



INTERVIEW MET MICHIEL HENGEVELD

'DE DSM IS GEEN ZORGBEPALEND INSTRUMENT'

Tijdens het voorjaarscongres van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP) is het *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)* gepresenteerd. Prof. dr. Michiel Hengeveld was coördinator van de Nederlandse vertaling. Malou van Hintum sprak met hem. 'Een classificatie hebben betekent niet dat je zorg nodig hebt, en omgekeerd impliceert het feit dat je behoefte hebt aan zorg niet dat je een classificatie hebt.'

M

ichiel Hengeveld, psychiater en emeritus-hoogleraar, coördineerde de allereerste

Nederlandse vertaling van 'de dikke' DSM, de DSM-5. Tot nu toe werd alleen de korte samenvatting van de DSM vertaald. Het dikke handboek waarop psychiaters en klinisch psychologen een beroep doen en waarvan de Nederlandse versie 9 april is gepresenteerd, ligt er twintig jaar na de DSM-IV toch nog te vroeg. Meer onderzoek had het een deugdelijker basis gegeven. Maar ja, uitgever APA (*American Psychiatric Association*) zat in geldnood en de DSM is *big business*. Toch is het

niet terecht dat deze laatste editie zo onder vuur ligt, vindt Hengeveld.

PSYCHIATER ALLEN FRANCES HEEFT EEN KRUIS-TOCHT GEVOERD TEGEN DE DSM-5 EN ZIJN EIGEN BOEK PSYCHIATRISCHE DIAGNOSTIEK. DE ESSENTIE IN DE MARKT GEZET. WAT VINDT U DAARVAN?

'Wat laat die man zich kennen! De kritiek die hij heeft op de DSM-5 geldt voor 90% voor de DSM-IV, zijn eigen werk. Maar de DSM-5 is op een enkel puntje na helemaal niet slechter.'

WELKE PUNTJES?

'Over de introductie van het premenstrueel syndroom twijfel ik. Vrouwen moeten vijf symptomen hebben, maar hebben ze dan lijdensdruk, kunnen ze dan niet meer werken? Waar ik echt moeite mee heb, is de disruptieve stemmingsdisregulatiestoornis. Die hoeft voor mij niet. Ik was laatst op een bijeenkomst van kinderpsychiaters, en niemand had ooit zulke kinderen gezien. Zij overwegen die classificatie in Nederland niet te gebruiken. In de vs is er een epidemie aan classificaties van bipolaire stoornis bij kinderen. Deze nieuwe classificatie zou moeten voorkomen dat al die kinderen zware medicatie krijgen voorgeschreven. Maar ja, dan worden er wel weer andere medicijnen verzonden. Het zijn kwaaiïg kinderen, maar is kwaaiïgheid een psychiatrische ziekte?'

DBC'S

Hengeveld was als jonge psychiater enthousiast over de DSM-IV die begin jaren tachtig uitkwam. 'De betrouwbaarheid van onze classificaties werd hoger, dat was een groot voordeel. Maar primair is de DSM nooit bedoeld voor de kliniek. Wel voor statistiek, epidemiologie en trials. In 1978 had de Amerikaanse psychiater Robert Spitzer de Research Diagnostic Criteria gemaakt, de voorloper van de DSM-IV. Dat waren criteria voor onderzoek. Die zijn krachtig omhelsd in de kliniek omdat ze houvast gaven. Ik vond de criteria beter dan de psychoanalytische vaagheid. Bij een psychotische patiënt zaten psychiaters tegen elkaar op te bieden met psychodynamische verklaringen. Daar kon je bar weinig mee. Maar langzamerhand dijde het gebruik van de DSM erg uit en kregen de criteria te veel betekenis, zeker in de DBC's.'

ER IS OOK EEN TIJD ZONDER DBC'S GEWEEST.

'Dan stuurde je een berichtje en de medisch adviseur van de verzekering parafeerde dat. En die deed dat vrijwel altijd. Na elke vijftien zittingen moest je wat opsturen, en dan mocht je er weer vijftien factureren. Maar toen kwamen het massale wantrouwen en de automatisering, waardoor het mogelijk werd van bovenaf alles veel strikter te gaan controleren. En nu de zorgverzekeraars zelf risico dragen, worden ze natuurlijk helemaal scherp.'

TOCH BLIJFT HET RAAR DAT EEN CLASSIFICATIE-HANDBOEK WORDT GEBRUIKT OM TE BEPALEN OF IEMAND EEN BEHANDELING KRIJGT.

