

DSM-IV OF ICD-10, een schijnprobleem?

door R. Giel

Gepubliceerd in 1996, no. 6

Samenvatting

Er wordt meer tijd besteed aan de keuze tussen DSM-IV en ICD-10 dan nodig is. Beide systemen betekenen een grote vooruitgang op het gebied van de diagnostische betrouwbaarheid, maar ze staan nog aan het begin van hun ontwikkeling als valide diagnostische systemen. Verder zijn ze geen van beide gemakkelijk toegankelijk voor de clinicus in zijn dagelijkse werk. Dit is omdat ze niet de praktijk van het diagnostische proces volgen.

Onlangs koos de ambulante geestelijke gezondheidszorg voor de DSM-IV als systeem voor de diagnostische classificatie van haar cliënten. Hoewel de discussie ging over de keuze tussen ICD-10 en DSM-IV, vormt die beslissing niet het keerpunt in de landelijke diagnostische ontwikkelingen. Het keerpunt is het besluit tot het aanwenden van welke diagnostische classificatie dan ook.

Als de bewerkers van het noordelijke patiëntenregister voor de geestelijke gezondheidszorg waren we in de jaren zeventig gewend geraakt aan de aversie van hulpverleners tegen diagnostische-classificatiesystemen, toentertijd aftreksels van ICD-9. 'Wat voor voordeel brengt ons de toepassing ervan; en weegt die op tegen de vereiste inspanning', luidde dikwijls de niet zo eenvoudig te beantwoorden vraag. Halverwege de jaren tachtig veranderde de stemming echter volledig, en thans hebben we op veelvuldig verzoek op veel plaatsen ons classificatiesysteem, nu afgeleid van ICD-10, ingeleid. Thans gaat de discussie meer over welk classificatiesysteem moet worden geadopteerd, de ICD-10 of de DSM-IV.

In het volgende hoop ik duidelijk te maken dat die keuze een schijnbare tegenstelling betreft. Maar eerst wil ik enige woorden wijden aan wat vragen betreffende de verandering in de houding van de hulpverleners:

- Kunnen de hulpverleners niet langer tegen de diagnostische chaos die hen steeds heeft bedreigd?
- Lost de classificatorische daad hun prognostische kwesties op?
- Is de wetenschappelijke dorst zodanig toegenomen dat iedereen niet langer toe kan zonder een gedetailleerde en gestandaardiseerde beschrijving van de ziektegevallen?

Een chronische kwaal van de psychiatrie was haar diagnostische onbetrouwbaarheid. Deze tekende vooral de psychiatrische rapportage voor de rechter en het psychiatrisch epidemiologisch onderzoek, waarbij het gebrek aan diagnostische specificatie en aan een uniforme gevalsdefinitie vooral merkbaar werd. De WHO Glossary bij de ICD-9 was in de tweede helft van de jaren zeventig een internationale poging om orde te scheppen in de diagnostische classificatie. In de eerste helft van de jaren tachtig werd deze gevolgd door de veel beter geslaagde DSM-III. Mede door de commerciële vaardigheid van de American Psychiatric Association werd een markt ontsloten die eigenlijk al openstond door de behoefte van de beroepsgroep aan erkenning als medisch specialisten met eigen omschreven vaardigheden. Door thuis te geraken in de DSM-III en deze in de praktijk toe te passen bewees je jezelf als psychiatrisch 'professional'. Door zijn onrijpheid had de ICD-9 deze mogelijkheid niet kunnen bieden.

De volgende vraag is of deze toename van het specialistische prestige ook voldoende winst oplevert op het gebied van de diagnostische en prognostische validiteit, of dat deze slechts een vals gevoel van zekerheid verschaft. Bij de beantwoording van deze vraag moeten we bedenken dat we er in de eerste plaats op uit zijn ziekte-eenheden in te delen op grond van hun pathogenese of liefst hun causale complex (Wulff 1980). In de psychiatrische praktijk reikt ons diagnostisch inzicht veelal niet verder dan het minst geëvolueerde niveau, dat van het benoemen van de belangrijkste klacht: deze patiënt is angstig of depressief. Tegenwoordig zijn we al een niveau gevorderd als we het eens kunnen worden over de aanwezigheid van een klinisch syndroom: bijvoorbeeld een 'major depression'. Het kan een eenvoudig syndroom zijn dat gedefinieerd wordt door de gelijktijdige aanwezigheid van een vaste combinatie van ziektekenmerken; of een samengesteld syndroom dat gedefinieerd wordt door de aanwezigheid van ten minste een bepaald aantal ziektekenmerken uit een grotere hoeveelheid van criteria die de ziektecategorie omvat.

De ICD-10 en de DSM-IV leveren niet meer en niet minder dan definities op syndromaal niveau, statistische en geen pathogenetische noch oorzakelijke ziekte-eenheden. Ze zijn het resultaat van veel gesorteer en van consensusoverleg. De ICD-10 belichaamt internationaal overleg en interculturele gevoeligheid, de DSM-III weerspiegelt een recente en uitgebreide studie van de vakliteratuur.

