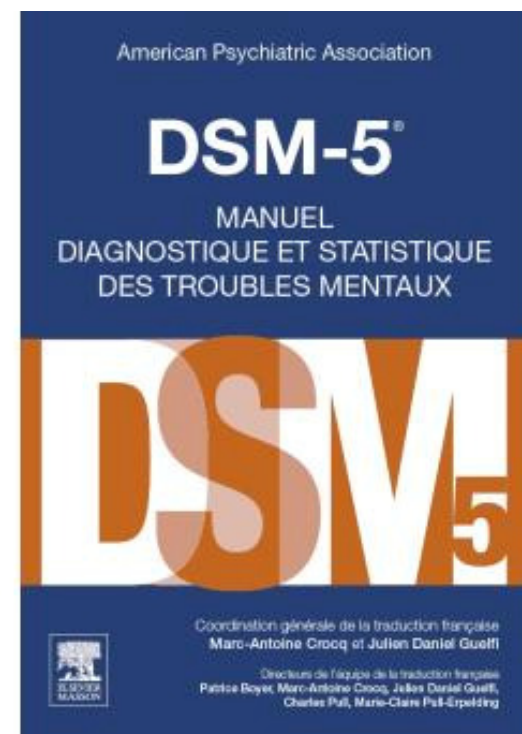
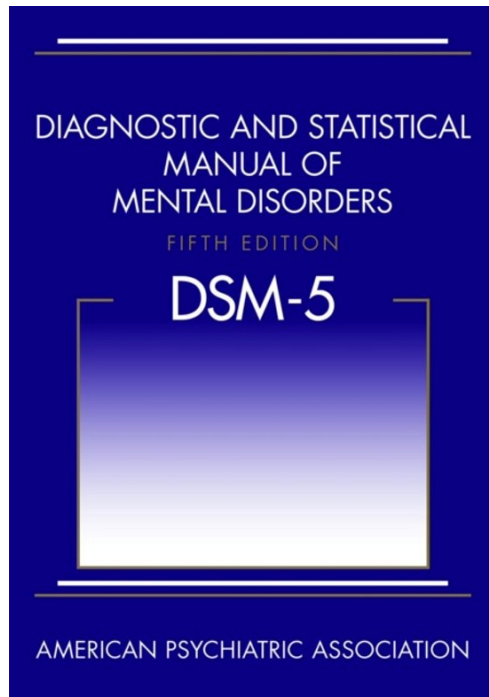
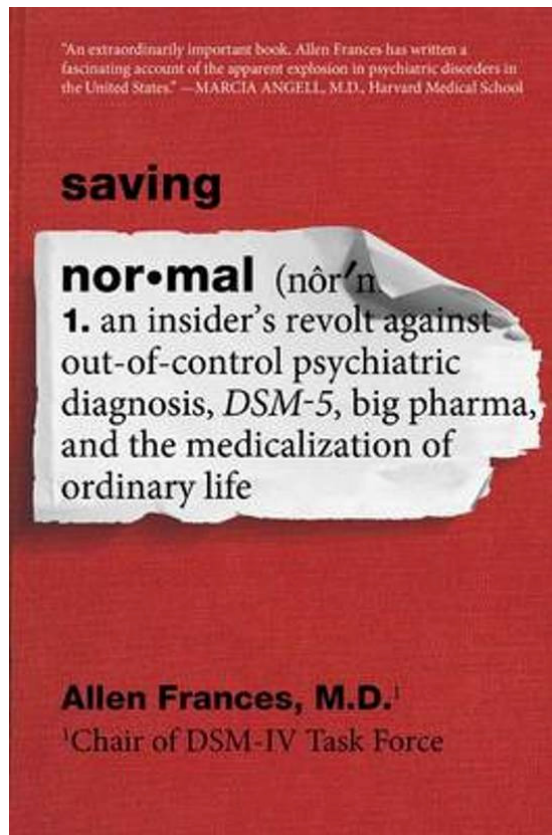


Advies HGR 9360 "DSM(5):  
Toepassing en status van de  
diagnose en classificatie van  
geestelijke gezondheidsproblemen"

Prof. Dr. Stijn Vanheule  
(Universiteit Gent)



# Vroege kritieken



Thomas Insel (NIMH, April 29, 2013)

- “While DSM has been described as a “Bible” for the field, it is, at best, a dictionary, creating a set of labels and defining each. ”
- "The weakness is its lack of validity."

