



Dit artikel schetst de krachtlijnen van een nieuw advies van de Hoge Gezondheidsraad inzake het gebruik van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) bij psychiatrische diagnostiek. Het rapport wijst onder meer op fundamentele epistemologische pijnpunten, op methodologisch wetenschappelijke problemen en op het gebruik van de DSM om praktijken te legitimeren. De Hoge Gezondheidsraad (HGR) beveelt aan om het instrument omzichtig te gebruiken. Voor het klinische werk wordt aangeraden om diagnostiek toe te spitsen op een gecontextualiseerde casusformulering die ook het proces van herstel bespreekt en zich qua classificatie beperkt tot brede syndromen.

HOE ZINVOL WERKEN MET DE DSM? TOELICHTINGEN BIJ EEN ADVIES VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRAAD



**Stijn Vanheule¹, Pieter Adriaens²,
Ariane Bazan³, Piet Bracke⁴,
Ignaas Devisch⁵, Jean-Louis Feys⁶,
Brenda Froyen⁷, Sylvie Gerard⁸, Dorien
H. Nieman⁹, Jim Van Os¹⁰, Marc Calmeyn¹¹**

1. Professor Vakgroep Psychoanalyse en Raadplegingspsychologie, Universiteit Gent
2. Professor Hoger Instituut voor Wijsbegeerte Katholieke Universiteit Leuven
3. Professor 'Centre de Recherche en Psychologie Clinique, Psychopathologie et Psychosomatique', Université libre de Bruxelles
4. Professor Vakgroep Sociologie, Universiteit Gent
5. Professor Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg, Universiteit Gent
6. Psychiater Centre Psychiatrique Saint-Bernard, Manage
7. Auteur, coördinator Psychosenet België
8. Stafmedewerker Hoge Gezondheidsraad
9. Klinisch psycholoog Universiteit van Amsterdam
10. Hoogleraar Psychiatrie en Voorzitter Divisie Hersenen, UMC Utrecht en King's College, London, Verenigd Koninkrijk
11. Psychiater psychiatrisch ziekenhuis Onze-Lieve-Vrouw, Brugge; privépraktijk 'Lelieveld' Loppem

Inleiding

In juni 2019 heeft de Hoge Gezondheidsraad (HGR) een advies geformuleerd over het gebruik van psychiatrisch diagnostische classificatie in de geestelijke gezondheidszorg (1). Dit advies kwam er op voorstel van een interdisciplinaire werkgroep van academici en andere professionals uit de psychiatrie, de klinische psychologie, de sociologie en de filosofie en van een ervaringsdeskundige. Deze expertengroep stelde zich tot doel het gebruik van diagnostische classificaties als instrumenten voor de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg tegen het licht te houden. Daarbij werd vertrokken van een overzicht van de wetenschappelijke literatuur, van rapporten van nationale en internationale organisaties die in deze materie bevoegd zijn, en, uiteraard van oordeel van de experts zelf. Na goedkeuring van het advies door de expertengroep en de permanente werkgroep geestelijke gezondheid werd het advies tenslotte gevalideerd door het College van de HGR. Het prestigieuze tijdschrift *The Lancet Psychiatry* (2) bood ook een forum aan voor correspondentie over dit initiatief (3).

Een spanningsveld

Wereldwijd worden geestelijke gezondheidsproblemen meestal gediagnosticeerd in termen van de categorieën van mentale stoornissen zoals beschreven in de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) van de *American Psychiatric Association*, of in de *International Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD) van de Wereldgezondheidsorganisatie, die een hoofdstuk bevat over mentale en gedragsstoornissen. Een eerste editie van de DSM verscheen in 1952 en momenteel is de vijfde editie in gebruik (DSM-5), die in 2013 verscheen. Een eerste voorloper van de ICD werd op zijn beurt in 1893 gepresenteerd en momenteel is de tiende editie in gebruik (ICD-10; gepubliceerd in 1999). Een nieuwe editie (ICD-11) is in 2018 verschenen.

Veel gebruikers van classificatiesystemen als de DSM en ICD lijken ervan uit te gaan dat het psychische stoornissen om natuurlijke soorten gaat.