Indien men met de toepassing van een syndromaal classificatiesysteem hoopt op de zekerheid van deskundigheid, dan komt men bedrogen uit. Als voorbeeld kan de vergelijking dienen van de categorieën schizofrenie uit beide systemen (Warner en De Girolamo 1995). DSM-IV vereist evenals ICD-10 gedurende minstens een maand de aanwezigheid van actieve criterium A-symptomen, in DSM-III-R was dit één week. Verder schrijven DSM-III-R en -IV een totale duur voor van ten minste zes maanden (bestaande uit één maand van actieve en maximaal vijf maanden van negatieve en verzwakte positieve symptomen; terwijl prodromale en restverschijnselen niet gespecificeerd zijn). Het DSM-IV-voorschrift omvat twee positieve symptomen (wanen en hallucinaties) en één groep negatieve verschijnselen (affectieve afstomping, alogia en willoosheid). Dan sluit DSM-IV schizofrenie uit indien ook aanwezige manische en depressieve symptomatologie duidelijk langer duurt dan de psychotische symptomen. ICD-10 hecht meer gewicht aan de eersterangs symptomen van Schneider, terwijl de negatieve symptomatologie meer wordt benadrukt doordat deze is gespecificeerd en voor de diagnose kan worden gebruikt in samenhang met denkstoornissen.

De grotere waarde die in ICD-10 toegekend wordt aan de symptomatologie van Schneider, beperkt de diagnose, terwijl de kortere vereiste duur, de grotere betekenis van negatieve symptomen, het meetellen van schizofrenia simplex en de geringere gestrengheid ten opzichte van affectieve symptomen het aantal mensen dat onder de diagnose schizofrenie volgens ICD-10 valt, doen uitdijen. Het nettoresultaat van deze verschillen in de toelatingscriteria is moeilijk vast te stellen. Waarschijnlijk selecteert DSM per definitie een meer chronisch psychotische groep mensen; terwijl ICD een ruimere groep beslaat van zowel meer afgevlakte als meer affectief ontspoorde mensen. Daarbij moeten we bedenken dat dit onderscheid voorlopig niet is terug te voeren op pathogenetische of etiologische veronderstellingen.

Dan is er de vraag naar de groeiende wetenschappelijke interesse van de hulpverleners in de GGZ. Om twee redenen kan deze hebben bijgedragen aan de behoefte aan een nauwkeurige diagnostische classificatie van de patiënten. Om gesubsidieerd te worden heeft men voldoende wetenschappelijke status, die onder andere ontleend wordt aan het aantal publikaties in internationale (meestal Amerikaanse) tijdschriften met een hoge 'impact factor'. Deze eisen een nauwkeurige diagnostische verantwoording van de onderzochte groep patiënten. Deze gunstige ontwikkeling betreft vooral klinici werkzaam in instellingen die klinisch onderzoek toelaten of zelfs stimuleren. Met dien verstande dat men in sommige opzichten misschien wat te ver gaat. De succesvolle introductie van de nauwkeurige classificatie van klinische syndromen heeft deze de status gegeven van ziekte-eenheden. Dit is gebeurd

ten koste van de opvatting van een ziekte veelal als een proces met een wisselende syndromale verschijningsvorm. In plaats daarvan spreekt men thans van comorbiditeit, waarbij verschillende stoornissen naast elkaar worden 'herkend'. Misschien kan zorgvuldig longitudinaal onderzoek de diagnost van deze kwaal genezen.

De tweede reden heeft te maken met de GGZ als een systeem dat in toenemende mate verantwoording moet afleggen over de geleverde zorg in termen van de besteding van tijd en geld. Dit kan inhouden dat men duidelijk moet maken waarom men meer tijd nodig heeft voor het ene soort patiënten dan voor het andere. Zo iets vraagt de statistische koppeling van de uitkomst van interventies aan de diagnostische klassen. Met andere woorden, het is de huidige sociaal-economische druk die de neiging tot diagnostische classificatie versterkt.

Het voorgaande kan de toenemende belangstelling voor diagnostische classificatie enigszins verklaren, maar het helpt ons niet bij de keuze tussen de twee systemen. Eigenlijk betreft de keuze lood om oud ijzer, omdat beide systemen sterk in ontwikkeling zijn en nog steeds in een lage staat van pathogenetische en etiologische validiteit verkeren. Gelukkig vertonen ze veel overeenkomst en zijn ze zo zeer uitgewerkt dat het mogelijk is om de overeenkomsten en verschillen tussen met het ene of het andere systeem geclassificeerde patiënten op te sporen. Daarbij worden we geholpen door conversietabellen. Daarom zijn de toegankelijkheid en praktische bruikbaarheid van de systemen van meer belang voor de keuze dan de inhoudelijke argumenten.

