

Psychiatrische diagnostiek anno 2025

R.M.C. Klaassen, M.B. de Koning, T.A.M.J. van Amelsvoort, E. Van Assche, L. Van Assche,
S. Berendsen, T.K. Birkenhäger, E. van Exel, R.W. Kupka, M. Marcelis, H.L. Van

Het vakgebied van de psychiatrie bevindt zich, meer dan menig ander medisch specialisme, in een voortdurend spanningsveld over de vraag wat een diagnose is, hoe die gesteld wordt en wat een diagnose voor de patiënt en alle betrokkenen betekent.

Diagnoses zijn onmisbaar: ze vormen immers een uitgangspunt voor het formuleren van behandelopties. Ook bieden ze een gemeenschappelijke taal waarmee behandelaren met elkaar kunnen communiceren. Voor patiënten en naasten die te maken hebben met een scala van vaak verwarrende verschijnselen geven ze duiding aan wat er aan de hand kan zijn.

Voor onderzoekers zijn diagnoses een uitgangspunt voor de beschrijving van hun populaties, voor beleidsmakers geven ze richting aan het organiseren van de zorg en voor financiers vormen ze de legitimatie van vergoedingen. Toch wringt het steeds vaker. Want hoe zinvol is een diagnose als deze voor patiënten slechts een deel van hun verhaal vertelt of zij zich er nauwelijks in herkennen? Ook zijn er zorgen rondom het breed gebruiken van diagnoses en classificaties. Dit wordt versterkt door reïficatie, 'verdinglijking': classificaties lijken in het gebruik een weergave te zijn van een objectieve realiteit, in plaats van een afspraak en hulpmiddel voor communicatie en behandeling. Reïficatie kan leiden tot cirkelredeneringen, waarbij de diagnose wordt gebruikt om de symptomen te verklaren, en de symptomen op hun beurt de diagnose bevestigen. Als voorbeeld: 'Ik ben druk en snel afgeleid omdat ik ADHD heb.'

Wie luistert naar patiënten en ervaringsdeskundigen wordt met de neus op de feiten gedrukt als zij zeggen zich soms met het horen van een diagnose gereduceerd te voelen tot een enkel woord. Er ontstaat dan een gevoel dat hun unieke ervaringen en perspectieven er minder belangrijk door worden gemaakt. Of dat een diagnose als onveranderlijk wordt beleefd, waardoor hoop op verbetering en herstel uit het zicht blijven.

Ook al zijn we ons hiervan bewust, we zijn onderdeel van het complex aan afspraken over diagnosticering.

Bovendien denken we daar niet allemaal hetzelfde over. Tegelijkertijd hebben we nog geen antwoord op de vraag: hoe dan wel? Daarom leek het de redactie een goed idee er een themanummer aan te wijden.

Wat kunt u verwachten?

In dit themanummer beginnen Van Beveren e.a. met een geschiedenis van het stellen van diagnoses in de psychiatrie, inclusief de totstandkoming van het DSM-classificatiesysteem. We doen een poging om actuele thema's en dilemma's die aan diagnose en classificatie raken zo goed mogelijk voor het voetlicht te brengen, met een aanzet tot nadenken over praktische aanbevelingen.

Welke thema's komen aan bod? Het hardnekkige misverstand tussen classificeren en diagnosticeren met ook een handreiking hoe beide toe te passen zoals ze zijn bedoeld (Kupka e.a.).

Comorbiditeit: classificeren leidt vaker wel dan niet tot meerdere classificaties. De DSM-5 ordent in tegenstelling tot vroeger niet meer hiërarchisch. Van e.a. vragen zich af hoe we hiermee kunnen omgaan. Kan een meer hiërarchische benadering met aandacht voor heterogeniteit binnen diagnoses dit begrenzen?

Psychodynamiek en transdiagnostiek

Ingenhoven e.a. laten zien hoe vanuit een psychodynamische benadering klachten en symptomen een persoonlijke betekenis kunnen krijgen die meer is gericht op de onderliggende interne psychische processen. Deze benadering helpt om met kennis over conflicten, afweer en internalisaties te begrijpen waar iemand in het leven tegenaan loopt.

