

## Staat het DSM-classificatiesysteem goede psychiatrische zorg in de weg?

M. FINOULST, P. VANKRUNKELSVEN, K. CATTHOOR, F. VAN DEN EEDE

TIJDSCHR GENEESK 2019; 75: 1297-1299

Geachte redactie,

In een recent artikel formuleren Finoulst, Vankrunkelsven, Catthoor en Van Den Eede een aantal bedenkingen over classificatie en diagnostiek in de psychiatrie. De aanleiding is een advies van de Hoge Gezondheidsraad (HGR) over het gebruik van de „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM) en een debat dat de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (VVP) organiseerde (1). Finoulst modereerde dit debat, Catthoor was panellid en twee van de auteurs die meeschreven aan deze reactie (Calmeyn en Vanheule), zaten eveneens in het panel.

Finoulst en collega's menen dat de DSM een belangrijk instrument is om de klinische en wetenschappelijke kwaliteit van de psychiatrie te vergroten en helder te kunnen communiceren over psychiatrie. Verder klagen ze in hun artikel verbaasd aan dat de VVP niet betrokken was bij de totstandkoming van het adviesrapport.

Over het tweede punt van kritiek kunnen we kort zijn: de HGR roept experten op om zich kandidaat te stellen voor werkgroepen en laat het initiatief niet over aan beroepsverenigingen. Er wordt voor GGZ-topics vertrokken van een zeer ruime lijst. Vele VVP-leden kregen langs die weg de kans om deel te nemen aan de werkgroep. Zowel in de algemene vergadering van de HGR, de permanente werkgroep GGZ van de HGR als de werkgroep rond de DSM en aanverwante classificatie-instrumenten werkten leden van de VVP actief mee aan de totstandkoming van het advies (2). De HGR stelt zich bovendien tot doel onafhankelijke en onpartijdige adviezen te formuleren.

Het eerste punt van kritiek van Finoulst en collega's is ongegrond. De HGR heeft zo systematisch mogelijk in kaart gebracht wat de wetenschappelijke evidentie is voor de epistemologische aanspraakmogelijkheden, de sociologische gevolgen en de klinische waarde van de DSM. Hierbij werd de methodiek van een multidisciplinair expertenpanel getrouw gevolgd.

Specifiek werd er gekeken naar de betrouwbaarheid, de precisie en de validiteit van het classificatiesysteem. Op elk van deze punten concludeert de HGR dat de evidentie zwak is. Hoe aantrekkelijk het systeem ook mag toeschijnen, de wetenschappelijke waarde ervan is beperkt. We merken dat een aantal collega's het moeilijk hebben met die conclusie. De feiten tonen echter dat bijvoorbeeld de betrouwbaarheid van de DSM zwak is, in het bijzonder voor de diagnose van problematieken zoals angst en depressie. Gezien dit probleem is voorzichtigheid geboden.

De HGR raadt in haar advies niet aan om de DSM niet meer te gebruiken, maar wel om voorzichtiger om te springen met een dergelijke classificatie en deze enkel gecontextualiseerd te gebruiken, alsook om zich te beperken tot de hoofdcategorieën uit het systeem. Dit advies sluit aan bij bevindingen

van recent psychopathologisch basisonderzoek. Zowel empirische netwerkbenaderingen van verbanden tussen symptomen, studies naar de genetische overlapping van psychiatrische stoornissen als recente taxonomische studies wijzen in de richting van een beperkter aantal duidelijk af te lijnen condities (3-5).

Finoulst en collega's lijken te vrezen dat dit een terugkeer impliceert naar de toestand van 100 jaar geleden. Dit klopt niet. Toen waren er simpelweg geen gedeelde categorieën en gaf iedereen eigen invullingen aan diagnostische concepten. Nu zijn die er wel, maar gezien de twijfelachtige wetenschappelijke kwaliteit van de DSM raden we aan om bescheiden en voorzichtig te zijn en om bij het gebruik van dat instrument vooral te werken met hiërarchisch hoger gelegen classificatie-categorieën.

In de praktijk merken we dat GGZ-professionals, zoals psychiaters, doorgaans voorzichtig zijn in het gebruik van de DSM. Het HGR-advies viseert hen dus geenszins, maar doet ruime aanbevelingen voor de GGZ als maatschappelijk systeem.

