



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Het einde van de huidige psychiatrische diagnostiek nadert

MARK VAN DER GAAG

De *Diagnostic Statistical Manual* (DSM) is een vreemd boek. Er staan geen diagnoses in maar classificaties, van statistiek is in het hele boek geen sprake, en nergens staat hoe je een diagnose kunt stellen. Toch zijn we alweer toe aan de vijfde versie en niemand reviseert de boektitel. Als de DSM-5 er komt, wordt hij misschien wel niet gebruikt in de klinische praktijk. Aanvankelijk zag het er goed uit. De categorale diagnostiek zou vervangen gaan worden door een dimensioneel assessment.

In de vaderlandse psychologische wetenschap is het denken in categorieën na het falen van de karaktertypologie van Gerard Heymans (1857–1930) verlaten en ingeruild voor dimensioneel meten. Maar de medische wereld zit anders in elkaar: je bent ziek of gezond en je wordt behandeld of niet. Een beetje ziek en een beetje behandelen is eigenlijk in het medische vak geen optie, al gebeurt het dagelijks. Maar meer dan tachtig jaar na de dood van Heymans is dit aan het veranderen. Eindelijk gaat de steven om, of toch niet?

De DSM is een consensusdocument. De wetenschap is niet doorslaggevend, maar het aantal stemmen. De sadistische persoonlijkheid is niet in DSM-IV gekomen onder andere vanwege politieke bezwaren. Er wordt regelmatig gedebatteerd bij

de ontwikkeling van de DSM-5 en omdat farmacie, commercie en wetenschap wedijveren, vertrekken er af en toe wetenschappers uit de constituerende vergadering. In de afgelopen tijd zijn voorstellen doorgedrukt of ineens teruggetrokken.

Doordat de DSM-5 zowel categorale classificaties als een dimensionale benadering gestand wil doen, zijn we terug bij Heymans: scores op meerdere normaalverdeelde dimensies moeten toch weer in een hokje teruggebracht worden. Er zijn zo vijf dimensies bij persoonlijkheidsstoornissen, die elk op vijf niveaus van ernst ingeschaald worden met gebruikmaking van 37 persoonlijkheidsfacetten die al of niet aanwezig zijn. Dat wordt nascholen voor dokters en psychologen en daarna voortdurend het met elkaar oneens zijn.

Hoe is dit allemaal mogelijk? De eerste dwaling is dat we classificeren op syndromen. Syndromen zijn nogal losse groepen symptomen die met een zekere waarschijnlijkheid met elkaar samengaan. Om een groep mensen met ruwweg dezelfde symptomen zetten we een hekje en geven die een naam. Dat is een classificatie, maar dan komt er een universeel menselijke misvatting bij, namelijk dat het dan gaat om een ziekte. Een ziekte heeft een etiologie, een causaal mechanisme en een prognose.

In de psychiatrie ontbreekt etiologie veelal, kennis omtrent het mechanisme vaak en varieert de prognose bijna altijd van volledig herstel tot persistierend en chronisch. De meeste diagnoses verwijzen ook niet naar een eenduidige behandeling, want kennis over het mechanisme is vaak afwezig of in vage noties vervat. Toch denkt bijna iedereen dat de arbitraire classificaties in de DSM verwijzen naar onderliggende (onbegrepen) ziekteprocessen.

De tweede dwaling is dat we de bias van Berkson niet begrijpen (Berkson, 1950). Symptomen die samengaan in klinische populaties zien we vaak aan voor verwijzend naar hetzelfde onderliggende ziekteproces. Maar Berkson stelt dat als allerlei symptomen elk voor zich en onafhankelijk van elkaar bijdragen aan hulpzoekend gedrag en zorgbehoefte, ze in een klinische populatie vaker comorbide zijn dan onder de bevolking. Het samengaan is dan niet veroorzaakt door een gemeenschappelijk ziekteproces, maar op zijn minst gedeeltelijk door een gemeenschappelijke *confounder*, namelijk zorgbehoefte. Bij schizofrenie is dit aangevoeld voor positieve en negatieve symptomen die bij de zieke populatie in hoge mate samengaan, maar onder de bevolking nauwelijks (Maric et al., 2004). Ook bij hallucinaties

en wanen is dit het geval. Bij schizofreniecliënten komt het *lifetime* samengaan van wanen en hallucinaties voor bij 70% van de populatie. Onder de algemene bevolking komen ook wanen en hallucinaties voor, maar daar is de overlap tussen 3 en 5% (Smeets et al., 2012). Dat betekent dat wanen en hallucinaties wel geassocieerd zijn met, maar niet terug te voeren zijn op een enkel mechanisme, bijvoorbeeld dopamineontregeling.

De uitweg is om symptoomdimensies als eenheden van behandeling te nemen. Eigenlijk doen we dat al regelmatig. We hebben bijvoorbeeld geen antischizofrenicum, maar wel een antipsychoticum. De diagnose schizofrenie is niet noodzakelijk om een psychose te behandelen. Een diagnose is ook niet nodig bij het bestrijden van koorts met Aspirine®. Protocollen voor eindstadiumclassificaties zoals nu in de zorgpaden aangeboden worden, zijn nuttig en effectief, maar doen de werkelijkheid geweld aan. We naderen het tijdperk dat DSM-classificaties uitsluitend gebruikt worden in de communicatie tussen hulpverlener en zorgverzeeker, maar niet langer in de communicatie met hulpvragers, omdat iedereen beseft dat het geen diagnoses zijn, maar uiteindelijk illusies gebaseerd op tamelijk willekeurige criteria.

Referenties

- Berkson, J. (1950). Are there two regressions? *Journal of the American Statistical Association*, 45(250), 164–180.
- Maric, N., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., Graaf, R. de, Vollebergh, W. & Os, J. van (2004). Is our concept of schizophrenia influenced by Berkson's bias? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(8), 600–605.

- Smeets, F., Lataster, T., Dominguez, M.D., Hommes, J., Lieb, R., Wittchen, H.U. ... Os, J. van (2012). Evidence that onset of psychosis in the population reflects early hallucinatory experiences that through environmental risks and affective dysregulation become complicated by delusions. *Schizophrenia Bulletin*, 38(3), 531–542.