Validiteit = mate waarin een instrument effectief meet wat het pretendeert te meten



**Superior  
Health Council**

**DSM (5): THE USE AND STATUS  
OF DIAGNOSIS AND CLASSIFICATION  
OF MENTAL HEALTH PROBLEMS**

**JUNE 2019  
SHC № 9360**



**.be**

Methodologie: literatuurstudie en  
consensusdiscussie door breed gerekruteerde  
groep van experts

- Epistemologische status van psychische stoornissen
- Organisatorische aspecten in verband met het gebruik van diagnostische classificatiesystemen
- Klinisch gebruik van psychiatrische diagnose

# Epistemologische status van psychische stoornissen

- Zijn psychiatrische stoornissen natuurlijke soorten? Cf. H<sub>2</sub>O → dezelfde microstructuur
- Natuurlijke verschillen tussen stoornissen? →  
7 overwegingen



1. Weinig gemeenschappelijke kenmerken en veel variatie binnen de categorieën

→ DSM: zeer polythetisch

2. Geen reële verschillen met harde grenzen tussen stoornissen

→ gedeelde symptomen, genetica, neurobiologie

3. Geen eenduidige etiologie per stoornis, geen duidelijke voorspellende kenmerken per stoornis

→ Risico: Reïficatie

4. Geen onderscheiden biologische oorzaken

→ Contextuele factoren spelen belangrijke rol

5. Conventionele beslissingen over cut-off waarden binnen de categorieën

→ Dimensionele visie nodig?

6. Grote impact van morele en maatschappelijke waarden in de criteria

7. Classificatie heeft effect op de geclassificeerde

→ Hacking: Moving targets, looping effect

# Organisatorische aspecten in verband met het gebruik van diagnostische classificatiesystemen

1. Organisatiesociologische perspectieven
  - Geen puur technisch-wetenschappelijke rationaliteit in de GGZ (doelstellingen, structuren en regels)
  - Organisaties legitimeren hun omgang met middelen, patiënten en personeel vanuit visies
    - biomedisch psychiatrisch ziektemodel (inclusief classificatie)

- Machtsverhoudingen tussen GGZ organisaties: biomedische spelers dominant
- Maatschappelijke discussie over GGZ: spelers schermen hun praktijken af via niet gecontesteerde kennis (bijv. 'objectieve diagnoses')

## 2. Diagnostiek en stigma

- Negatieve stereotypen en discriminatie; hindert herstel
- Biomedische perspectief
  - niet minder stigma
  - Stimuleert essentialiserend weefseldenken
  - Versterk wij/zij focus

## 3. Gebruik in België

- Wetgever stuurt niet sterk aan op gebruik classificaties in zorgverlening en –organisatie (vooral registratie)

# Klinisch gebruik van psychiatrische diagnose

- Classificatie wordt vaak gecombineerd met gestandaardiseerde psychologische tests en casus-specifieke aantekeningen → casusformuleringen
- “Het uiteindelijke doel van een klinische casusformulering is om de beschikbare contextuele en diagnostische informatie te gebruiken bij het ontwikkelen van een uitgebreid behandelplan dat is gebaseerd op de culturele en sociale context van het individu" (DSM-5, p. 19)

"Velen van ons worden van alle kanten onder druk gezet om patiënten zo snel mogelijk te interviewen en te diagnosticeren, en soms zelfs om onze "ouderwetse" en "inefficiënte" verhalende dossiers die de huidige ziekte en voorgeschiedenis samenvatten, te vervangen door checklists met diagnostische criteria en symptoombeoordelingen." (Andreasen, 2001)

→ Onproblematisch indien betrouwbaarheid, precisie en validiteit goed zouden zijn



## Betrouwbaarheid

- DSM = hoeksteen substantiële vooruitgang in betrouwbaarheid?
- Kappa-waarden DSM-5 veldonderzoek niet substantieel beter dan pre-DSM-III onderzoek 1974
- Cut-off normen Kappa-waarden werden lossier, zeer lage in DSM-5
- 20 van de 347 DSM-5 categorieën onderzocht (6%): 1/3 geen goede betrouwbaarheid, o.a. Depressieve stoornis

Baer and Blais (2010):

>.70 excellent;

.60 -.70 goed;

.41 - .59 twijfelachtig;

≤ .40 slecht

Clarke et al. (2013):