De opmerking dat het advies van de HGR aanbeveelt om „professionele ondersteuning te bieden zonder formele diagnosestelling”, is niet correct. Het advies raadt aan om „hulp en ondersteuning bij psychische klachten ook mogelijk te maken zonder formele diagnosestelling als voorafgaande voorwaarde voor professionele hulp”. Zo toont het internationaal bekende Headspace-project bijvoorbeeld aan dat een vroegtijdige interventie waarbij een diagnose geen eerste vereiste is (zoals bij de TEJO-huizen in België) een enorme positieve klinische impact kan hebben (6, 7).

Tot slot vinden we het bedroevend dat Finoulst en collega's manifeste onwaarheden communiceren. Zo waren er geen twee, maar drie psychiaters betrokken bij de DSM-werkgroep van de HGR. Verder leggen de auteurs ons woorden in de mond die helemaal niet kloppen. Naar aanleiding van hun opmerking dat werken met brede stoorniscategorieën de onderlinge communicatie bemoeilijkt en de klok 100 jaar terugdraait, merken ze het volgende op: „iets waarmee de samenstellers van het advies naar eigen zeggen te weinig rekening hebben gehouden”. We zijn helemaal niet van mening dat we daar te weinig rekening mee gehouden zouden hebben. We betreuren deze foutieve bewering van Finoulst en collega's.

Verder roept ook hun bewering dat „de aanwezige psychologen, psychiaters en andere zorgverstrekkers besluiten dat het advies niets nieuws brengt voor de praktijk en dat het onvoldoende gedragen wordt door de sector” vragen op. Op de discussieavond van de VVP werden verschillende meningen naar voren gebracht, maar nooit werd er gepeild naar een consensus. We vragen ons af op welke grond de auteurs menen dergelijke conclusies te kunnen trekken.

Ook de vermelding „uiteindelijk biedt het advies van de HGR slechts een eenzijdige, beschouwende visie op de psychiatrie, zonder stil te staan bij de implicaties voor de praktijk” wekt verbazing. De HGR-nota pleit er precies voor om niet eenzijdig te handelen en een gelijkwaardig gewicht toe te kennen aan biologische, psychologische, sociale en existentiële componenten én om contextualiserend te werken. Daarbij – wat betreft de implicaties voor de praktijk – is het belangrijk om te beseffen dat het om een advies gaat, niet over concrete richtlijnen. Het advies nodigt net alle betrokkenen uit om te reflecteren over de toepassing in de praktijk.

*Stijn Vanheule, Universiteit Gent*  
*Ariane Bazan, Vrije Universiteit Brussel*  
*Piet Bracke, Universiteit Gent*  
*Marc Calmeyn, PZ Onzeliëvrouw Brugge*

### Literatuur

1. <https://www.health.belgium.be/nl/advies-9360dsm>
2. VANHEULE S, ADRIAENS P, BAZAN A, et al. Points to consider regarding DSM alternatives – Authors’ reply. *Lancet Psychiatry* 2019; 6: 895.
3. BORSBOOM D. A network theory of mental disorders. *World Psychiatry* 2017; 16: 5-13.
4. BRAINSTORM CONSORTIUM. Analysis of shared heritability in common disorders of the brain. *Science* 2018; 360.
5. CONWAY CC, FORBES MK, FORBUSH KT, et al. A hierarchical taxonomy of psychopathology can transform mental health research. *Perspect Psychol Sci* 2019; 14: 419-436.
6. NIEMAN DH, MCGORRY PD. Detection and treatment of at-risk mental state for developing a first psychosis: making up the balance. *Lancet Psychiatry* 2015; 2: 825-834.
7. MCGORRY P. Building the momentum and blueprint for reform in youth mental health. *Lancet Psychiatry* 2019; 6: 459-461.

### Geachte redactie,

De Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (VVP) dankt Vanheule et al. voor hun reactie op het artikel „Staat het DSM-classificatiesysteem goede psychiatrische zorg in de weg?” van Finoulst et al. in het Tijdschrift voor Geneeskunde van 1 november 2019. Het is essentieel dat we over deze belangrijke onderwerpen blijven communiceren, ondanks de bestaande meningsverschillen.