Een transdiagnostische benadering is de afgelopen jaren sterk in opkomst. Marcelis gaat in op het verschil met de klassieke beschrijvende diagnose. De transdiagnostische benadering beoogt inzicht te geven in diagnose-overstijgende biologische, psychologische en contextuele processen, met bijzondere aandacht voor processen die zich

‘Blijf teruggaan naar het verhaal van de patiënt’

manifesteren in reactie op stressvolle gebeurtenissen. Dergelijke processen beïnvloeden onder meer zelfbeeld, gevoel van eigenwaarde, interpersoonlijke relaties, normatieve overtuigingen en copingstrategieën. Een dusdanige inventarisatie draagt bij aan een gedetailleerd beeld van zowel iemands capaciteiten als beperkingen en vormt daarmee een essentiële basis voor een behandeladvies.

Dan zijn er de zogenaamde ‘modediagnoses’; ‘burn-out’ is de bekendste. Vinkers gaat in op de vraag of deze diagnose wel betrouwbaar is vast te stellen en hoe het vakgebied van de psychiatrie zich tot deze diagnose moet verhouden.

Diagnostiek naar suïcidaliteit blijkt in de vorm van risicotaxatie niet goed voorspellend te werken. In een specifiek essay houdt Janssen een pleidooi voor een andere, meer handelingsgerichte aanpak.

Levensloop

Bij dit alles is het van belang om levenslooppsychiatrie, de kern van het huidige opleidingsplan ‘de psychiater’, serieus te nemen. Psychische aandoeningen ontstaan niet in een vacuüm. Ze ontwikkelen zich in de context van een biografisch traject, waarin vroege ervaringen, kwetsbaarheden en aanpassingsstrategieën een rol spelen. De adolescent met gedragsproblemen, de jongvolwassene met stemmingswisselingen, de oudere met cognitieve achteruitgang, ze vragen niet alleen om een diagnose, maar ook om een narratief. Hierbij kan de rijke kennis over ontwikkelingspsychologie die Van der Wee e.a. beschrijven u als lezer helpen om dit in praktijk te brengen.

Kijkend naar de latere leeftijd bespreken Van Assche e.a. in hun essay de recente ontwikkelingen in de vroegdiagnostiek van een neurocognitieve stoornis bij laat ontstane psychiatrische symptomen. Dit laatste is actueel gezien de vergrijzende populaties in veel westerse landen.

Psychiaters dienen zich bewust te zijn van de bredere maatschappelijke context van hun diagnostische praktijken. Het gebruik van psychiatrische classificatie buiten de psychiatrie en de grenzen van het vakgebied zijn altijd al onderwerp van discussie geweest, zowel binnen de beroepsgroep als daarbuiten. Wat als er verbanden gelegd worden tussen schokkend, onbegrepen en/of gewelddadig gedrag dat voor veel maatschappelijke onrust zorgt? Sizoo e.a. bespreken dit thema met als voorbeeld terrorisme.

Is er toekomst voor AI?

Terwijl wij nog nadenken en puzzelen over de dilemma's rond classificatie en diagnose doet AI haar intrede. In een artikel over AI en diagnoses pleiten Jaspers e.a. om zolang classificatie-instrumenten zoals de DSM-5 onvoldoende betrouwbaar zijn en AI-systemen niet zijn ontwikkeld of goedgekeurd voor medisch gebruik, hier uiterst terughoudend mee om te gaan.

Aanbevelingen

Er komen een aantal kernthema's en aanbevelingen naar voren.

Ten eerste: blijf teruggaan naar het verhaal van de patiënt waarin we diens narratief zo goed mogelijk volgen. Dat bepleit Van Alphen namens de vereniging voor en door psychosegevoelige mensen Anoiksis en als ervaringsdeskundige. Aanname is dat als de patiënt het verhaal achter de diagnose herkent, en er zelf (of ouders of kinderen van) aan mee heeft geschreven, dat positief zal uitwerken voor de behandelrelatie en de prognose.

Ten tweede: durf te generaliseren (vanuit de patiënt naar de diagnose), en ook weer terug te personaliseren (vanuit de diagnose naar de patiënt). Dat is de unieke competentie van ons vak, en die moeten we onderhouden en ontwikkelen.