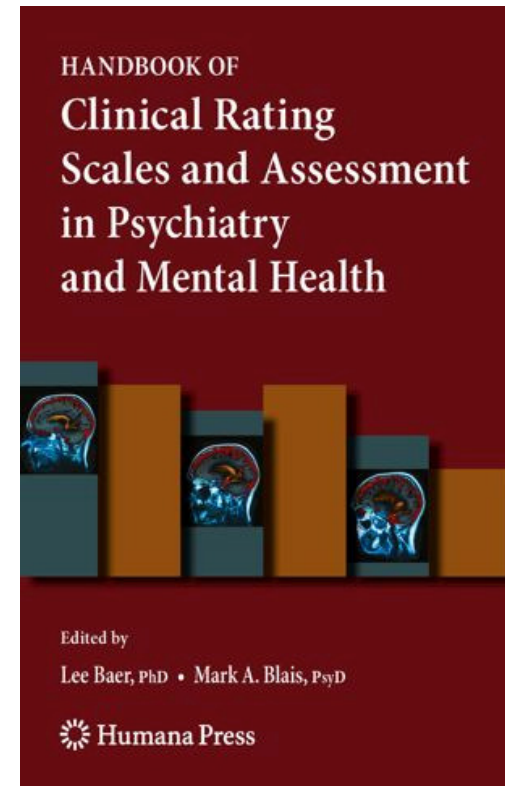
≥ .80: excellent

.60-.79: zeer goed

.40-.59: goed

.20-.39: twijfelachtig

≤.20: onaanvaardbaar



## Precisie:

- Geen precies beeld van kernsymptomen, behoefte aan zorg, prognose en ziekteverloop
- Geen biologische test
- Teveel labeling = gebruik psychiatrische categorieën om variatie in de bevolking te beschrijven.

## Validiteit

- Basisonderzoek ondersteunt de diagnostische criteria uit de checklist niet (bijv. PTSD)
- Wellicht beter dimensionele maatstaven gebruiken om ernst van symptomen in kaart te brengen.

## Innovaties in de psychiatrie

- Nieuwe visie op gezondheid
- Herstelbeweging:
  - klinisch herstel
  - persoonlijk herstel (CHIME-D)
  - sociaal herstel

## Het alternatief: meerledige diagnostiek

Elke persoon verdient een idiografische, gepersonaliseerde benadering waarin zijn/haar mix van causale en in standhoudende factoren wordt onderzocht: 3 stappen:

- 1) Symptoom/klacht/lieden gepersonaliseerd karakteriseren:
  - a) Biografische factoren
  - b) Existentiële factoren en problemen
  - c) Contextueel-interactief functioneren
  - d) Mentale en systemische processen en dynamieken
  - e) Biologische factoren en farmacologische modellen

2) Symptoom/klacht/lijden bespreken vanuit beschrijvende kennis psychiatrische syndromen

→ DSM-light: hoofdcategorieën, dimensioneel

3) Symptoom/klacht/lijden bespreken vanuit continuüm crisis-herstel

## Diagnose door middel van klinische casusformuleringen

(1), (2) en (3) combineren en beredeneerde aannames over hoe problemen georganiseerd zijn.

→ Collaboratief

→ Met goede kwaliteitsbewaking



# Aanbevelingen

- Diagnostische labels voorzichtig gebruiken. Personen met een diagnose worden soms te eng vanuit deze diagnose bekeken
- Classificerende diagnoses zijn werkhypothesen
- Stoornissen als interactief beschouwen. Ze getuigen van een worsteling tussen persoon en context, en van moeilijkheden in het leven

- Stapsgewijze diagnostiek
  - Psychische klachten komen bij iedereen voor en kennen een normale variatie van ernst en intensiteit → niet problematiseren
  - Mensen met psychische klachten, ongeacht de ernst, vooral aandachtig en specifiek te beluisteren in functie van de ervaring en leefwereld van henzelf en/of betekenisvolle anderen, zoals familie en andere professionals → niet automatisch herleiden tot verklaringen
  - Hulp en ondersteuning bij psychische klachten ook mogelijk te maken zonder formele diagnosestelling

- Professionals moeten duidelijk in dialoog treden met mensen met psychische klachten en hun betekenisvolle anderen
  - Bij persisterend lijden door psychische klachten zorgvuldig contextuele inbedding en zorgbehoefte in kaart brengen (casusformulering), maar aandacht voor mentale, existentiële, lichamelijke, psychische, sociale en culturele factoren
  - Aandacht besteden aan het persoonspecifieke
- DSM niet centraal stellen bij inrichten van de zorg