

Psychiatrische aandoeningen en DSM-IV: Wat heeft de huisarts daar nou aan?

Bijna alle huisartsen nemen de afkorting 'DSM-IV' weleens in de mond, wel wetende dat dat een classificatiesysteem voor psychiatrische aandoeningen is. Evenzoveel huisartsen hebben zich misschien wel eens – openlijk of stiekem – afgevraagd wat ze daar nou aan hadden. Over het algemeen kunnen zij immers wel een depressie van een angststoornis of een psychose van een boulimia onderscheiden. En of dat nou As-I- of As-II-problematiek is, maakt hun niet zoveel uit. Toch heeft het DSM-IV-systeem wel degelijk zijn waarde; óók voor de huisarts.

Casus

De heer Verhulst, 55 jaar, komt op het spreekuur voor de jaarlijkse controle van zijn chronische hypertensie. Als de huisarts vraagt hoe het gaat, springen hem de tranen in de ogen. Hij vertelt dat hij vier maanden geleden is ontslagen en dat het hem niet is gelukt een nieuwe baan te vinden. Hij is de hele dag thuis, wat leidt tot conflicten met zijn vrouw. Bovendien maakt hij zich zorgen dat hij 'gek' wordt, omdat hij de laatste weken moeite heeft zich te concentreren. Hij heeft problemen met in- en doorslapen, voelt zich de hele dag moe, moet zich dwingen tot eten, vindt niets meer leuk en wordt steeds banger en nerveuzer. Steeds vaker drinkt hij een glas wijn voor het slapengaan, terwijl hij vroeger toch praktisch geheelonthouder was...

Het is bij psychische problematiek van belang dat de huisarts doorvraagt tot de differentiaaldiagnostiek voldoende is uitgesloten. Een behandeling hangt immers af van de diagnose. Zo is bij een depressie een antidepressivum geïndiceerd, maar is dat ook zo bij een rouwreactie?

Bij onverklaarde lichamelijke klachten vraagt de huisarts zich af of er misschien ook sprake is van psychische stoornissen. Kunnen de klachten ook worden toegeschreven aan een depressie? En zo ja, zijn er symptomen als een depressieve stemming en verlies van interesse, en bestaat er een sterk verband in de tijd tussen de depressieve symptomen en de onverklaarde lichamelijke klachten? En hoe beoordeel je eigenlijk of er sprake is van een achterliggende persoonlijkheidsstoornis? Vragen waarbij de DSM-IV uitkomst kan bieden.

Allemaal assen

Voor de beoordeling van psychiatrische aandoeningen gebruikt het DSM-IV-systeem vijf assen. Deze verwijzen elk naar een ander informatiedomein dat van belang kan zijn voor de behandeling en prognose. De eerste drie assen zijn relevant voor de diagnostiek, de andere twee voor de beoordeling of een behandeling haalbaar is. Het onderscheid is simpel.

Drie diagnostische assen

- ▶ As I codeert alle psychiatrische aandoeningen, behalve de persoonlijkheidsstoornissen en de verstandelijke handicaps.
- ▶ As II codeert de persoonlijkheidsstoornissen en de verstandelijke handicaps.
- ▶ As III codeert de klinisch relevante, algemeen medische zaken. Het kan hier gaan om oorzaken van een As-I- of As-II-probleem, zoals een stemmingsstoornis als gevolg van hypothyreoïdie. Maar het kan ook gaan om een niet-oorzakelijk maar wel klinisch relevant verband, zoals de keuze van een antidepressivum bij iemand met een hartritmestoornis.

Twee niet-diagnostische assen

- ▶ As IV benoemt de klinisch relevante psychosociale en omgevingsproblemen.
- ▶ As V geeft het algemeen psychologisch, sociaal en beroepsmatig functioneren weer.

Voors en tegens

Het DSM-IV-Handboek wijdt een heel hoofdstuk aan de voors en tegens van het assensysteem. Leuk voor classificatiespecialisten, maar de gemiddelde huisarts heeft er niet veel aan. Wel van belang is de motivatie om het assensysteem te introduceren, namelijk dat belangrijke aspecten bij de psychiatrische diagnostiek nogal eens over het hoofd werden gezien als ze niet zeer prominent zichtbaar waren. Zo werd bij volwassenen de onderliggende persoonlijkheidsproblematiek vaak gemist als heftige symptomen van een psychose of depressie de aandacht trokken. En bij psychiatrische patiënten werden algemeen medische aandoeningen nogal eens over het hoofd gezien, terwijl bekend is dat die juist vaak voorkomen bij deze patiënten.

Grensvervaging en overlap

Hetzelfde handboek erkent ruiterlijk dat het systeem zijn grenzen heeft. Zo is het bij de extremen weliswaar zonneklaar wat het onderscheid is tussen As-I- en As-II-problematiek, maar in de praktijk van alledag is dat lang niet altijd even duidelijk. En soms is er sprake van overlap, getuige bijvoorbeeld de relatie tussen de gegeneraliseerde sociale angststoornis (As I) en de vermijdende persoonlijkheidsstoornis (As II): het gaat hier om een vrijwel identieke patiëntenpopulatie.