Zowel de DSM als de ICD zijn diagnostische classificatiesystemen met lijsten van stoornissen (bv. “depressieve stoornis”, “schizofrenie”...) die zijn gegroepeerd in overkoepelende clusters (bv. “depressieve stoornissen”, “neurobiologische ontwikkelingsstoornissen”...). Elke aandoening wordt gedefinieerd in termen van inclusie- en exclusiecriteria, op basis waarvan een professional kan beslissen aan welke aandoening een persoon lijdt. Dit besluitvormingsproces is gebaseerd op een lijst van beschrijvende kenmerken van elke aandoening: met een inventarisatie van de symptomen onderzoekt de diagnosticus of een bepaalde persoon voldoet aan een voldoende aantal van de inclusiecriteria en bepaalde specificaties die de diagnose van een specifieke aandoening uitsluiten.

Bij de op DSM en ICD gebaseerde diagnostiek staan de checklists die voor elke aandoening zijn geformuleerd centraal. Deze omvatten belangrijke symptomen, specificaties m.b.t. de minimale duur van klachten en indicaties van andere aandoeningen die soortgelijke symptomen kunnen veroorzaken. In totaal onderscheidt de DSM-5 347 psychische stoornissen; de ICD-10 onderscheidt 321 stoornissen. Voor elke stoornis uit DSM-5 en ICD-10 wordt hetzelfde sjabloon van inclusie- en exclusiecriteria gebruikt. Sommige stoornissen sluiten elkaar uit; een diagnose van depressieve stoornis sluit bijvoorbeeld schizo-affectieve stoornis uit, terwijl andere stoornissen kunnen worden gecombineerd, wat wijst op co-morbiditeit, zoals depressieve stoornis met co-morbide gegeneraliseerde angststoornis.

Wereldwijd worden de DSM en de ICD gebruikt als basis voor ziektestatistiek; vergoedingssystemen; ondersteuning van interventiebeslissingen in de gezondheidszorg, het onderwijs en de welzijnszorg; opzet van onderzoek; communicatie en onderwijs over geestelijke gezondheidsproblemen. De adviesnota van HGR bespreekt de epistemologische status van de DSM-5, alsook zijn rol in de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg en zijn toepassing in de klinische praktijk. Uitgaande van de beperkingen die zijn vastgesteld bij (het toepassen van) de DSM-5 bespreekt de HGR nota hoe classificerende diagnose kan worden geïmplementeerd binnen het breder verklarend proces van geestelijke gezondheidsproblemen bij individuen.

Epistemologische bedenkingen

Veel gebruikers van classificatiesystemen als de DSM en ICD lijken ervan uit te gaan dat het bij psychische stoornissen om natuurlijke soorten gaat. Dat wil zeggen, ze gaan ervan uit dat er soorten psychische stoornissen zijn, net zoals er soorten chemische stoffen of diersoorten zijn. De term ‘natuurlijke soort’ is een technisch-filosofische term die voor verschillende mensen veel verschillende dingen betekent, maar het algemene idee kan gemakkelijk worden uitgelegd als we kijken naar het traditionele voorbeeld van een natuurlijke soort, namelijk water. Alle waterstalen zijn in principe van dezelfde soort; ze hebben dezelfde microstructuur waardoor ze zich op dezelfde manier gedragen. Door aan het geheel van deze ‘stof’ dezelfde naam te geven, namelijk ‘water’, kunnen we iets van de wereld zelf goed begrijpen. Het hangt niet af van ons en onze classificatievoorkeuren, financiële prikkels, sociale praktijken of morele overwegingen dat alle stalen van water hetzelfde zijn. In die zin is water een natuurlijke soort. Het is epistemologisch zeer nuttig als een classificatiesysteem erin slaagt natuurlijke soorten vast te leggen. We kunnen voorspellen hoe een staal zich zal gedragen als we weten dat het water is, en we kunnen uitleggen waarom het zich zo gedraagt op basis van onze kennis over de microstructuur van water.

