

Classificatie en diagnostiek: een hardnekkig misverstand

R.W. Kupka, L. de Haan, A.T.F. Beekman

- Achtergrond** Er is veel discussie over de beperkingen van de DSM-classificatie, die vaak met een diagnose wordt verward.
- Doel** Verhelderen van de complementaire aard van classificatie en diagnostiek, en hun respectievelijke voor- en nadelen in de klinische praktijk en wetenschappelijk onderzoek.
- Methode** Beschrijving van de onderscheidende kenmerken, toepassingen en voor- en nadelen van classificatie en diagnostiek. We illustreren dit met drie casusbeschrijvingen over depressie, bipolaire stoornis en psychose.
- Resultaten** Beschrijvende diagnose en classificatie vullen elkaar aan. De eerstgenoemde is narratief en dimensioneel, geeft inzicht in de aard en ontstaanswijze van het klachtenpatroon, en geeft richting aan een gepersonaliseerde behandeling. Deze beschrijft verschillen tussen mensen, naast psychopathologische overeenkomsten. De classificatie benadrukt overeenkomsten tussen gedragspatronen van mensen, is onpersoonlijk en categorisch, verwijst vooral naar de op de voorgrond staande symptomencomplexen, en geeft richting aan meer technische aspecten van de behandeling, zoals keuzes in de farmacotherapie. Classificeren is noodzakelijk bij veel vormen van wetenschappelijk onderzoek.
- Conclusie** Indien men beschrijvende diagnostiek en classificatie toepast zoals bedoeld, en zich bewust is van de beperkingen van beide methoden, geven ze elk op hun manier richting aan behandeling en onderzoek.

In de geneeskunde proberen we te begrijpen wat er met een patiënt aan de hand is. Gegeven de enorme variatie tussen mensen en hun ziekte-uitingen is het noodzakelijk om categorieën te vormen om tot doelgerichte behandelen te kunnen komen. Als iedereen uniek is, kunnen wij geen bestaande kennis gebruiken om mensen met vergelijkbare klachten te groeperen en behandelingen te ontwikkelen en te onderzoeken.¹ Waar de somatische geneeskunde zich in hoge mate kan baseren op orgaanstelsels, (meetbare) symptomen, biomarkers en de onderliggende pathofysiologie, zijn in de psychiatrie de weergave van subjectieve ervaringen, het observeren van veranderd gedrag en het beloop in de tijd bepalend voor de diagnostiek. Dat bij psychiatrische aandoeningen de hersenen, het autonome zenuwstelsel, het endocriene en immuunsysteem, genetica en epigenetica een samenhangende rol spelen, heeft ons bij de diagnostiek en classificatie voorsnog niet veel verder gebracht. Groepen van symptoomclusters (syndromen), het verloop daarvan in de tijd, en het effect ervan op het subjectieve welzijn en het dagelijks functioneren leiden tot een *classificatie* van psychische stoornissen. Het verbinden daarvan aan de persoonlijke ontwikkeling, gebeurtenissen en omstandigheden van de persoon in kwestie, diens krachten en

kwetsbaarheden, hypothesen over predisponerende, precipiterende en onderhoudende factoren, en een (voorzichtige) uitspraak over de prognose, vormen de (beschrijvende en mogelijk deels verklarende) *diagnose*.

Onbedoelde spraakverwarring en gewenste eenduidigheid

Sinds de introductie van de DSM-III in de Nederlandse psychiatrie omstreeks 1980 lijkt 'diagnostiek' in ons taalgebruik verward te worden met 'classificatie'. Wat daaraan bijdraagt, is dat met de Engelse term '*diagnosis*' meestal het Nederlandse begrip 'classificatie' wordt bedoeld.^{1,2} Classificatiesystemen als DSM en ICD weerspiegelen kennis en inzichten in een bepaald tijd-gewricht en komen (soms na felle discussies) tot stand op basis van consensus. Ze zijn dus aan voortdurende ontwikkeling onderhevig. Het oorspronkelijke doel van de classificatie is om een eenduidig psychopathologisch begrippenkader te bieden voor communicatie, behandeling en wetenschappelijk onderzoek. Dat is goed gelukt, en met 'bipolaire stoornis' wordt in de Verenigde Staten in grote lijnen hetzelfde bedoeld als in Nederland, Australië of Japan, ook al zal de lokale cultuur een andere kleur geven aan de aandoening. De *betrouwbaarheid* van classificeren is daardoor zeer toegenomen.