De VVP is een wetenschappelijke vereniging met psychiatrie als neurowetenschappelijke geneeskundige discipline als uitgangspunt, evenwel zonder eenzijdigheid of biologisch determinisme. Uiteraard is de VVP ook van mening dat psychologische en sociale wetenschappen een belangrijke plaats hebben binnen het hedendaagse denkkader van de GGZ. Al vele jaren is het biopsychosociale model de basis. Psychiatrie verenigen tot een soort van „humane wetenschap” is echter in complete tegenspraak met de wetenschappelijke inzichten van de laatste jaren. De VVP vindt het daarom belangrijk dat het deelnemerspanel van een HGR-commissie over een psychiatrisch onderwerp pluralistisch is samengesteld. Dit wil zeggen dat ook de neurowetenschappelijke kant van het verhaal een plaats krijgt. Dat is in deze niet gebeurd. De VVP betwist niet dat er vanuit de HGR een mailing is gebeurd met de vraag naar interesse voor deze werkgroep en dat die bij een aantal VVP-leden

is terechtgekomen. Dat deze personen daarop niet hebben gereageerd, is erg jammer. Anderzijds is minstens de schijn gewekt dat er in de commissie een bestuurslid van de VVP aanwezig was met het mandaat van de vereniging. Dat was absoluut niet zo. De deelname aan deze commissie werd op geen enkele manier gecommuniceerd naar de VVP. Dat is lastig omdat de VVP een open debatcultuur hanteert. Een voorbeeld van een voorkeursmanier van werken is de „werkgroep hervorming wet gedwongen opname” op het kabinet van minister Geens. De mensen vanuit de VVP die daarbij aanwezig waren, hebben een rondetafelgesprek over dit onderwerp georganiseerd waarop elk lid van de vereniging was uitgenodigd. De inzichten die op deze avond gegeneerd zijn, werden meegenomen naar de werkgroep. Als de HGR-werkgroep op een gelijkaardige manier had samengewerkt met de VVP, was de indruk van polarisering vermeden. Met het huidige advies wordt de indruk gewekt dat een deontologisch waardevollere benadering (vanuit een psychoanalytische insteek) mogelijk is, tegenover de bestaande minderwaardige psychiatrische praktijk. Vanuit de VVP vinden we dit bijzonder betreuwswaardig omdat we pleiten voor verbinding en gedragen waarden. Een samenwerking met de VVP had veel discussie kunnen vermijden. Dat de VVP blijft benadrukken dat twee psychiaters aan het advies hebben meegewerkt en geen drie, heeft te maken met het feit dat Jim Van Os (de derde psychiater) het advies niet heeft ondertekend. Het blijft een vreemd gegeven dat iemand actief meewerkt aan het HGR-advies, maar dit op het einde toch niet formaliseert met een handtekening.

De VVP is ervan overtuigd dat psychiatrie een volwaardige specialisatie is binnen de geneeskunde en hecht veel belang aan gedegen wetenschappelijk onderzoek. Dat is ook de voornaamste kritiek op het HGR-advies, namelijk dat er geen zorgvuldige literatuurstudie werd verricht. Het belang van de DSM-5 voor psychiatrische wetenschap is onvoldoende in rekening genomen. De VVP is ervan overtuigd dat de literatuurstudie van de HGR over de DSM de kritische toets van een peer review niet zou doorstaan. In het inleidende gedeelte van de DSM-5 staan duidelijke aanwijzingen voor correct gebruik met aandacht voor de klinische voorgeschiedenis, de sociale, de psychologische en de biologische factoren die kunnen hebben bijgedragen aan het ontstaan van een psychische stoornis. Klinische ervaring is vereist om zorgvuldig gebruik te kunnen maken van de classificatie en het is onvoldoende om alleen de afzonderlijke symptomen uit de classificatiecriteria aan te vinken (1). Het is niet omdat men een beschrijvende classificatie toepast dat men geen holistische visie of een biopsychosociaal model hanteert met ook aandacht voor de existentiële dimensie (bv. „wat is de betekenis van de depressieve stoornis in de huidige levensfase van deze persoon?”). Het HGR-advies benadrukt dat slechts 6% van alle DSM-5-diagnoses werd getest op betrouwbaarheid. In het onderzoek van Regier et al. aangaande deze betrouwbaarheid werd er echter een zeer goede kappa (0,60-0,79) bekomen voor PTSS, een somatisch-symptoomstoornis en een uitgebreide neurocognitieve stoornis en een goede kappa (0,40-0,59) voor schizofrenie, een schizoaffectieve stoornis, een bipolaire stoornis type I, een eetbuistoornis, een stoornis in alcoholgebruik, een beperkte neurocognitieve stoornis en een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (2). Deze diagnoses zijn dus uitermate betrouwbaar en niet vatbaar voor de kritiek waarop de HGR haar advies baseert. Er is tot slot een evolutie in het DSM-systeem, zoals beschreven door Escobar en Marin (3). In de DSM-4 werden de criteria inzake lijdensdruk en functionele gevolgen geïntroduceerd en in de DSM-5

is er ook aandacht voor de meer dimensionele aspecten, culturele invloeden en spectrumpathologieën.