'De DSM is geen zorgbepalend instrument. In de inleiding staat heel nadrukkelijk dat een classificatie hebben niet betekent dat je zorg nodig hebt, en omgekeerd impliceert het feit dat je behoefte hebt aan zorg niet dat je een classificatie hebt.'

DE NEDERLANDSE VERTALING VAN DE DSM-5 LUIDT: HANDBOEK VOOR DE CLASSIFICATIE VAN PSYCHIATRISCHE STOORNISSEN. WAT IS HET VERSCHIL TUSSEN CLASSIFICEREN EN EEN DIAGNOSE GEVEN?

'Classificeren kan iedereen die een gestandaardiseerd interview kan afnemen. Dat kan gedaan worden door een praktijkondersteuner ggz, een gz-psycholoog of een huisarts. Een classificatie is patiënt-neutraal. Een diagnose is een classificatie plus profilering (prognostische factoren zoals genetische- en omgevingsfactoren, en pathofysiologische factoren zoals een overactieve stressas of ontstekingsmarkers), stagering (de verschillende fasen van een ziekte), ernst, etiologie en prognose. Diagnostiek gaat over allerlei individuele kenmerken van een patiënt.'

'De beslissing of gedrag al dan niet een stoornis is, is uiteindelijk een maatschappelijke beslissing'

VOOR WIE IS DE DSM-5 BEDOELD?

'Om te diagnosticeren, iets wat specialisten zoals een klinisch psycholoog, een psychotherapeut of een psychiater doen, heb je dit dikke boek echt nodig. Om te classificeren staat zelfs in de kleine samenvatting al te veel. Huisartsen hebben veel meer aan een vereenvoudigde versie. Zij hebben al die specifieke kennis niet nodig om een classificatie te geven – iets wat ze moeten doen, willen ze een patiënt kunnen doorverwijzen naar de generalistische ggz.'

PSYCHIATER JIM VAN OS PLEIT ER IN ZIJN RECENT VERSCHENEN BOEK *PERSOONLIJKE DIAGNOSTIEK IN EEN NIEUWE GGZ. DE DSM-5 VOORBIJ! VOOR OM DE CLASSIFICATIES TERUG TE BRENGEN TOT VIJFTIEN SYNDROMEN.*

'Van Os' idee is uitstekend voor de kliniek. Iemand heeft een psychose, en die ga je beschrijven in een aantal kenmerken volgens de uitgangspunten van stagering en profilering. Een globale syndroombeschrijving met specifieke stagering en profilering is natuurlijk veel beter. Maar dat kan nog niet.'

OOK NIET EEN KLEIN BEETJE?

'Jawel. Het maakt natuurlijk veel uit of het je eerste depressie is, of je derde. En of je al twintig jaar psychotisch bent, of pas sinds kort. Stageren doen we dus al een beetje. Profileren is nog een vak in ontwikkeling: wat is een bewezen risicofactor, wat een bewezen beschermende factor? Dat kunnen bepaalde symptomen zijn. Als ik een depressieve patiënt heb, maakt het uit of dat iemand is met vooral slaapstoornissen, met angst, of met onrust. Daar kies ik de medicatie op uit. Dus je profileert in de kliniek al. Je kiest een middel uit de groep. Dat geldt ook voor de psychologische behandeling. Cognitieve gedragstherapie moet geprofileerd zijn naar de cognities.'

IS ER WAT DIT BETREFT EEN VERSCHIL TUSSEN DE DSM-5 EN DE DMS-IV?

'De DSM-5 komt hier een beetje aan tegemoet, meer dan de DMS-IV. Bij elke stoornis worden risicofactoren en prognostische factoren beschreven, voor zover die evidence-based zijn.'

IS ER OOK MEER OOG VOOR DE DIMENSIONALITEIT VAN STOORNISSEN?

'In deel 3 van de DSM-5 zit een meetinstrument dat heel globaal op de 23 kernsymptomen van de belangrijkste stoornissen aangeeft hoeveel last iemand daarvan heeft. Het is een soort screener die je kunt gebruiken in de eerstelijns als je minder tijd hebt of minder goed in staat bent om te zien dat er misschien iets anders aan de hand is dan je denkt. Je screent snel over de hele breedte of iemand op het gebied van dwang, angst, depressie, manie, enzovoort klachten heeft. Scoort iemand hoog op depressie, dan



is de volgende stap dat je een depressie-ernst-schaal gebruikt. Daar wordt dan ook naar verwezen.'