Risico's en ongewenste effecten van classificaties

Het twistpunt zit meer in de *validiteit*: representeren classificaties ook werkelijk verschillende psychiatrische stoornissen? Juist doordat eenduidige classificaties grootschalig en internationaal onderzoek naar onderliggende pathofysiologische mechanismen mogelijk heeft gemaakt, blijkt dat de genetische en neurobiologische bevindingen maar zeer matig specifiek corresponderen met classificaties. Ook in de dagelijkse praktijk geeft een classificatie weliswaar richting aan een behandeling, maar de heterogeniteit in therapierespons en prognose blijft groot. Misschien nog ingrijpender is dat een classificatie onbedoeld een werkelijkheid in zichzelf kan worden: niet een beschrijving en ordening van de klachten, maar een verklaring daarvan. Als iemand voldoet aan de criteria van twee classificaties ('comorbiditeit'), is er dan ook werkelijk sprake van twee onderliggende aandoeningen?

Dit geldt eens te meer omdat de neiging bestaat om elke (enigszins) afwijkende psychische beleving of daaruit voortkomend gedrag een plek te geven in het DSM-5-systeem, waardoor deze afwijkende psychische beleving een 'stoornis' is geworden. Men zou dit kunnen beschouwen als een ongewenste bijwerking van het streven naar meer dimensionaliteit in een per definitie categoriaal systeem. Het is ook in dit tijdschrift wel aangeduid als 'stoornisme'.³

Als reactie daarop zijn begrippen als 'psychische variatie' en 'neurodiversiteit' ontstaan, die aangeven dat de overgangen tussen normaliteit en ziekte arbitrair zijn. Overigens vereist de DSM-classificatie wel dat de klachten en symptomen gepaard gaan met 'klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren'. Maar ook dan blijft er een groot grijs gebied tussen een eenduidige psychiatrische stoornis (ernstige depressie, manie of psychose) enerzijds en de normale variatie in emotionele reacties anderzijds.

Voordelen van classificeren

Classificeren heeft voordelen: het faciliteert een eenduidige communicatie tussen zorgverleners en onderzoekers, het groepeerde mensen op basis van op de voorgrond staande psychopathologische kenmerken en maakt daardoor bepaalde vormen van wetenschappelijk onderzoek mogelijk. Classificeren, bijvoorbeeld met semigestructureerde interviews, is door haar reductionistische aard relatief eenduidig. Voor een patiënt kan het helpen dat zijn klachten een naam hebben, herkend en dus erkend worden. Daar staan veel nadelen tegenover, zoals het verregaand vereenvoudigen van complexe menselijke ervaringen, het risico van stigmatisering, het buiten beschouwing laten van culturele en contextuele factoren, en de beperkte biologische, prognostische en therapeutische validiteit. De naamgeving van sommige classificaties is onnodig verontrustend: waarom vallen bijvoorbeeld alle vormen

van psychose onder de noemer 'schizofreniespectrum' en niet onder 'psychosespectrum'?² Bij een toekomstige vertaling zou de terminologie kritisch herzien kunnen worden vanuit een Nederlands perspectief, zelfs als deze zou gaan afwijken van de oorspronkelijke Amerikaanse nomenclatuur.

Risico's en ongewenste effecten van beschrijvende diagnoses

Het voordeel van een beschrijvende diagnose is dat deze inzicht geeft in hoe en mogelijk ook waardoor en in welke individuele en culturele context een bepaalde persoon op een bepaald moment decompenseert. Daarmee biedt deze aanknopingspunten voor gepersonaliseerde interventies.

Het formuleren van een diagnose kost tijd en vergt klinische expertise. Hoe een beschrijvende diagnose wordt geformuleerd, zal bovendien mede afhangen van de theoretische oriëntatie van de behandelaar, en zal dus veel meer praktijkvariatie vertonen dan een classificatie. Het is moeilijk te standaardiseren en leent zich daardoor niet goed voor bepaalde vormen van wetenschappelijk onderzoek.

