

Een blik op de DSM-5

Caroline Braet, Herbert Roeyers, Ernst Koster

In juni 2013 verscheen de DSM-5, een classificatiesysteem voor psychische problemen. Het systeem staat onder redactie van de American Psychiatric Association (2013) en is dus nu aan zijn vijfde editie toe. Grosso modo verschijnt er elk decennium een aangepaste versie van het systeem. De opzet is zowel bij deze vijfde editie als bij de voorgaande edities dat psychiaters en psychologen aan de hand van beschrijvende criteria voor elke cliënt kunnen uitmaken of de klachten die de cliënt aangeeft, al dan niet onder een bepaalde stoornis vallen. Voor het eerst wordt een Arabisch cijfer gebruikt om de versie aan te duiden. Dat is niet toevallig, naar analogie van onder meer softwareversies wil men korter op de bal kunnen spelen en (wellicht online) aanpassingen doen. We mogen dus in de toekomst een DSM-5.1, 5.2 enzovoort verwachten.

De huidige versie ziet er ook helemaal anders uit dan de voorgaande: er is geen metastructuur meer; het multi-axiale systeem met vijf assen werd verlaten. De huidige indeling omvat secties, met in Sectie II de 'body' met 700 pagina's over 20 stoornisgroepen, zo veel mogelijk geordend volgens leeftijd.

Bij het doorbladeren valt meteen op dat aan de beschrijving van de verschillende psychische problemen wetenschappelijk gerenommeerde psychiaters en psychologen hebben meegewerkt. De indeling biedt een aantal grote voordelen ten opzichte van de voorgaande versie, waaronder de degelijke wetenschappelijke onderbouwing (met onder meer toetsing in zogenaamde 'field trials'). Ook de ontwikkelingsvisie is nu beter geïntegreerd, met bijvoorbeeld betere specificaties vanaf wanneer iets wel of niet op kinderleeftijd kan voorkomen of, omgekeerd, hoe een stoornis op kinderleeftijd zich kan manifesteren op latere leeftijd. Bovendien wordt een meer dimensionale benadering gehanteerd om individuele verschillen in verschijningsvorm en ernst beter te kunnen beschrijven en is er een grotere focus op het inschalen van 'disability' (met onder andere een checklist die is overgenomen van de World Health Organization). Er zijn ook stappen ondernomen om het grote aantal diagnoses in de restcategorieën terug te dringen.

Sterktes en zwaktes van de DSM-5

In recente berichtgeving over de DSM-5 in de media valt op dat er regelmatig zeer ongenueerde visies en kritiek worden geuit (er zou bijvoorbeeld een explosie aan nieuwe stoornissen zijn). Ons standpunt luidt dat elk classificatiesysteem sterktes en zwaktes heeft en een zorgvuldige afweging behoeft.

Ten eerste is een classificatiesysteem noodzakelijk om binnen de geestelijke gezondheidszorg, waar verschillende beroepsgroepen werkzaam zijn, op een goede manier te kunnen communiceren over de problematiek van een cliënt. Hierbij voorziet de DSM in een label dat heel wat mogelijkheden biedt om in de wetenschappelijke literatuur op zoek te gaan naar diagnostische en behandelinformatie. De DSM-5 verwijst nu trouwens consequent naar de ICD-codes waar het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering in Vlaanderen mee werkt, zodat men vlotter dan vroeger een vergelijking met andere indelingen kan maken. Amerikaans onderzoek toont aan dat de koppeling van een diagnose aan behandelrichtlijnen kan leiden tot betere behandelresultaten (bijvoorbeeld: Roy-Byrne et al., 2010; Weisz et al., 2013). Hierbij kan een diagnose dus een belangrijk handvat zijn bij de selectie van de meest effectieve behandeling.

Een belangrijke kritiek op classificaties is dat een groep mensen net niet aan alle criteria voldoet of juist aan de criteria van meerdere stoornissen voldoet, waarbij de vraag rijst of psychische klachten eerder categoriaal of dimensionaal aanwezig zijn. Het achterliggende gedachtegoed om mensen te categoriseren in 'wel of niet lijdend aan een stoornis' kan men betwisten. Immers, categoriaal denken is sterk beïnvloed door het kraepeliniaanse denken in de psychiatrie. Maar eigenlijk zijn er ruwweg twee soorten van systemen te onderscheiden: klinisch-psychiatrische en empirisch-statistische. De eerstgenoemde systemen zijn categorisch, dat wil zeggen dat ze psychopathologie primair als een discontinu fenomeen beschouwen dat in termen van aanwezigheid en ernst in essentie maar twee verschijningsvormen kent: aanwezig of afwezig. De laatstgenoemde systemen zijn dimensionaal en beschouwen psychopathologie als een continuüm en dus als een fenomeen met vele verschijningsvormen in termen van aanwezigheid en ernst. Van oudsher bestaat er tussen beide systemen een zekere spanning. Het is dan ook een sterkte dat deze DSM-5 voor het eerst ook dimensionale metingen opneemt in een aparte Sectie III en zelfs aanraadt deze in eerste instantie te gebruiken alvorens een gedetailleerde 'clinical inquiry' te starten, en deze lijst ook tijdens en na een behandeling opnieuw te scoren. De schalen (apart voor volwassenen en kinderen) zijn online beschikbaar op www.psychiatry.org/dsm5. Goed nieuws voor ons is ook dat Uitgeverij Boom momenteel werkt aan een geautoriseerde vertaling van deze DSM-5-versies.