LOOP JE DAN NIET HET GEVAAR DAT JE UITEINDELIJK TOCH WEER IN DE AFVINKLIJSTJES BELANDT?

'Daarom zeg ik ook dat het past bij niet al te ingewikkelde diagnostiek. Want zo'n screener geeft niet meer dan een ernstmaat. Meetinstrumenten kunnen nooit een diagnose stellen, daarvoor is klinisch onderzoek nodig. Een psychiater kijkt bij het stellen van een diagnose of de lijdensdruk klinisch significant is en of er klinisch significante beperkingen zijn in het sociale functioneren. Bij ASS (autismespectrumstoornissen) kun je zeggen dat een dertigplusser die nog nooit seks en een relatie heeft gehad, en zo rigide is dat hij alleen maar routinewerk kan doen, sociaal disfunctioneert. Toch ligt het niet altijd zo eenduidig. Ik heb nu een man met ASS in behandeling die op zich prima functioneerde. Hij kan zich sociaal redden door aangeleerd gedrag, deed zijn werk goed, was altijd op zichzelf en ging elk weekend naar zijn ouders. Toen kreeg hij een vriendin en raakte hij overspannen. Dat was te veel voor hem. Hij normaliseert, maar dat ontregelt hem juist.'

WAT VINDT U DE BELANGRIJKSTE VERBETERINGEN IN DE DSM-5 TEN OPZICHTE VAN DE DSM-IV?

'Het is een grote vooruitgang dat stoornissen veel meer vanuit de levensloop worden bekeken, en niet zijn opgedeeld in stoornissen bij kinderen en bij volwassenen. De assen zijn eruit, dat is prima. As 5, een ernstmaat die werd uitgedrukt in een GAF-score, is vervangen door een veel beter instrument. In de GAF, waarmee iemands globale functioneren tussen de 0 en 100 wordt uitgedrukt, zaten zowel symptomen als beperkingen. Als iemand veel symptomen had maar wel goed functioneerde, kon je dat niet scoren. Nu wordt de WHODAS gebruikt, de WHO Disability Assessment Scale, die alleen wat over beperkingen zegt. Een leuke, heel simpele schaal die veel duidelijker aangeeft hoe het met iemand gaat. Ik denk dat die wel belangrijk kan worden, ook voor de zorgverzekeraar.'

WAT ZIJN ANDERE BELANGRIJKE VERBETERINGEN?

'Ass is echt verbeterd door de samenvoeging van vijf categorieën in één stoornis. De DSM-IV onderscheidde

'Het is een grote vooruitgang dat stoornissen veel meer vanuit de levensloop worden bekeken'

ook drie leerstoornissen, dat is er nu één met een paar subtypen. Het hoofdstuk over somatoforme stoornissen is enorm veranderd. Het was een tricky hoofdstuk, want gebaseerd op het ontbreken van een verklaring voor iemands klachten. Dat is natuurlijk een oneigenlijk soort diagnostiek: "De patiënt heeft iets niet, dus het zal wel psychisch zijn." Dat is lang niet altijd zo, vaak weten we het gewoon niet. Nu wordt het omgaan met de klachten als classificatiecriterium gehanteerd: iemand heeft lichte lichamelijke klachten en maakt zich daar ontzettend druk om. Dat heet nu een somatisch-symptoomstoornis. Het risico is dat mensen die wel een lichamelijke ziekte hebben en daar emotioneel heftig mee omgaan, ook dit etiket krijgen. Lijden en beperkingen heb je altijd bij een lichamelijke ziekte. Wanneer mag je dat een stoornis noemen?'

VINDT U DAT DAT TE SNEL GEBEURT?

'Daar ben ik ambivalent over. Ik ben geen calvinist. Psychiater Dries van Dantzig zei: "Het niet accepteren van psychisch lijden is culturele vooruitgang". Daar staat tegenover dat leed en lijden wel bij het leven horen. De andere kant van die ambivalentie is de verwenning en het slachtofferschap. Wie heeft daar het antwoord op? Ik niet.'

TOCH MOETEN JULLIE PSYCHIATERS WEL EEN BEETJE DIE GRENS BEWAKEN.