Velen uiten twijfels over de waarde van psychiatrische 'diagnosen', waarbij meestal bedoeld wordt 'classificaties'. Wij denken dat zowel de diagnose als de classificatie zinvol is en dat ze elkaar aanvullen, ongeacht de beperkingen in hun pathofysiologische, prognostische en therapeutische validiteit. Het zijn ordeningen die nuttig zijn in het overleg met de patiënt, als men zich bewust is van de respectievelijke voor- en nadelen.

In dit artikel illustreren wij het complementaire gebruik van diagnostiek en classificatie aan de hand van vignetten van drie 'grote' psychiatrische beelden: depressie, bipolariteit en psychose.¹ De beschreven casussen zijn fictief en samengesteld uit elementen van bestaande casuïstiek.

VIGNETTEN

Vignet depressie

Patrick is een 47-jarige taxichauffeur die wordt verwezen vanwege depressieve klachten. Hij woont alleen, heeft een al langer durende relatie, maar zijn vriendin wil niet samenwonen. Hij heeft goed contact met zijn ouders en zijn broer. Door zijn depressie kan hij minder werken en heeft weinig contact met vrienden. Zijn vriendin maakt zich zorgen omdat zij weet dat de depressieve klachten vier jaar geleden nog heviger waren en hij toen een ernstige suïcidepoging heeft gedaan. Hij heeft steeds minder energie, piekert veel, en is nog slechter dan gewoonlijk gaan slapen. Hij is somber en denkt vaak aan de dood, maar hij heeft geen plan om zichzelf iets aan te doen. Hij is lichamelijk gezond en gebruikt weinig alcohol en geen drugs. Hij noemt zichzelf een binnenvetter die altijd wat zwaar op de hand is en vreest dat de dingen die hij oppakt mis zullen lopen.

Dat laatste is nu nog erger dan gewoonlijk. Hij kan voor zijn klachten geen aanleiding noemen, maar zegt wel dat hij het moeilijk vindt om op zijn leeftijd nog alleen te wonen.

Zijn eerste depressie had hij rond zijn 20ste jaar. Dit is de derde depressie. De laatste keer is hij behandeld met een combinatie van cognitieve therapie en antidepressiva. Dat ging goed, maar toch is hij nooit meer helemaal op zijn oude niveau gekomen.

In zijn familie komen veel stemmings- en angststoornissen voor. Zijn moeder is meermaals depressief geweest en zijn broer heeft angst- en dwangklachten. Hij denkt dat een oudtante van moeders kant manisch-depressief was. Hij herkent zich overigens niet in de kenmerken van hypomanie.

Diagnose: Deze 47-jarige, alleenwonende man heeft sinds zijn 20ste jaar recidiverende depressies, met thans een derde episode. Er is sprake van doodsgedachten, toename van lang bestaande angstklachten en een verstoorde slaap. Een vorige episode duurde enkele maanden en is succesvol behandeld met CGT en een antidepressivum. De angststoornis was al aanwezig voor de eerste depressie. Slaapproblemen zijn ontstaan tijdens de eerste episode en daarna nooit meer helemaal verdwenen. Momenteel is er geen suïcidaliteit, maar deze is op de achtergrond wel aanwezig. Er is geen persoonlijkheidsstoornis, maar mogelijk wel van neurotische problematiek die hem extra kwetsbaar maakt voor negatieve levensgebeurtenissen. De depressies en zijn altijd aanwezige angstklachten hebben veel effect gehad op zijn ontwikkeling vanaf de jonge volwassenheid, waardoor hij in opleiding en werk is gestagneerd. Er is een familiale kwetsbaarheid voor angst- en stemmingsstoornissen. Hij staat open voor behandeling en weet dat de combinatie van psychotherapie en medicatie hem kan helpen.

Classificatie: Depressieve stoornis, recidiverend, matig, met angstige spanning (DSM-5: 296.32; DSM-5-TR/ICD-10 F33.1); gegeneraliseerde angststoornis (DSM-5 300.02; DSM-5-TR/ICD-10 F41.1); insomniastoonis (DSM-5: 307.42; DSM-5-TR/ICD-10 F51.0).