Een veelgehoorde kritiek is dat de DSM-5 puur beschrijvend is en niet gebaseerd is op een theorie over het ontstaan en in stand houden van stoornissen. De classificaties zijn atheoretisch van opzet. Ze steunen niet op een theorie over het ontstaan, beloop en behandelen van problemen en stoornissen. Dit heeft voor- en nadelen. In de praktijk betekent de atheoretische opzet dat klinici probleemloos de DSM-5 kunnen integreren in hun betekenisaders. Maar hierdoor blijven er na een diagnose vaak meerdere verklaringsmodellen en hieraan verbonden behandelindicaties open. Er kan geopperd worden dat juist een consensus over een allesomvattend verklaringsmodel misschien ook de classificaties kan onderbouwen en het samen voorkomen van twee ogenschijnlijk 'aparte' stoornissen (bijvoorbeeld angst en depressie, obsessieve-compulsieve stoornis en autisme, persoonlijkheidsstoornissen) beter kan plaatsen. Zo heeft een aantal theoretisch sterke papers over een radicale herziening van de persoonlijkheidsstoornissen lange tijd tijdens de voorbereidingen van de DSM-5 gecirculeerd, maar deze hebben het toch niet gehaald. Ze zijn opgenomen in een aparte Sectie III.¹ Het is te verwachten dat nieuwe ontwikkelingen in het onderzoek naar het ontstaan en

beloop van psychopathologie op termijn invloed zullen hebben op de DSM-5. Ook de kennis over de neurowetenschappelijke basis van psychopathologie kan tot nog meer fundamentele wijzigingen leiden dan nu al het geval is. Het was aanvankelijk de bedoeling om een link te leggen naar onderliggende neurobiologische dimensies van psychische aandoeningen, maar de neurowetenschappelijke kennis bleek nog te beperkt om klinisch relevant te zijn. Het is niet denkbeeldig dat toekomstige systemen een meer fundamentele basis zullen hebben en zich niet zullen beperken tot gedragsdiagnostiek. Het National Institute of Mental Health speelt hier een toonaangevende rol door middel van het zogenaamde ‘Research Domain’-criteriaproject, waarbij ze een classificatiesysteem willen ontwerpen op basis van gedrags- en neurobiologische markers (zie <http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/nimh-research-domain-criteria-rdoc.shtml>).

De DSM vervangt dus geenszins het omvangrijke werk van de diagnosticus in het opstellen van een verklarende diagnostiek en de professional blijft de eindverantwoordelijkheid dragen in zijn diagnostiek en behandelingsindicaties. Evenmin is de DSM-5 een vrijbrief voor ‘recht op medicatie’ (zie de waarschuwing op pagina 20, waar de DSM-5 stelt: “A diagnosis of a mental disorder is not equivalent to a need for treatment”, of op pagina 25, waar de DSM-5 stelt: “DSM-5 does not provide treatment guidelines for any given disorder”) of ‘het vrijspreken van verantwoordelijkheid voor de symptomen’. In verband met dat laatste treft men trouwens op pagina 25 een opmerkelijke ‘warning’ aan ingeval de DSM-5 voor forensische doeleinden gebruikt zou worden: “It is precisely because impairments, abilities, and disabilities vary widely within each diagnostic category that assignment of a particular diagnosis does not imply a specific level of impairment. A diagnosis does not carry any necessary implications regarding etiology, cause or... degree of control.” Kortom, de DSM-5 doet een poging kenmerken van mensen die lijden, te beschrijven en hoopt hiermee hulpverleners te helpen, maar hiermee eindigt ook zijn taak. Interessant hierbij is zeker de visie van Allen Frances (2013), die de geschiedenis beschrijft van de psychiatrie maar ook de ontsporing ervan. Als insider en actief betrokken bij de vorige editie van de DSM beschrijft hij hoe de psychiatrische diagnostiek vele maatschappelijke consequenties heeft, bijvoorbeeld voor verzekeringen, onderwijs, rechtspraak en toegang tot zorg. Overdiagnostiek met het oog op zorgverstrekking en onterecht gebruik door de farmaceuten zijn de twee zwaarste misbruiken. Naast het doel een gemeenschappelijke taal te ontwikkelen wordt het systeem helaas dus ook misbruikt voor verschillende doeleinden met verregaande implicaties, zoals om al dan niet een opname, behandeling of terugbetaling te beargumenteren. Hoewel de DSM hier niet voor verantwoordelijk gesteld kan worden maar wel de gebruiker ervan, is het misschien wel een goede zaak om bij dit maatschappelijke debat stil te staan en dan kan het boek van Frances (2013) zeker als inspiratiebron gelden.