Als men aanneemt dat de labels voor psychische stoornissen in de DSM of ICD categorieën van natuurlijke soorten zijn, gelooft men dat er ook natuurlijke verschillen zijn tussen soorten psychiatrische problemen en dat deze labels daarnaar verwijzen. Als dat het geval zou zijn, zouden deze labels ook op dezelfde manier gebruikt kunnen worden als classificatiesystemen in andere wetenschappen; om op natuurlijke wijze individuen te groeperen, er generalisaties over te maken en hun eigenschappen te voorspellen en uit

te leggen. Veel psychiaters en filosofen van de psychiatrie hebben echter betoogd dat er belangrijke verschillen zijn tussen chemische soorten zoals water en psychiatrische stoornissen. Zozeer zelfs dat we voorzichtig moeten zijn om psychiatrische classificatiesystemen zoals de DSM en de ICD op dezelfde manier te gebruiken als de classificatiesystemen die in andere wetenschappen worden gebruikt.

In de nota van de HGR worden verschillende epistemologische overwegingen overlopen, maar we vatten er hier 5 samen:

- Ten eerste zijn psychische stoornissen, in tegenstelling tot chemische elementen, geen homogene verzamelingen. Alle individuele watermoleculen delen een groot aantal relevante eigenschappen. Dat geldt in veel mindere mate voor verzamelingen van individuele psychische stoornissen die afgebakend worden door DSM-criteria.
- Ten tweede zijn psychische stoornissen, in tegenstelling tot chemische elementen, geen strak begrensde verzamelingen. Sommige van de symptomen die de DSM beschrijft, doen zich voor bij verschillende ziektecategorieën.
- Ten derde hebben psychische stoornissen, in tegenstelling tot chemische elementen, geen causale essentie. Het atoomnummer van polonium verklaart bv. een hele reeks van eigenschappen die typisch zijn voor het element in kwestie. De etiologie van psychische stoornissen is veel complexer. Er zijn verschillende oorzaken die op elkaar inwerken, en de symptomen die ze veroorzaken kunnen op hun beurt de oorzaak worden van andere symptomen.
- Ten vierde is het lidmaatschap van chemische elementen een binaire of

categoriale kwestie. Een atoom kan niet in mindere of meerdere mate een poloniumatoom zijn. Dat is wel het geval bij psychische stoornissen, die in de wetenschappelijke literatuur steeds vaker als continua of spectra worden beschreven.

- Ten vijfde en ten slotte, is het zo dat classificaties van psychische stoornissen, zoals de DSM, niet alleen het product zijn van epistemische overwegingen, zoals kennis over de oorzaken en behandelingen van psychische stoornissen, maar ook het resultaat van sociale, morele en financiële overwegingen.

Voor de doorlichting van het klinisch gebruik van psychiatrische classificatiesystemen richt de nota van de Hoge Gezondheidsraad zich op een evaluatie van kwaliteitscriteria zoals betrouwbaarheid, precisie en validiteit.

De HGR concludeert dat er veel epistemologische problemen zijn met classificeren in de psychiatrie. Deze hangen samen met discussies over het al dan niet 'natuurlijke' karakter van deze stoornissen.

Organisatorische vragen

Op organisatorisch vlak brengt de nota van de HGR in kaart hoe vanuit de sociologie wordt gedacht over het gebruik van psychiatrische diagnoses, wat stigma-onderzoek leert en wat de wetgever voorschrijft inzake het gebruik van classificatiesystemen. Sociologische invalshoeken op de verhouding tussen diagnostische systemen en de organisatie van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) nemen een rationeel organisatie-model niet als vanzelfsprekend aan. Dit rationeel model veronderstelt dat de doelstellingen, de structuren en de

regels die de interne processen en handelingen in dienstenorganisaties sturen (zoals instellingen in de GGZ), de logische uitwerking zijn van een onderliggende, wetenschappelijk gefundeerde, technische rationaliteit. Zo vloeien, volgens een rationeel organisatie-model van de GGZ, de hiërarchische verhoudingen tussen de verschillende beroepsgroepen en de verhoudingen tussen professionals en cliënten logisch voort uit het onderliggende biomedische, categorische ziektemodel. Onderzoek toont aan dat dit rationeel organisatie-model geen accurate beschrijving biedt van de effectieve werking van instellingen van de GGZ. Diagnostische categorieën zijn niet

de hoekstenen voor de opbouw van een rationele organisatie van instellingen, maar dienen omgekeerd in een achterafbeweging om een bestaande organisatie en bestaande handelwijzen te legitimeren.