Ten derde: het is goed om ons de klassieke les te herinneren dat een diagnose vooralsnog een voorlopige werkhypothese is die tijdens een behandeling wordt verfijnd. Deze ‘voorlopige werkhypothese’ is dynamisch en het is van belang om open te staan voor voortschrijdend inzicht.

Tot slot: we hebben met de kernredactie rondom het themanummer getracht om naar het verleden te kijken en ook enigszins naar de toekomst, maar we hebben ons vooral gefocust op de thema's en dilemma's van vandaag. Het maken van een themanummer verloopt in hoge mate organisch, en we realiseren ons dat er aspecten van diagnostiek nog onvoldoende aan de orde zijn gekomen, waaronder gender, verstandelijke beperking en culturele aspecten. We hopen dat u dat als een uitnodiging ziet om over deze en andere aan diagnostiek gerelateerde onderwerpen bij te dragen. Dat kan in een reactie of in een nieuw artikel. Zo brengen we geleidelijk de discussie over diagnostiek verder in het besef dat we als psychiaters niet zonder kunnen, maar ook in staat zijn onze diagnostiek aan te passen aan wat wetenschap, samenleving en patiënten van ons vragen.

SYMPOSIUM 31 OKTOBER 2025

Diagnose in de psychiatrie. Wat is de status quo?

Op vrijdag 31 oktober 2025 organiseert het *Tijdschrift voor Psychiatrie* in samenwerking met Boom Gezondheidszorg Academy een symposium ter gelegenheid van dit themanummer. Sprekers zijn onder meer Ralph Kupka, Nico van Beveren, Machteld Marcelis, Christiaan Vinkers en Sarah van der Weele. Dagvoorzitter is gasthoofdredacteur Rianne Klaassen.

Historisch perspectief: Leer hoe onze huidige diagnostiek is gevormd door de lange en turbulente geschiedenis van de psychiatrie.

Kern van diagnostiek: Waarom is onderscheid tussen beschrijvende diagnose en classificatie essentieel in de praktijk.

Jeugd en ontwikkeling: Ontdek hoe Eriksons levensfasen helpen bij het begrijpen van complexe diagnostische vraagstukken bij kinderen en jongeren.

Actuele diagnostiek onder de loep: Burn-out: medisch label, stressreactie of maatschappelijk signaal? Wat zegt dit over onze tijd en hoe ga je hier verantwoord mee om als professional?

Workshops: Transdiagnostisch denken in de praktijk, AI in de behandelkamer, Diagnose en suïcidaliteit - hokjesdenken of houvast?

Paneldiscussie: Diagnostiek van binnenuit – perspectieven van ervaringsdeskundigen

Meer informatie of inschrijven via:



AUTEURS

Rianne Klaassen, kinder- en jeugdpsychiater, opleider profilering kinder- en jeugdpsychiatrie, Levvel, Amsterdam.

Mariken de Koning, psychiater, Mentrum, senior onderzoeker en plaatsvervangend opleider, Arkin.

Therese van Amelsvoort, psychiater, MUMC+, Mondriaan, Koraal en hoogleraar Transitiepsychiatrie, Universiteit Maastricht.

Evelien Van Assche, psychiater en onderzoeker, Klinik für Psychische Gesundheit, Universitätsklinikum Münster.

Lies Van Assche, klinisch (neuro)psycholoog en familietherapeut, afd. Ouderenpsychiatrie, UPC KU Leuven.

Steven Berendsen, psychiater, senior onderzoeker, Specialistisch Centrum Ontwikkelingsstoornissen, Dimence.

Tom Birkenhäger, psychiater, Erasmus MC, Rotterdam.

Eric van Exel, psychiater, hoogleraar Ouderenpsychiatrie, Amsterdam UMC, GGZ inGeest.

Ralph Kupka, emeritus hoogleraar Bipolaire Stoornissen, Amsterdam UMC/Vrije Universiteit; psychiater, Altrecht, GGZ inGeest en Dimence.

Machteld Marcelis, psychiater, MUMC+; hoogleraar Transdiagnostiek in de Psychiatrie, Universiteit Maastricht.

Rien Van, psychiater, directeur behandelzaken NPI, opleider psychiatrie, Arkin.

Correspondentie

Rianne Klaassen (r.klaassen@levvel.nl).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 12-8-2025.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2025;67(8):417-419