Vignet bipolariteit

Maria is een vitale 54-jarige vrouw, werkzaam in de thuiszorg. Ze is jong getrouwd, heeft twee dochters, nu 30 en 26 jaar. Na de eerste bevalling werd ze voor het eerst depressief en werd kortdurend behandeld met een antidepressivum. Na de tweede bevalling kreeg ze een ernstige depressie, die echter niet goed reageerde op hetzelfde antidepressivum; ze werd er toen juist nog onrustiger van.

Omdat ze vertelde ook wel eens korte perioden te hebben dat ze opvallend actief was, en dan ook in de nacht niet moe werd en maar kon doorgaan, werd aan een vorm van manische depressiviteit gedacht. Dat temeer omdat haar moeder en haar oudere broer deze diagnose hebben gehad en lithium gebruikten. In de familie van haar vader zijn een aantal ooms en tantes met depressie.

Maria werd vervolgens met lithium behandeld, en haar stemming is sindsdien in hoge mate stabiel gebleven. Enkele jaren geleden werd lithium mede op haar verzoek afgebouwd, waarop zij binnen twee maanden opnieuw depressieve klachten kreeg. Herstarten van lithium was effectief.

De *Bipolariteit Index* is een op basis van expertconsensus ontworpen meetschaal waarop behalve de symptomen ook de beginleeftijd, het beloop op lange termijn, de reactie op medicatie en de familiale belasting worden gescoord.⁴ Maria scoort 80 van de maximale 100 punten. Ook dit is een aanwijzing dat haar klachten in hoge mate voldoen aan het profiel van een bipolaire stemmingsstoornis.

Diagnose: Deze thans 54-jarige vrouw heeft sinds haar 24ste jaar recidiverende depressies, aanvankelijk met post-partumbegin, en heeft daarnaast perioden met hypomanische symptomen doorgemaakt. Er is een sterke familiale belasting voor depressies en bipolaire stoornissen. Onder preventieve lithiumbehandeling is haar stemming stabiel gebleven en kan ze goed functioneren, terwijl afbouw van lithium tot een recidiefdepressie leidde. Sterke kanten zijn een levendig temperament, groot doorzettingsvermogen, goede lichamelijke gezondheid, ziekte-inzicht en therapietrouw en een stevig steunsysteem.

Classificatie: Bipolaire II-stoornis, meest recente episode depressief, volledig in remissie (DSM-5 296.89; DSM-5-TR/ICD-10 F31.8).

Vignet psychose

Jan is een 23-jarige student die weinig contact heeft met leeftijdsgenoten en recent gestopt is met zijn studie informatica. Zijn moeder begeleidt hem naar de huisarts. Hij heeft een aantal etmalen nauwelijks geslapen en beweert dat zijn docenten zijn gedachten lezen en dat bepaalde televisie-uitzendingen gecodeerde boodschappen bevatten die specifiek voor hem bedoeld zijn. Jan is niet goed te volgen en springt van de hak op de tak. Hij heeft sinds acht maanden last van stemmen die commentaar geven op zijn gedrag en gedachten. Rond die tijd is hij gestopt met volleybal en sindsdien gaat hij weinig naar college. Hij gebruikt geen drugs en heeft geen lichamelijke aandoeningen.

Diagnose: Deze 23-jarige man maakt een eerste psychotische episode door die nu acht maanden duurt en heeft geleid tot afbreken van studie en sport. Het begin viel samen met een periode van verhoogde stress tijdens zijn studie informatica en is mogelijk geluxeerd door slaapgebrek tijdens tentamenperiodes. Zijn technische interesse en studie kleuren de inhoud van zijn wanen. Psychologische factoren omvatten moeite met sociale interacties en een neiging tot overmatig analytisch denken. Sociaal-culturele factoren zijn hoge verwachtingen vanuit zijn academische omgeving. Onderhoudende factor is zijn isolement, waarin hij voortdurend nadenkt over wat hem overkomen is, waardoor zijn wanen toeneemen. Sterke punten zijn een goede intelligentie en een

betrokken en ondersteunende familie. Er is geen midde-
 lengtegebruik of familiale kwetsbaarheid voor psychose.

Classificatie: Schizofrenie, eerste episode, momenteel in
 acute episode (DSM-5 295.90; DSM-5-TR/ICD-10 F20.9).