De vraag is in hoeverre de systemen aansluiten bij de praktijk van de diagnostiek. Uit het volgende zal blijken dat ze dat geen van beide doen. Sacket e.a. (1985) onderkennen vier diagnostische strategieën:

1. De 'patroonherkenning'. Dit is de onmiddellijke erkenning door de diagnost dat het beeld dat de patiënt vertoont past op een eerder aangeleerd beeld (Gestalt) van de ziekte. Catatonie vormt in de psychiatrie een van de schaarse voorbeelden.
2. De 'vertakingsstrategie' of het volgen van een beslisboom. Men volgt in het diagnostisch proces van tevoren uitgezette paden, waarbij het antwoord op elke diagnostische vraag automatisch een volgende vraag uitlokt, totdat men uiteindelijk bij het juiste diagnostische antwoord belandt. Momenteel zijn voor de depressies en angststoornissen dergelijke protocollen in ontwikkeling.
3. De 'uitputtingsstrategie'. Deze bestaat in het blindelings verzamelen van alle mogelijke feiten betreffende de patiënt zonder nog op hun verband te letten, bijvoorbeeld met behulp van een controlelijst van symptomen. Daarna gaat de verzameling in de diagnostische zeef voor het sorteren van de syndromen. Het is de methode die we tijdens onze studie leren. Later passen we haar vrijwel uitsluitend toe tijdens een wetenschappelijk interview.
4. De 'hypothetico-deductieve' strategie. Deze komt neer op het in een vroeg stadium, op grond van de allereerste aanwijzingen, formuleren van een korte lijst van diagnostische hypothesen. Daarna volgen enkele gerichte diagnostische handelingen ter verkorting van het lijstje en ter ondersteuning van de meest waarschijnlijke hypothese. Daarbij worden slechts onderdelen van de controlelijsten uit de derde strategie uitputtend aangewend.

Sacket wijst erop dat de vierde strategie de meest gebruikte is, niet alleen door ervaren klinici, maar, ondanks de vers ingeprinte uitputtingsstrategie, ook door studenten. De laatsten leren voornamelijk een meer relevant rijtje van hypothesen sneller afwerken. Als dit zo is, dan dient een classificatiesysteem volgens deze praktijk te zijn opgezet wil het zich kunnen handhaven. De woordrijke hoofdstukken van de DSM noch van de ICD lenen zich daarvoor. Ze vragen te veel geploeg, ze bieden geen snel overzicht voor de selectie van hypothesen. Ook de beslisbomen van de

DSM bieden dat overzicht niet, wel geven ze een handvat voor het vervolg.

Door de spaarzame tekst zijn de 'Diagnostic Criteria for Research' van de ICD-10 nog het meest hanteerbaar. Bovendien maakt de ICD-10 het mogelijk om, buiten de VS, met de rest van de wereld te communiceren.

Voor de clinicus is er, naar de smaak van de schrijver, toch wel enig verschil tussen de ICD-10 en de DSM-IV. In tegenstelling tot de DSM-IV en de Research Criteria van de ICD-10 laten de Clinical Guidelines van de ICD-10, door enige vaagheid in de voorschriften, wat ruimte voor het klinisch laatste oordeel van de diagnosticus.

Verder dient de wetenschapper te betreuren dat de DSM-IV in definitie van een psychische stoornis heeft opgenomen de aanwezigheid van een beperking (dat is de beperking in een of meer van de belangrijke functies). Dit sluit in feite de mogelijkheid uit om de samenhang te bestuderen tussen klinische syndromen en bijvoorbeeld sociale beperkingen. De ICD-10 kan daarentegen toegepast worden in samenhang met de ICIDH (de WHO International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps).

Het wachten is op de versies van beide systemen ten behoeve van de eerstelijns gezondheidszorg. Ze zijn in aanbouw. Dat van de ICD-10 bestaat per stoornis uit verschillende secties: de belangrijkste klacht; de diagnostische kenmerken; de differentiële diagnose; essentiële informatie voor de patiënt en zijn familieleden; en therapeutische adviezen. Het lijkt het meest te beantwoorden aan de behoeften van de hulpverlener, ook aan die van de specialist in de GGZ.

Literatuur

Sackett, D.L., R.B. Haynes en P. Tugwell (1985), *Clinical epidemiology, a basic science for clinical medicine*

e. Little, Brown and Company, Boston.

Warner, R., en G. de Girolamo (1995), *Schizophrenia*. World Health Organization, Genève.

Wulff, H.R. (1980), *Principes van klinisch denken en handelen*. Nederlandse bewerking van A. Querido en J. Lubsen. Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht.

Summary: DSM-IV or ICD-10, a bogus choice?

To gain self-respect as a medical doctor the psychiatrist has put much effort in mastering the art of diagnostic classification. As a result, the diagnostic classes have acquired the status of disease entities, leading in recent times to an emphasis, for example, on the study of comorbidity. The choice between DSM and ICD has become of paramount importance. Their feasibility in the daily practice of clinical decision making appears of little concern to the producers and users of the systems.

De auteur is emeritus hoogleraar sociale psychiatrie. Correspondentieadres: Westerse Drift 38, 9752 LH Haren.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 14-9-1995.