In de sociologische stigmaliteratuur komt ook het gebruik van psychiatrische classificaties aan bod. Dat stigma-onderzoek nam van bij de aanvang het gebruik van psychiatrische diagnostische classificaties op de korrel. Deze kritische houding werd scherper als reactie op de biomedische wending in de psychiatrie, gekenmerkt door een groeiende gerichtheid op hersenwetenschappen vanaf de jaren zeventig van de vorige eeuw. Onderzoek toont dat de veronderstelling dat een bevolking die zich een biomedisch perspectief op geestelijke ziekte eigen maakt, haar vooringenomenheid

Vervolg op pagina 55.

Vervolg van pagina 52.

tegenover personen met psychische problemen, en de GGZ zal laten varen, niet klopt. Deze aanname stuurt vele geestelijke gezondheidspromotie- en anti-stigma-campagnes, maar verschillende studies maken duidelijk dat burgers die een biomedisch perspectief en discours overnemen doorgaans meer stigmatiseren. Bovendien blijkt deze biomedische oriëntatie ook de aanname van een herstelperspectief bij hulpverleners te hinderen.

Daarnaast bekeek de HGR ook wat de wetgever voorschrijft inzake het gebruik van classificatiesystemen. Vanuit de diverse overheden in België wordt niet sterk aangestuurd op het gebruik van psychiatrische classificatiesystemen zoals de DSM en de ICD in klinische diagnostische situaties. Het wettelijk kader geeft zowel individuele hulpverleners als zorgorganisaties een ruime vrijheidsmarge in hoe ze al dan niet gebruik maken van psychiatrische classificatiesystemen. De overheid stuurt vooral aan op een gebruik in functie van registratiedoelstellingen. Het voornaamste doel lijkt daarbij te zijn dat er een mogelijkheid is om op populatieniveau zicht te krijgen op types psychiatrische problemen.

Klinisch gebruik van psychiatrische diagnoses

Voor de doorlichting van het klinisch gebruik van psychiatrische classificatiesystemen richt de nota van de Hoge Gezondheidsraad zich op een evaluatie van kwaliteitscriteria zoals betrouwbaarheid, precisie en validiteit.

Wat betreft de betrouwbaarheid blijken de DSM-categorieën problematisch te zijn. Zo vindt men in veldproeven dat slechts 14 van 20 geteste aandoeningen uit recentste versie van de DSM (DSM-5) een aanvaardbare interbeoordelaars betrouwbaarheid hebben (waaronder posttraumatische stressstoornis;

schizofrenie en borderline-persoonlijkheidsstoornis), wat betekent dat tot op heden slechts 4% van de 347 DSM-5 categorieën een bewezen betrouwbaarheid heeft. De betrouwbaarheid van de andere stoorniscategorieën is vooralsnog niet voldoende bestudeerd. Bovendien blijkt dat de betrouwbaarheid anno 2013 niet beter is dan die van 1974.

het 'relatief leeftijdseffect', waarbij jongere leerlingen in een klas makkelijker de diagnose ADHD krijgen omdat ze minder volwassen zijn. Het gewicht van de meningen van anderen in het diagnostisch beslissingsproces staat hierbij in schril contrast met de WHO-definitie van gezondheid die wil dat de inbreng van de persoon zelf op de voorgrond staat.



Een belangrijk concept dat aansluit bij deze nieuwe benadering van gezondheid is herstel.