Wanneer men via categorische weg diagnoses stelt, rijst telkens de vraag naar de juistheid van de diagnose. Aan elke diagnosestelling is een foutenrisico verbonden. Een andere clinicus kan bijvoorbeeld op basis van dezelfde informatie een andere DSM-diagnose stellen, omdat de criteria bij de stoorniscategorieën elkaar niet volledig uitsluiten en de meeste syndromen uit meerdere componenten bestaan. Hoe groot de foutenmarge precies is, weet men niet altijd. Er wordt dan ook in Sectie III sterk voor gepleit om niet zomaar de DSM te gebruiken, maar een training te volgen en steeds een (semi)gestructureerd interview te hanteren

van waaruit dan een DSM-classificatie kan worden opgesteld. Deze opmerking is een terechte zorg, ook voor Vlaanderen, waar het gebruik van (semi)gestructureerde interviews nog steeds niet ingeburgerd is.

Tot slot: al in 2002 beweerde Kendell (2002) dat classificatiesystemen van psychopathologie zouden moeten voldoen aan vijf criteria:

- ze moeten begrijpbaar, dus transparant zijn;
- ze moeten voldoende gebruiksvriendelijk zijn;
- ze moeten een voldoende oplossing bieden voor het ‘klinische significantie’-probleem;
- ze moeten betrouwbaar zijn;
- ze moeten valide zijn.

Vroeger werd het DSM-systeem verweten dat het te weinig valide was. De stoorniscategorieën waren immers ‘top-down’ en bij consensus tussen klinici vastgelegd, en aanvankelijk waren de categorieën niet getoetst in empirisch onderzoek. Vooral het gegeven dat alles op consensus berustte, lokte kritiek uit. Men weet immers hoe gering de overeenkomst in oordeel is tussen klinici onderling. Tegenwoordig wordt deze kritiek minder geuit, omdat veel stoorniscategorieën empirisch werden gevalideerd en indien nodig verfijnd. De zorg die hieraan wordt besteed, is zeer groot, en het aantal empirische studies is imposant (Grietens, 2008). Studies naar de klinische significantie kunnen nu pas gestart worden en voor een betrouwbaar gebruik kunnen we zelf instaan. Toch stellen wijzelf ook vragen bij de ‘klinische significantie’ van een aantal nieuwe categorieën, zoals Separatieangst op volwassen leeftijd (verschillend van sociale angst), de Disruptive Mood Dysregulation Disorder en de Social Communication Disorder, hoewel anderzijds de nieuwe stoornis Feeding and Eating Disorders een terechte verbetering is op voorgaande edities.

De grote troef van een DSM lijkt ons vooral de gebruiksvriendelijkheid: aan de hand van de criteria van een ‘stoornis’ kan een clinicus snel zoekwerk verrichten naar de theoretische achtergronden en werkingsmechanismen van een probleem en de in acht te nemen biologische, individuele en contextfactoren. Op grond van deze wetenschappelijke achtergronden kan hij/zij dan een verklarend diagnostisch proces starten, een ‘case formulation’ maken en een eerste voorzichtig advies voorleggen over een behandelpun en de prognose. Andere positieve ontwikkelingen zijn de toevoegingen van specifiers en de meer dimensionale benadering door niveaus van ernst te beschrijven voor diverse stoornissen. Uiteraard kunnen de gebruiksvriendelijkheid en transparantie van een systeem altijd beter, maar dat mag niet ten koste gaan van de inhoud. Men dient toch te beseffen dat het veld van de psychopathologie zeer breed en complex is. We nodigen iedereen uit om te toetsen of deze DSM-5 aan de criteria van Kendell voldoet!

Conclusie

De nieuwe DSM-5 lijkt ons vooral een verbeterde en meer verfijnde versie van de DSM-IV-TR te zijn. Heel grote implicaties voor de klinische praktijk hoeven niet onmiddellijk verwacht te worden. Het is trouwens nog wel even wachten op een geautoriseerde Nederlandse vertaling.

