maar rouw is evident geen ziekte en het is schadelijk als je het wel zo beschouwt'* (Anon 2012). Spreekt men in de diagnostiek van depressieve klachten, dan kan dit in een classificatie vertaald worden in een depressieve stoornis, in een V-code rouwreactie of in geen diagnose, al naar gelang de context.

Individuele nuances die in de psychiatrische diagnostiek zo belangrijk zijn, krijgen geen plek in classificatiesysteem. In de DSM-IV en DSM-5 kan men bijvoorbeeld geen trekken van een bepaalde persoonlijkheidsstoornis classificeren, alleen de persoonlijkheidsstoornis zelf kan geïnclassificeerd worden. Verder kan men als men een depressie in remissie classificeert, niet meer aangeven hoe ernstig die depressie in eerste instantie was; er is geen ruimte meer voor een ernstmaat. Een verslaving in remissie kan helemaal niet geïnclassificeerd worden (overigens wel gespecificeerd), iets wat in het kader van terugvalpreventie een ommissie te noemen is. Overlap tussen diagnostiek en classificatie is dus onnodig verwarrend, enkel een resolute scheiding maakt voldoende ruimte voor daadwerkelijke interpretatie, beschouwing, bespreking en weging.

Wat hoort er dan thuis in een dergelijke diagnose? Hier biedt de Richtlijn Psychiatrisch onderzoek bij volwassenen uitkomst: *'Een structuurdiagnose beschrijft het syndroom in etiopathogenetisch perspectief: factoren die iemand kwetsbaar maken (predisponerende factoren), factoren die de stoornis uitlokken (luxerende factoren), factoren die de stoornis onderhouden of versterken (onderhoudende factoren)'* (NVvP 2004). Het *Leerboek psychiatrie* voegt hier nog aan toe: *'In de syndroom-*

diagnose wordt alle relevant geachte psychopathologische informatie geordend en in haar veronderstelde samenhang genoteerd. (...) Hierbij komen wel de aard en de ernst van de symptomen aan de orde (...). Want 'In de psychiatrische diagnose worden onafhankelijk van elkaar etiologie, pathogenese, symptomatologie en beloop in kaart gebracht' (Hengeveld & van Balkom 2005). Of, kort samengevat: 'Onder diagnostiek verstaan we het verklaren (...) op basis van etiologie ('waarom?'), de pathogenese ('hoe?'), de symptomatologie ('wat?') en het beloop' (Swinkels 2012).

Als dat de diagnostiek is, dan neemt in een scheiding tussen diagnostiek en classificatie - wil men de algemene geneeskundige processen volgen - logischerwijs diagnostiek de eerste plaats in. Classificatie komt dan als tweede, in tegenstelling tot wat nu de Profielschets, de Richtlijn Psychiatrisch onderzoek bij volwassenen en de Richtlijn Psychiatrische rapportages stellen. Het ligt voor de hand eerst gegevens, zoals aard en ernst, te wegen, te beschouwen en te interpreteren alvorens over te gaan tot een classificatie van een stoornis.

Aanbevelingen voor richtlijnen

Welke aanbevelingen voor de verschillende richtlijnen kunnen hieruit volgen? Als eerste moge duidelijk zijn dat het resoluut scheiden van diagnostiek en classificatie verschillende voordelen oplevert. Daarbij vormt diagnostiek een apart onderdeel in verslaglegging, correspondentie en rapportage, waarin weging, interpretatie en beschouwing een rol krijgen. Dit onderdeel diagnostiek gaat vooraf aan het onderdeel classificatie.

Vervolgens is het aan te bevelen om in situaties waarin een volledig medisch-psychiatrisch onderzoek wordt gedaan, zoals bij een intake, in de academische setting of in de opleidingssituatie, classificaties op te nemen uit ten minste twee classificatiesystemen. Daarmee worden de verschillende nadelen van de classificatiesystemen deels ondervangen en krijgen nuances en individuele verschillen meer ruimte. Met name voor niet-westerse culturen en voor correspondentie met huisartsen en somatisch specialisten of buitenlandse collegae is er veel voor te zeggen om naast de DSM ook de ICD te gebruiken voor classificatie; denkt men aan het indiceren voor psychodynamisch georiënteerde vormen van psychotherapie dan kan naast een DSM- ook een PDM-classificatie zinvol zijn.

