

Van waar die afkeer van psychiatrische diagnostiek?

23/07/19 om 15:12 Bijgewerkt om 15:12

Frieda Matthys Diensthoofd psychiatrie UZ Brussel, aantredend voorzitter VVP

In juni publiceerde de Hoge Gezondheidsraad (HGR) een advies betreffende de psychiatrische diagnostiek. Verontrustend daarbij is de roep naar meer vaagheid.

In juni publiceerde de Hoge Gezondheidsraad (HGR) een advies betreffende de psychiatrische diagnostiek. [Zie ook](#)

De werkgroep formuleert een aantal aanbevelingen die helemaal achterhaald zijn en doet een aanval op de DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) die een herhaling is van wat in 2013 in de media kwam toen DSM-5 gepubliceerd werd. Dezelfde mensen die toen hun ongenoegen over DSM hebben geuit, vormden nu een werkgroep om via de HGR hun gram te halen.

Van waar toch die schrik voor diagnostiek? Bij het brede publiek is dit wel invoelbaar. Een diagnose, of ze somatisch of psychisch is, kan een verklaring zijn voor de klachten die men heeft, maar kan ook een beangstigende toekomst inhouden. Bovendien wordt de patiënt vaak herleid tot de diagnose die hij krijgt. Van de ene dag op de andere is hij een kanker- of MS-patiënt, een psychoticus of een autist. Een patiënt herleiden tot zijn ziekte is respectloos en anti-therapeutisch, zowel in de somatische als de geestelijke gezondheidszorg.

Een slechte prognose kan een diagnose beangstigend maken maar ook het negatieve stigma dat op psychiatrische problematiek kleeft, is afschrikwekkend. Anderzijds willen patiënten wel een antwoord op hun vragen? "Is wat ik meemaak normaal? Zijn er nog mensen die dit hebben? Hebt u nog patiënten gezien die het zo erg hadden, of bij wie het zo lang duurde? Is het behandelbaar? Is het erfelijk? Zal ik altijd medicatie moeten nemen? Zal ik weer kunnen werken? Kan ik zelf weer voor mijn kinderen zorgen?"

Dankzij het wetenschappelijk onderzoek kunnen we veel vragen beantwoorden, maar niet allemaal. We hebben biologische en psychotherapeutische behandelingen, effectief maar niet bij iedereen... net zoals in de somatische geneeskunde trouwens. DSM is een hulpmiddel om de ziekte toestanden te beschrijven en van mekaar te onderscheiden, om onderzoek te doen naar betere behandelingen en om te communiceren met collega's en controleartsen. We hebben hierdoor ook veel vooruitgang geboekt in de behandeling van psychiatrische stoornissen.

Waar het nog logisch lijkt dat het brede publiek wat ambivalent staat tegenover de grote opsomming van stoornissen, is het dat veel minder wanneer het van artsen en therapeuten

komt. Jim Van Os in Nederland, protesteert tegen het systeem omdat de zorgverzekeraars het gebruiken om te bepalen voor wie ze welke behandeling terugbetalen. Ook dat protest is invoelbaar. In België kennen we dit dwingende systeem niet. Artsen hebben een grote therapeutische vrijheid, wat betekent dat ze zelf in eer en geweten de behandeling kunnen instellen die ze het meest aangewezen vinden. Van waar dan dit verzet tegen de DSM classificatie?

De werkgroep van de HGR stelt voor om te werken "met brede stoorniscategorieën". De facto betekent dit een terugkeer naar de diagnostiek van begin de twintigste eeuw. Er bestonden toen enkele grote categorieën: psychose, neurose, persoonlijkheidsstoornis en aandoeningen met een organische oorzaak.

[In een artikel in EOS](#) lees ik dat volgens de voorzitter van de HGR werkgroep "Een hysterische problematiek, bijvoorbeeld, kan te maken hebben met de existentiële vraag wat het is man of vrouw te zijn. Een psychose draait vooral rond de zijsvraag "Wat is het een Zelf te zijn?" Mogelijk is het voor sommige therapeuten een intellectueel genoegen om hierover met mekaar te confereren en te filosoferen. Voor de patiënt is het onbegrijpelijk en hij zal zich ook niet begrepen voelen, wat toch de basis van elke behandeling is en moet zijn.

Wat mij verontrust in dit advies van de Hoge Raad is niet het voorstel om in gesprek met de patiënt te gaan en te vermijden om hem in een hokje te duwen. Dat is een open deur intrappen. Het is voor elke psychiater evident dat een onderzoek begint met een gesprek, ja meerdere gesprekken waarin de patiënt vertelt wat hij als probleem ervaart, wat zijn familie ziet en er van vindt en waar hij verandering in zou willen. In de opleiding staat empathisch en respectvol luisteren centraal evenals het in kaart brengen van de biologische, psychische en contextuele factoren. Wat mij wel verontrust, is de roep naar meer vaagheid, de terugkeer naar de structuur van DSM I (1952) en II (1968) van half vorige eeuw.

Een psychische stoornis wordt hiermee herleid tot een *flou artistique*, waar men alle kanten mee uit kan en heldere communicatie met de patiënt, de familie en de collega's vermijdt. De therapeut heeft dan altijd gelijk. Als je het allemaal warrig houdt, kom je daarmee weg. Als je de ziektebeelden preciezer omschrijft, de symptomen benoemt en evenals de lichamelijke, psychische en sociale factoren die allemaal van belang zijn, wordt de speelruimte, ja inderdaad, de ruimte om te spelen veel beperkter. Dan moet je kunnen uitleggen, zowel aan confraters, maar ook aan de patiënt en de familie, wat je doet en waarom. Dat vinden sommige dokters en therapeuten niet zo aangenaam, want het ondergraaft hun status en onfeilbaarheid. A la limite gaat het om macht: wie bepaalt wat er verder gebeurt ?

Die vaagheid biedt dan weer ruimte om psychiatrische aandoeningen te beschouwen als variaties op het normale waarbij ook het lijden dat erbij hoort als "normaal" moet beschouwd worden. In het advies staat letterlijk: "Lijden is dus inherent aan het leven, maar de moderne westerse samenlevingen lijken dit feit niet te erkennen." De volgende stap is dat psychisch

lijden niet meer ernstig genomen wordt en psychiatrische stoornissen niet meer beschouwd worden als ziektes waardoor bijvoorbeeld een vraag naar euthanasie omwille van ondraaglijk psychisch lijden geen grond meer kan hebben.

Zou dat de bedoeling van het advies kunnen geweest zijn? De eenzijdige samenstelling van de werkgroep doet dat in ieder geval vermoeden.