Ook de diagnostische precisie van de diagnostische categorieën uit DSM en ICD is problematisch. Bij gebrek aan één-duidige (bv. biologische) testcriteria krijgen mensen vaak een psychiatrische diagnose en medicatie op basis van de subjectieve interpretatie van vage, multi-interpretabele criteria, wat een grote spelingsruimte biedt aan contextinvloed. Zo zijn er aanwijzingen dat er op dit moment te veel mensen, en vooral kinderen, met een diagnose worden gelabeld. Een treffend voorbeeld hiervan is

De validiteit van de DSM stoorniscategorieën is eveneens niet goed: voor veel stoorniscategorieën ondersteunt psychologisch en psychiatrisch basisonderzoek de diagnostische criteria uit de checklists niet, waardoor de relevantie van de stoorniscategorie wordt ondermijnd. Er kon tot nog toe geen specifieke en coherente neurobiologische grondslag voor de specifieke aandoeningen gevonden worden, behalve voor neurocognitieve aandoeningen. Ook psychologisch en psychiatrisch

basisonderzoek kan veelal de diagnostische criteria uit de DSM-checklists niet ondersteunen. Zo concluderen Rosen en Lilienfeld in een analyse van de criteria van PTSS “dat vrijwel alle kernveronderstellingen en veronderstelde mechanismen overtuigende of consistente empirische ondersteuning ontberen”.

Veranderende conceptualisaties van geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidsproblemen.

Kenmerkend voor zowel de DSM- als de ICD-benadering van de diagnose is dat deze sterk getuigen van een gedecontextualiseerde benadering van geestelijke gezondheidsproblemen die zich alleen richt op disfunctie. Tegenwoordig zijn er nieuwe benaderingen van gezondheid in opkomst. In 2011 lanceerden Huber en collega's een nieuwe definitie van gezondheid: “Gezondheid is het vermogen je aan te passen en je eigen regie te voeren in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven”. Binnen deze visie bestaat gezondheid niet alleen uit bio-psykosociale componenten, maar heeft het ook een existentiële dimensie: geestelijke gezondheidsproblemen ondermijnen de zelfervaring van mensen en hun sociale en maatschappelijke positie, die vaak ernstig wordt belemmerd.

Een belangrijk concept dat aansluit bij deze nieuwe benadering van gezondheid is herstel. In eerste instantie is het concept van herstel voortgekomen uit de bewegingen van de gebruikers van GGZ-diensten in de jaren zeventig, waarbij de traditionele biomedische benaderingen van mentale ziektes ter discussie werden gesteld. Cruciaal voor deze beweging is de verschuiving van diensten gebaseerd op traditionele klinische resultaten (afwezigheid of vermindering van symptomen) naar herstel “zoals gedefinieerd door de visie van de

gebruiker van de diensten op wat nodig of wenselijk is in de zorg die hij/zij krijgt om hem/haar te helpen een zinvol leven en waardevolle rollen te hervatten”. De definitie van een zinvol leven is persoonlijk en hangt af van wat mensen werkelijk willen en wat voor hen belangrijk is. In deze brede benadering van herstel spelen reflecties over eigen (levens)verhalen (*'self-narratives'*) een belangrijke rol. Bij mentale gezondheidsproblemen hebben mensen behoefte aan een gecontextualiseerd verslag over zichzelf dat aandacht besteedt aan sterke punten en kwetsbaarheden en hen helpt om betekenis te geven aan hun ervaringen. Herstel vereist een ondersteunende rol van professionals op alle niveaus. In dit proces zijn partnerschap en gedeelde besluitvorming (*shared decision-making*) belangrijk: professionals moeten in contact komen met de waarden, affiniteiten en doelstellingen van de patiënt en interventies daarop afstemmen.

Interessant is dat de herstelaanpak impliceert dat de diagnose verder moet gaan dan het in kaart brengen van de symptomen met als doel deze te beheersen. Symptoombeheersing (klinisch herstel) is belangrijk, maar persoonlijk herstel en maatschappelijk herstel zijn even cruciaal. Daarom moet de diagnose niet beperkt blijven tot een klinische beoordeling van symptomen en syndromen, maar moet de diagnose net zo goed de fase van herstel van een individu weerspiegelen als de behoefte aan zorg en ondersteuning in het proces van persoonlijk herstel.