Een derde aanbeveling betreft het uniformeren van de verschillende richtlijnen voor psychiatrische diagnostiek. Waar de Richtlijn Psychiatrische rapportage via diagnostische stappen toewerkt naar een weging, speelt die weging in de Richtlijn Psychiatrisch onderzoek bij volwassenen

een kleinere rol. In laatstgenoemde richtlijn ontbreekt zelfs de (schriftelijke) beargumentering van de diagnostiek of classificatie. Een paraplurichtlijn over psychiatrische diagnostiek, waaronder specifieke richtlijnen voor de opleidingssituatie, rapportages en de forensische psychiatrie gehangen kunnen worden, en wellicht ook voor de academische setting en de verschillende leeftijdsgroepen (kinderen en jeugd, volwassenen en ouderen), zou een welkome verbetering betekenen van de huidige gefragmenteerde situatie.

Tot slot

In deze tijd zijn diagnoses zoveel meer geworden dan alleen het vaststellen van de aard van een ziekte door geneeskundig onderzoek. Diagnoses, en ook classificaties, zorgen voor DBC's, voor uitkering door de zorgverzekeraar of door arbeidsongeschiktheidsverzekeraars, voor de mogelijkheid van terbeschikkingstelling, voor extra hulp op school, voor een persoonsgebonden budget, voor kans op een letselschadeproces, voor stigmatisering en verontschuldiging, voor medicalisering en voor een soms zo noodzakelijk houvast. Een criticus zou kunnen zeggen: gaat er met het scheiden van beide juist niet te veel libido naar diagnostiek en classificatie?

Echter, een duidelijke scheidslijn tussen die twee kan zorgen voor een beter gefundeerd oordeel over ziekte en gezondheid. Met een aantal nieuwe classificaties in de DSM-5, inclusief een aantal 'lichte' classificaties zoals *mild neurocognitive disorder* en *tobacco use disorder*, is dit alleen maar pregnanter geworden. Echter, dit is iets waar de beroepsgroep zich recent niet veel meer mee bezig gehouden heeft, terwijl er volgens bekende auteurs sprake is van enorme overdiagnostiek en behandeling (zie bijvoorbeeld het werk van Dehue, Wakefield en Horowitz of Verhaeghe). Het te weinig aan bezinning op dit vlak is daarmee indirect een oorzaak van de huidige overweldigende bezuinigingen. Lichtzinnige uitspraken, zoals de laatste jaren gedaan door gerespecteerde diagnostici over het psychiatrisch toestandsbeeld van bijvoorbeeld Joran van der Sloot, de Rotterdamse snelwegschutter (die niet eens bleek te bestaan) en recent nog over voetballer Luis Suarez, kunnen het beeld opwekken dat diagnostiek gemakkelijk is, en zelfs kan plaatsvinden zonder dat de diagnosticus de patiënt gezien, laat staan onderzocht, heeft.

Met meer aandacht en meer gewicht voor psychiatrische diagnostiek en classificatie komt het accent weer te liggen op de kern van het vak van de psychiatrie: het psychiatrisch onderzoek en indicatiestelling en kan de DSM-5 op een positieve manier ingezet worden voor het vak.

☞ Met dr. P.L. Remijnse en prof. dr. A. Oderwald voerde ik nuttige discussies voorafgaand aan de totstandkoming van dit artikel.