De VVP ondersteunt ten volle dat er hulpverlening moet kunnen zijn zonder dat er hiervoor een formele diagnose vereist is. Meermaals werd benadrukt dat diagnostiek een langdurig proces kan zijn waarbij veel aspecten in rekening gebracht moeten worden, ook input van de context. Reflecteren over de toepassing van diagnostiek wordt van harte toegejuicht. De VVP sluit zich aan bij Allen Frances, een Amerikaanse psychiater die voorzitter was van de taskforce bij de ontwikkeling van de DSM-4, maar rabiante tegenstander werd van de DSM-5 vanwege de inmenging van de farma-industrie en de overmedicalisering van dagelijkse problemen. Hij schreef hierover „Saving normal”, in het Nederlands vertaald als „Terug naar normaal”. Allen Frances stelt dat „clinici die alleen een DSM-diagnose kennen, moeten worden gewantrouwd, maar ook diegenen die de waarde en het belang van een zorgvuldig gestelde diagnose minimaliseren of ontkennen. Vrij zwevende diagnostische subjectiviteit kan probleemloos aanvaard worden voor een psychotherapeutische begeleiding bij personen met milde problemen of om persoonlijke groei te bevorderen. Het is daarentegen gevaarlijk in het kader van de behandeling van mensen met psychiatrische aandoeningen”. In het HGR-advies staat letterlijk dat „stoornissen het best opgevat worden als syndromen die het alledaagse functioneren verstoren en niet als uitingen van onderliggende ziektes”. Dit is een manifeste ontkenning van de medisch-biologische realiteit, waarbij psychiatrische ziektes bijzonder groot en ernstig lijden kunnen veroorzaken. De VVP benadrukt dat dit soort lijden niet „inherent is aan het leven”, in tegenstelling tot wat de auteurs van het advies schrijven. Deze stelling is minstens even stigmatiserend voor de vele patiënten met een ernstige psychiatrische problematiek die voor het leven getekend zijn door hun ziekte als het lichtzinnige gebruik van diagnostische labels. Beide reductionistische visies moeten absoluut bestreden worden.

Ten slotte valt op dat het woord „biologisch” niet voorkomt in de aanbevelingen van het HGR-advies. Wellicht is dit de essentie van de meningsverschillen tussen de auteurs van het

advies en de VVP. Het HGR-advies lijkt geschreven te zijn voor een ander „type” psychisch lijdende mens dan diegenen voor wie de meerderheid van de Vlaamse psychiaters zich inzet. Psychiatrische aandoeningen zijn een biologische realiteit. Dat psychische problemen zich situeren op een continuüm, betekent niet dat een ernstige psychopathologie vanuit een genetisch, metabool of biologisch disfunctioneren niet bestaat. Het erkennen van deze realiteit wordt gemist in het HGR-advies, wat uiteraard tot verre gaande consequenties leidt in het omgaan met diagnostische vraagstukken. Een revisie van het HGR-advies waarbij een uitbreiding naar deze patiëntenpopulatie ernstig wordt meegenomen, zal een enorme meerwaarde betekenen voor de dagelijkse GGZ-praktijk in dit land. De VVP houdt zich ter beschikking om hieraan mee te werken.

*Kirsten Catthoor  
Chris Bervoets  
Frieda Matthys  
Kris Van den Broeck  
Hendrik Peuskens  
Maarten Van Den Bossche  
Chris Baeken  
Filip Van Den Eede*

#### Literatuur

1. American Psychiatric Association. Beknopt overzicht van de criteria DSM-5. Amsterdam: Boom, 2014: 73-75.
2. REGIER DA, NARROW WE, CLARKE DE, et al. DSM-5 field trials in the United States and Canada, part II: test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *Am J Psychiatry* 2013; *170*: 59-70.
3. ESCOBAR JI, MARIN H. Present and future classification systems for mental disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry (10th edition). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2017: 1151-1163.