Er is veel kritiek op de DSM-5, en die is deels terecht, maar soms ook niet. Bovendien wordt nooit een degelijk alternatief aangereikt. Als er al een probleem is, is dat vaak niet de schuld van de DSM-5, maar ligt het aan de manier waarop die wordt gebruikt. De gebruikers – wij dus – dragen hierin een belangrijke verantwoordelijkheid. Ook het beste kookboek heeft een goede kok om een kwaliteitsvol gerecht te maken. Als het eten nergens op lijkt, ligt het niet noodzakelijk aan het kookboek.

Noot

1. De DSM-5 maakt net zoals de DSM-IV-TR onderscheid tussen persoonlijkheidsstoornissen van clusters A, B en C. De volgende tien types persoonlijkheidsstoornissen worden onderscheiden in de DSM-5:
 - A: paranoia-type
 - A: schizoid type
 - A: schizotypisch type
 - B: antisociaal type
 - B: borderline type
 - B: histrionic/theatraal type
 - B: narcistisch type
 - C: vermijdend type
 - C: afhankelijk type
 - C: obsessief-compulsief type.

Persoonlijkheidsstoornissen zouden in eerste instantie zelfs op een heel andere wijze worden weergegeven. Lange tijd werd in een werkgroep gestreefd naar het beschrijven van verschillende niveaus van persoonlijkheidsfunctioneren aan de hand van een aantal persoonlijkheidsdimensies, gebaseerd op het ‘big 5’-model van persoonlijkheid. Ook de definitie van persoonlijkheidsstoornis was hierbij grondig gewijzigd. Er bleven nog vijf persoonlijkheidsstoornissen overeind die telkens beschreven werden op de volgende kenmerken: empathie, identiteit, intimiteit en zelfsturend gedrag. Er is een aparte sectie hiervoor gereserveerd in de DSM-5 voor geïnteresseerden (pp. 761-781), waarbij ook de voorgestelde taxonomie van persoonlijkheid en haar maladaptieve trekken beschreven staan. Meer info is ook te vinden op de Nederlandse website: <http://www.moeilijkemensen.nl/docs/DSM5%20oversie%20APA%20jan%202011.Vertaling%20definitief%20110413.pdf>.

Literatuur

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: Auteur. [Ook verkrijgbaar als App].
- Frances, A. (2013). *Terug naar normaal. Inside informatie over de epidemie van psychische stoornissen, DSM-5, Big Pharma en de medicalisering van het dagelijks leven*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Grietens, H. (2008). Assessment van psychopathologie: categorisch of dimensioneel? In P. Prins, & C. Braet (Red.), *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie* (pp. 255-277). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Kendell, R.E. (2002). Five criteria for an improved taxonomy of mental disorders. In J.E. Helzer & J.J. Hudziak (Eds.), *Defining psychopathology in the 21st century. DSM-V and beyond* (pp. 3-17). Washington: American Psychiatric Publishing.
- Roy-Byrne, P.P., Craske, M.G., Sullivan, G., Rose, R.R., Edlund, M.J., Lang, A.J., ... & Stein, M.B. (2010). Delivery of evidence-based treatment for multiple anxiety disorders in primary care: A randomized controlled trial. *Journal of American Medical Association*, 303, 1921-1928.
- Weisz, J.R., Kuppens, S., Eckshtain, D., Ugueto, A.M., Hawley, K.M., & Jensen-Doss, A. (2013). Performance of evidence-based youth psychotherapies compared with usual clinical care: A multilevel meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 70, 750-761.

Personalia

Prof. dr. Caroline Braet is als hoogleraar verbonden aan de Universiteit Gent en vakgroepvoorzitter bij Ontwikkelings-, Persoonlijkeids- en Sociale Psychologie. Ze is klinisch psycholoog en gedragstherapeut. In dit verband is ze coördinator en supervisor bij het Universitair Psychologisch Centrum 'Kind & Adolescent' te Gent.

E-mail: Caroline.Braet@ugent.be.

Prof. dr. Herbert Roeyers is als gewoon hoogleraar verbonden aan de Vakgroep Experimenteel-Klinische en Gezondheidspsychologie en is hoofd van de Onderzoeksgroep Ontwikkelingsstoornissen. Hij is consulent-medewerker van het Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen te Gent.

E-mail: Herbert.Roeyers@UGent.be.

Prof. dr. Ernst Koster is als hoofddocent verbonden aan de Vakgroep Experimenteel-Klinische en Gezondheidspsychologie en is verbonden aan de Onderzoeksgroep Psychopathologie en Affectieve Neurowetenschappen.

E-mail: Ernst.Koster@UGent.be.