LITERATUUR

- Anoniem. Angst, depressie, psychose – klaar. Interview met Jim van Os. Trouw 26-1-2013.
- Anoniem. Interview Prof. dr. B van Hemert. De Psychiater 2012; 8; 11.
- Anoniem. 'Wat betreft depressie staat het DSM-handboek op het randje van wetenschappelijk faillissement'. De Psychiater 2012; 3; 10-1.
- American Psychiatric Association. Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM IV-TR. Amersfoort: Drukkerij Wilco; 2001.
- American Psychiatric Association. DSM-5. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
- Bilder R. Phenomics Strategies to Reshape Nosology. APA's 164th annual meeting, Honolulu, Hawaii, May 14-18, 2011.
- Egmond J van. Secondary gain - Illness gain in psychiatric practice. Saarbrücken: Lambert Academic Publishing; 2009.
- Eikelenboom P. De DSM is niet meer weg te denken (1) Reactie op het gelijknamige artikel. MGv 2011; 3; 107.
- Everdingen JJE van, van den Eerenbeemt AMM. Pinkhof Geneeskundig woordenboek. (12de dr. pc-ed.). Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2012.
- Hengeveld M, van Balkom A. Leerboek psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom; 2005.
- Hintum M van. Werkelijkheid laat zich moeilijk vatten in handboek psychiatrie. Volkskrant 2011; 6 augustus; 32.
- Maassen H. Ggz nieuwe stijl roept veel vragen op. Medisch Contact 2013; 24; 1296-8.
- Maassen H. Psychiaters: weinig invloed DSM-5. Medisch Contact 2013; 22; 1169.
- Menninger K, Ellenberger H, Pruyser P, Mayman M. The unitary concept of mental illness. Bull Menninger Clin 1958; 22: 4-12.
- Nieweg E. Wat zijn DSM-categorieën? ADHD als casus. In: Denys D, Meynen G, red. Handboek filosofie en psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom; 2011.
- NVvP. Richtlijn psychiatrische rapportage (exclusief strafrechtelijke rapportage). Amsterdam: Boom; 2002.
- NVvP. Richtlijn psychiatrisch onderzoek bij volwassenen. Amsterdam: Boom; 2004.
- NVvP. Profielschets Psychiater. Utrecht: NVvP; 2005. www.nvvp.net.
- PDM Task Force. Psychodynamic Diagnostic Manual. Silver Spring: Alliance of Psychoanalytic Organizations; 2006.
- Stein D, Lund C, Nesse R. Classification systems in psychiatry: diagnosis and global mental health in the era of DSM-5 and ICD-11. Curr Opin Psychiatry 2013; 26; 493-7.
- Swinkels J. De nieuwe NHG-standaard 'Depressie': diagnostiek niet zo simpel al het lijkt. Ned Tijdschr Geneeskd 2012; 156; A5113.
- Yperen T van, Giel R. Classificatiesystemen voor psychische stoornissen en gedragsstoornissen. Lisse: Swets & Zeitlinger; 1995.
- Verhaak P. Geen titel. Psy 2011; 5; 19.
- World Health Organization. De ICD-10 Classificatie van Psychische Stoornissen en Gedragsstoornissen - vertaling NVvP/M. Hengeveld, Amsterdam: Pearson Assessment and Information; 2010.
- Wolf M de. Rijgeschiktheid bij psychiatrische aandoeningen; literatuuroverzicht en consequenties voor de praktijk. Tijdschr Psychiatr 2011; 52; 555-64.

SUMMARY

Should diagnosis and classification be kept separate in psychiatry?

A.M. RUISSEN

- BACKGROUND** In medicine it is common practice to diagnose patients before classifying their symptoms. In psychiatry, however, the two procedures cannot be kept separate; they overlap and are interlinked.
- AIM** To discuss relevant classification systems and the relationship between diagnosis and classification and to find out what kind of relationship is the best one for psychiatry.
- METHOD** The literature was searched and a conceptual analysis was performed on the basis of relevant literature, manuals and principles formulated by psychiatrists.
- RESULTS** It is argued that deliberation, an important part of the diagnostic process, can only play a significant role if diagnosis and symptom classification are kept completely separate. In this process of deliberation there should be a role for clinical phenomena such as improvement of symptoms, worsening of symptoms, objectification and reification, and psychiatrists should have the opportunity to consider whether these aspects really belong to the field of psychiatry.
- CONCLUSION** In psychiatry the relationship between diagnosis and symptom classification is not clear-cut. However, since deliberation plays a major role in psychiatric diagnosis, it is important that psychiatrists continue to keep diagnosis separate from symptom classification. Unlike other medical specialists, psychiatrists sometimes classify an illness before making a diagnosis. Existing guidelines and an all-embracing guideline regarding diagnosis need to be harmonised. Confusion and misdiagnosis could be reduced if classifications from two classification systems were to be included in medico-psychiatric diagnosis.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)8, 523-530

KEY WORDS classification, diagnosis, DSM, ICD, PDM