

DSM-5 anders bekeken

CONGRES Sinds een tweetal jaar buigt een werkgroep van de Hoge Gezondheidsraad zich over de grondslagen, functie en het gebruik van de DSM-5-classificatie. Op het Vlaams Geestelijke Gezondheidscongres belichten verschillende leden van de werkgroep elk een facet van de adviezen.

Het is de eerste keer dat er vanuit de overheid een aanzet wordt gegeven om het DSM-denken en de DSM-classificatie (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) te evalueren, vertelt voorzitter van de werkgroep dr. **Marc Calmeyn** (psychiater en psychotherapeut) aan Artsenkrant. Hij spreekt zelfs voorzichtig over een wereldwijde primeur.

De werkgroep – interdisciplinair samengesteld uit psychiaters, psychologen, filosofen, sociologen, een ervaringsdeskundige en een huisarts, Nederlands- en Franstaligen, Belgische en Nederlandse experts – analyseert de DSM-5-classificatie op epistemologisch, klinisch en organisatorisch niveau.

“De DSM-classificatie wordt vanuit verschillende hoeken en vanuit verschillende landen met een kritische blik benaderd”, schetst dr. Calmeyn het ontstaan van de werkgroep. “Een nadeel van de DSM is dat mensen een label krijgen opgeplakt waar ze zich mee identificeren, waardoor ze nog minder zichzelf kunnen zijn en nog meer vreemden van zichzelf.”

Bedoeling van de werkgroep is om de DSM constructief kritisch te evalueren. “De kernvraag is: welke classificatie kan wel waardevol zijn?”

Meerdere lagen

“In de DSM wordt enkel over ziekte gesproken vanuit een biologisch-medisch perspectief”, vervolgt Calmeyn. “Als je een bepaalde reeks symptomen hebt, ben je ziek. Heb je ze niet, dan ben je niet ziek.” Het voorstel van de werkgroep is om klachten te bekijken vanuit meerdere lagen – en dus niet alleen maar vanuit een biomedische invalshoek. Dr. Calmeyn: “Problemen mogen niet louter gezien worden als klachten van een ziekte.”

In de eerste laag worden klachten en symptomen beschreven en begrepen als het ‘resultaat’ van verschillende domeinen: het individuele (mentaal, levensgeschiedenis, breukmomenten in het



De werkgroep wil in het voorjaar van 2019 ‘landen’.

© Belga Image

leven), de existentie (zingeving en zinverlies), de context (werk, relatie, familie, belangrijke anderen) en de biologische grond.

In de tweede laag worden klachten en symptomen in een beperkt aantal brede syndromen gesitueerd. Calmeyn: “Dit in tegenstelling tot de 347 diagnostische klassen van de DSM-5, waardoor je door de bomen het bos niet meer ziet.”

De derde laag ten slotte beschrijft klachten en symptomen in een continuüm tussen crisis en herstel.

Een dergelijke aanpak moet toelaten dat behandelingen veel individueler worden en meer afgestemd op elke specifieke patiënt. Vraagt zo’n multilayer-systeem niet veel meer tijd van de arts om tot een diagnose te komen? Calmeyn erkent dat opleiding nodig zal zijn. “Maar de DSM 5, met zijn ontelbare labels, is vanuit wetenschappelijk en

klinisch standpunt moeilijker uit te leggen dan deze meerlagige benadering die meer recht doet aan de klinische realiteit en wetenschappelijk betere kaarten kan voorleggen.”

Vroege interventie

“We weten ondertussen dat vroege interventie bij ernstige klachten heel belangrijk is”, zegt de Nederlandse klinisch psycholoog en onderzoeker bij Amsterdam UMC **Dorien Nieman**. Zij zetelt ook in de werkgroep van de Hoge Gezondheidsraad en zal op het congres pleiten voor een klinisch stadiëringsmodel.

Ze kijkt daarvoor naar de laagdrempelige centra, genaamd *Headspace*, in Australië. Jongeren tussen de 12 en 25 jaar die met een probleem zitten, kunnen er zonder afspraak binnenlopen. Er wordt begonnen met de minst

In de praktijk

De presentatie op het Vlaams Geestelijke Gezondheidscongres stelt dan wel de DSM-5 als voorbeeld van dat classificatiesysteem naar voren, in de klinische praktijk en communicatie met overheid en verzekeraars wordt nog altijd de DSM-4 toegepast. “Medische programma’s en dossiers zijn nog niet aangepast aan de DSM-5”, schetst prof. **Chris Bervoets** (psychiater UPC KU Leuven en voorzitter van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie) een eerste praktische drempel. “Meer inhoudelijk gaat de DSM-5 uit van een fundamenteel andere manier van diagnose stellen dan de DSM-4. Waar de patiënt met die laatste als het ware een nummertje krijgt als diagnose, worden de grenzen tussen diagnoses wat waziger in de DSM-5. Het merendeel van de actieve psychiaters in België is opgeleid met de DSM-4 en blijft die ook gebruiken. Er is nog heel wat opleiding nodig om artsen aan de hand van de DSM-5 naar patiënten te laten kijken.” In de DSM-5 mogen de scherpe grenzen tussen diagnoses dan wel vervaagd zijn – en daarmee ook het onderscheid tussen gezond en ziek – voor critici is het reden om te argumenteren dat er op deze manier net méér ziektebeelden kunnen ontstaan. “Het veronderstelt een grotere discipline van de clinicus om niet alles te pathologiseren”, aldus prof. Bervoets.

invasieve vorm van therapie. “Door te praten, los je vaak al heel veel op”, zegt Nieman. Als het nodig blijkt, wordt een beroep gedaan op een psycholoog of psychiater. “Op die manier wordt de zorg stapsgewijs opgebouwd en komen labels en diagnoses pas veel later in de behandeling aan de orde.”

De nadruk ligt sterk op preventie. “Als je tijdig kan ingrijpen, kan je veel lijden voorkomen.” Nieman doet hier al tien jaar onderzoek naar, in Nederland zijn inmiddels twee centra opgebouwd die op deze manier werken. Voor Vlaanderen verwijst ze naar de TEJO-huizen.

Emily Nazonale

>> Vlaams Geestelijke Gezondheidscongres. Van dinsdag 18 september tot woensdag 19 september 2018, Antwerpen, Wilrijk - Campus Drie Eiken. Meer info: ggzcongres.be.