Het alternatief: meerledige diagnostiek

Als alternatief voor de dominante stoornisgerichte benadering van de diagnose met de DSM of de ICD stelt de HGR voor om in klinische situaties een contextualiserende benadering te volgen, waarbij het symptoom, de klacht(en) en/of de ervaring van

het lijden van een persoon als uitgangspunt wordt genomen. Als eerste stap in het diagnostische proces moeten deze symptomen, klachten en/of ervaringen van lijden beschrijvend worden gekarakteriseerd, zodat deze in een volgende stap kunnen worden gesitueerd ten opzichte van drie aspecten van breder functioneren.

In de eerste plaats moet het symptoom, de klacht en/of de ervaring van lijden worden besproken in termen van verschillende domeinen die betrekking hebben op een specifiek gebied van het menselijk functioneren (biografische factoren, existentiële factoren, contextueel-interactief functioneren, mentale processen, biologische factoren). Dergelijke gepersonaliseerde karakterisering moet iemands problemen plaatsen in zijn of haar levensloop en biopsychosociale context.

Ten tweede moet(en) sympto(o)m(en), klacht(en) en/of ervaring van lijden worden besproken vanuit beschrijvende kennis over psychiatrische syndromen. Voor dit doel is de uitgebreide lijst van stoornissen die in de DSM wordt onderscheiden niet nodig, omdat deze het nadeel heeft dat de focus wordt gericht op veronderstelde aandoeningen waaraan een individu lijdt. Een betere manier voor dit type diagnose is waarschijnlijk het geven van een classificerende karakterisering van de mentale gezondheidstoestand van mensen in de vorm van een beperkt aantal brede syndromen (psychotisch syndroom, angstsyndroom, verslavingssyndroom, depressiesyndroom, etc.), die op hun beurt weer dimensies kunnen vormen.

Ten derde moet(en) het (de) sympto(o)m(en), de klacht(en) en/of de ervaring van lijden worden besproken vanuit het continuüm van crisis tot herstel. Herstel kan het best worden besproken in zijn klinische, persoonlijke en sociale dimensies.

Diagnose door middel van klinische casusformuleringen

Praktisch gezien impliceert een dergelijke meerledige benadering van de diagnostiek het gebruik van klinische casusformuleringen. Een klinische casusconstructie is een narratieve beschrijving waarin symptomen en psychische klachten worden ingekaderd binnen de context van het bredere functioneren van een persoon, zodat de impact van symptoom en context, de logica van het functioneren en de sterktes en aspecten van veerkracht in kaart worden gebracht. Casusformuleringen kunnen worden opgebouwd op basis van concreet materiaal uit klinische ontmoetingen, observatiegegevens en

informatie uit psychologisch onderzoek. De diagnosticus bespreekt dit materiaal met als doel duidelijk te maken hoe problemen georganiseerd zijn.

Besluit

De HGR stelt vast dat de vaakst gebruikte instrumenten voor het diagnosticeren van geestelijke gezondheidsproblemen (de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) en de *International Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD)) een aantal problemen opleveren en raadt aan deze met de nodige voorzichtigheid te gebruiken en de DSM-categorieën niet centraal te stellen in de zorgplanning. Op basis van deze doorlichting formuleert de

HGR bovendien een aantal aanbevelingen over hoe het brede publiek, klinici en beleidsmakers het beste kunnen omgaan met de diagnose van geestelijke gezondheidsproblemen. Voor het klinische werk wordt in essentie aangeraden de diagnose toe te spitsen op een gecontextualiseerde casusformulering die ook het proces van herstel bespreekt en zich qua classificatie beperkt tot brede syndromen.

Referenties

1. Dit artikel kwam tot stand met de steun van de HGR. De auteurs danken de leden van de werkgroep over de DSM.
2. Vanheule, S., Adriaens, P., Bazan, A., et al. Belgian Superior Health Council advises against the use of the DSM categories. *Lancet Psychiatry* 2019; 6(9), 726–726.
3. Voor verdere details en referenties verwijzen we naar de nota van de HGR: <https://www.health.belgium.be/nl/advis-9360dsm>

LEES NEURON
ONLINE