DISCUSSIE

In het proces van psychiatrische diagnostiek vullen
 beschrijvende diagnose en classificatie elkaar aan. De
 beschrijvende diagnose is narratief en dimensioneel,
 geeft inzicht in de aard en ontstaanswijze van het
 klachtenpatroon, en geeft richting aan een gepersonali-
 seerde behandeling. Deze beschrijft verschillen tussen
 mensen, naast psychopathologische overeenkomsten.
 De classificatie benadrukt juist overeenkomsten tus-
 sen gedragspatronen van mensen, is onpersoonlijk en
 categorisch, verwijst vooral naar de op de voorgrond
 staande symptomencomplexen, en geeft richting aan
 meer technische aspecten van de behandeling, zoals
 keuzes in de farmacotherapie. Classificeren is noodza-
 kelijk bij veel vormen van wetenschappelijk onderzoek.
 Classificatiecriteria omvatten slechts een deel van het
 klinische beeld: ze verwijzen naar een stoornis zonder
 een complete beschrijving daarvan te geven.

Kendell vergeleek de DSM-5-criteria voor depressieve
 stoornis met de beschrijvingen in tekstboeken uit de
 periode 1900-1960.⁵ In die beschrijvingen komen wel-
 iswaar alle DSM-5-criteria terug, maar andersom is dat
 niet het geval. Een classificatie doet dus enerzijds geen
 recht aan de variatie binnen de grote klinische beelden,
 en anderzijds niet aan de variatie tussen patiënten. In
 de DSM-5 is een aanzet gemaakt om meer dimensioneel
 naar psychose te kijken: een schaal voor dimensionale
 beoordeling van de ernst van psychosesymptomen.²
 Het blijkt dat deze meetschaal in de klinische praktijk

zonder training voornamelijk een lage tussenbeoordelaars-
 betrouwbaarheid heeft.⁶

Een hele andere ordening van de psychopathologie
 wordt nagestreefd in het systeem van de Research
 Domain Criteria (RDOC), dat uitgaat van basale gedrags-
 dimensies in plaats van symptomen om zo meer
 fundamentele pathofysiologische mechanismen op het
 spoor te komen.⁷ Het systeem is vooral bedoeld voor
 wetenschappelijk onderzoek en nog niet bruikbaar voor
 de klinische praktijk.

CONCLUSIE

Indien men beschrijvende diagnostiek en classificatie
 toepast zoals bedoeld, en zich bewust is van de beper-
 kingen van beide methoden, geven ze elk op hun manier
 richting aan wetenschappelijk onderzoek en gepersona-
 liseerde behandeling.

LITERATUUR

- 1 Kendler RE. The role of diagnosis in psychiatry. Oxford: Blackwell; 1975.
- 2 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5de ed., text revision; DSM-5-TR). Washington: APA; 2022.
- 3 de Ridder B, van Hulst BM. Stoornisme: wat het is en waarom het een probleem is. Tijdschr Psychiatr 2023; 65: 163-6.
- 4 Aiken CB, Weisler RH, Sachs GS. The Bipolarity Index: a clinician-rated measure of diagnostic confidence. J Affect Disord 2015; 177: 59-64.
- 5 Kendell KS. The phenomenology of major depression and the representativeness and nature of DSM criteria. Am J Psychiatry 2016; 173: 771-80.
- 6 Berendsen S, van der Veen NM, van Tricht MJ, e.a. Psychometric properties of the DSM-5 clinician-rated dimensions of psychosis symptom severity. Schizophr Res 2020; 216: 416-21.
- 7 Insel T, Cuthbert B, Garvey M, e.a. Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. Am J Psychiatry 2010; 167: 748-51.

AUTEURS

Ralph Kupka, emeritus hoogleraar Bipolaire Stoornissen,
 Amsterdam UMC/VUmc; psychiater, Altrecht, GGZ inGeest en
 Dimec.

Lieuwe de Haan, psychiater en hoogleraar Psychotische
 Stoornissen, Amsterdam UMC/UvA.

Aartjan Beekman, hoogleraar Psychiatrie, Amsterdam UMC/
 VUmc; psychiater, GGZ inGeest.

Correspondentie

Prof. dr. em. Ralph Kupka (r.kupka@amsterdamumc.nl).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 27-5-2025.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2025;67(8):426-429