'Individueel moeten we dat doen, maar het gaat natuurlijk voor een groot deel om culturele en

maatschappelijke opvattingen. Dat geldt ook voor heel veel somatische zorg. Moeten artsen tegen patiënten zeggen: ik vind dat je die behandeling niet nodig hebt?'

ARTSEN KUNNEN WEL VRAGEN STELLEN BIJ DE VOORTDURENDE VERSCHERPING VAN WAT NORMAAL IS.

'Zoals bij cholesterolremmers: wegen de kosten en bijwerkingen wel op tegen de gezondheidswinst die wordt geboekt? Dan neem je een besluit op grond van feiten die tamelijk goed controleerbaar zijn. Dat is in de psychiatrie veel lastiger. We weten dat heel veel psychiatrische stoornissen leiden tot vroeger overlijden dan lichamelijke ziekten, maar dat soort *profilers* is nog niet zo bekend. Op grond daarvan een besluit nemen is niet eenvoudig, en om dat in de spreekkamer te doen is helemaal lastig.'

DRAAGT DE DSM-5 BIJ AAN DE MEDICALISERING?

'Die zou er zonder zo'n boek ook zijn. Het is een middel om te etiketteren. Dat zou anders ook gebeuren, maar minder betrouwbaar. Het boek zorgt er alleen maar voor dat we etiketten kunnen geven aan dingen die we met z'n allen als een probleem beschouwen.'

NOU JA, MET Z'N ALLEN... DE APA VINDT DAT.

'Nee. De APA heeft gezorgd voor een etiket. Het probleem is er omdat de mensen, de maatschappij, dat een probleem vinden.'

PSYCHIATERS REGISTREREN NIET ALLEEN MAAR. DIE ENTAMEREN OOK.

'We voorzien in een behoefte. De vraag is of we die behoefte creëren. Als iemand naar mij toe komt en zegt "ik heb altijd gedacht dat er iets is, en nu is de puzzel duidelijk", creëer ik dan iets of voorzie ik dan in iets? Vroeger was waarschijnlijk gedacht "hij is een beetje anders".'

VROEGER WAREN ER VREEMDE SNOESHANEN EN DAT MAG NU NIET MEER, ZEGGEN SOMMIGE MENSEN. DAT SUGGEREERT DAT WE ALLEMAAL IN HET GAREEL MOETEN LOPEN.

'Als iemand ontregeld raakt omdat hij een relatie krijgt, vind ik niet dat hij in het gareel moet lopen als

ik tegen hem zeg "dat komt waarschijnlijk omdat je niet goed tegen veranderingen kunt".'

HOMOSEKSUALITEIT KOMT ALS STOORNIS SINDS 1973 NIET MEER VOOR IN DE DSM. DE LAATSTE TIJD KOMEN ONGEMAK MET HOMOSEKSUALITEIT EN HOMOHAAT WEER STERKER NAAR VOREN. HEBBEN PSYCHIATERS EEN MAATSCHAPPELIJKE VERANTWOORDELIJKHEID OM UIT TE LEGGEN DAT HOMOSEKSUALITEIT GEEN STOORNIS IS?

'Voor hetzelfde geld zie je homoseksualiteit wel als een psychische stoornis. Omdat het waarschijnlijk een aanwijsbaar hersensubstraat heeft, en gedrag dat kan leiden tot lijdensdruk en beperkingen in het sociale functioneren. Onze maatschappij beschouwt homoseksualiteit als een variant. Dan worden ook het lijden en de beperkingen minder. De beslissing of gedrag al dan niet een probleem is en daarmee een stoornis, is uiteindelijk een maatschappelijke beslissing.'

OVER DE AUTEUR

Malou van Hintum is wetenschapsjournalist en auteur van *Doe eens normaal. Over zin en onzin van psychische diagnoses* (Bert Bakker, Amsterdam, 2012). Ze schrijft elke woensdag een column op vk.nl en is te volgen op twitter via [@malouvh](https://twitter.com/malouvh). Meer info: www.malouvanhintum.nl.

DE NEDERLANDSE VERTALING

American Psychiatric Association
Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)
 Nederlandse vertaling van *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition*



Hardcover: € 149,95

ISBN 9789461059598 | 1216 pp. | 17 x 24 cm

2014 | 1e druk | Uitgeverij Boom

Paperback: € 112,95

ISBN 9789089532220 | Paperback | 1216 pp. | 17 x 24 cm

2014 | 1e druk | Uitgeverij Boom

Zie ook: http://www.dsm-5-nl.org/producten/dsm5_handboek