Een gebruiksvriendelijker uitgave

Het DSM-IV-systeem heet gebruiksonvriendelijk te zijn: te lang, te uitgebreid en te gecompliceerd. Ook is de klinische bruikbaarheid omstreden: veel aandacht gaat naar aandoeningen die weinig voorkomen, juist te weinig aandacht is er voor psychische problemen die veel voorkomen.

Deze bezwaren kleven niet aan de uitgave 'DSM-IV-Patiëntenzorg', die compacter is en meer toegesneden op de praktische bruikbaarheid.¹ De handleiding bevat een aantal algoritmen en definities die kunnen dienen als richtlijn voor artsen. Doordat er aansluiting is met de ICD-10 (en deze weer is geconverteerd met de ICPC) is de classificatie van de DSM-IV-Patiëntenzorg goed toepasbaar in de huisartsenzorg en zijn er mogelijkheden voor opleiding en onderzoek.

Wel wordt gewaarschuwd dat de diagnose kan worden bemoeilijkt als de arts onbekend is met nuances uit het culturele of etnische referentiekader van de allochtone patiënt. Dan kan onterecht worden gedacht aan psychopathologie terwijl er in werkelijkheid sprake is van 'normaal gedrag' behorend bij de cultuur van de betrokkene.

Vervolg casus

De symptomen van de heer Verhulst wijzen in de richting van een depressieve stemming. Wie de DSM-IV wil gebruiken, gaat nu als volgt te werk.

Stap 1: Zoek naar andere mogelijke oorzaken voor de depressieve stemming (As III: algemeen medische, klinisch relevante aspecten). Zo kan de hypertensie de symptomen hebben veroorzaakt, direct (na een beroerte) of indirect (bijwerkingen van antihypertensiva). Daar lijkt bij mijnheer Verhulst geen sprake van te zijn.

Stap 2: Vraag naar de duur en mogelijke andere karakteristieke symptomen van de stoornis. Alles wijst op een diagnose depressieve stoornis, eenmalige episode (code F32,9). As I dus.

Stap 3: Vraag of de depressieve stemming *meer dagen wel dan niet aanwezig* is. Zo ja, dan kan een aanvullende diagnose dythyme stoornis worden gesteld, ofwel As-II-problematiek. Overigens kan de diagnose persoonlijkheidsstoornis pas na uitvoerig psychiatrisch onderzoek worden gesteld. Dit is niet de taak van de huisarts.

Stap 4: Beoordeel of de depressieve stemming *deel is van een rouwreactie*. Bij de heer Verhulst volgt de depressie op het verlies van een baan, hetgeen een rouwreactie kan uitlokken (As I). Deze stap kan echter ook antwoord geven op de vraag in hoeverre de patiënt wordt gehinderd of juist gestimuleerd door psychosociale of omgevingsproblemen (As IV).²

Stap 5: Vraag naar het algemeen *niveau van functioneren* op psychologisch, sociaal of beroepsmatig gebied (As V).

Ieder zijn vak

Op As II worden verschillende persoonlijkheidsstoornissen onderscheiden, waaronder de paranoïde, de narcistische, de borderline, de obsessief-compulsieve, de anti-sociale en de afhankelijke. Maar de empirische basis is beperkt en de criteria zijn soms zo vaag en subjectief dat je een op de tien mensen een persoonlijkheidsstoornis zou kunnen toerekenen. Borderline-patiënten hebben bijvoorbeeld vaak ook de symptomen van een of twee andere persoonlijkheids-

IS ER NOG IEMAND MET GEWOON
IETS LEKKER SOMATISCH,
VOOR EVEN TUSSENDOR?



stoornissen. Bij een strikte hantering van de criteria zou 1 tot 1,5 procent van de bevolking een vermijdende of borderline persoonlijkheidsstoornis hebben. En van de mensen met een somatisatiestoornis of chronische of multiple pijnklachten voldoet 40 tot 60 procent aan de criteria van een of meer persoonlijkheidsstoornissen. Dat is dus veel te glad voor de huisarts. De precieze indeling van persoonlijkheidsstoornissen hoort thuis bij de psychiater. De huisarts zal vaak alleen vermoeden dat er sprake is van een persoonlijkheidsstoornis.

Heart sinking patients

Meestal zullen huisartsen vooral alert zijn op een persoonlijkheidsstoornis bij patiënten die uitermate veel energie blijken weg te zuigen. Op de een of andere manier weten deze patiënten de huisarts te verleiden tot gedrag waarvan ze eigenlijk wel weten dat het niet juist is, maar waaraan ze zich bijna niet kunnen onttrekken. Om met patiënten met een persoonlijkheidsstoornis te kunnen omgaan, is het niet nodig dat de huisarts een exacte diagnose kan stellen. Veel belangrijker is het dat de huisarts weet wat te doen. De begeleiding is vooral effectief als de huisarts erin slaagt de patiënt te beschouwen (en dus te behandelen) als een normaal begaafde volwassene, die zelf beslissingen kan nemen. Hoe dat het best kan worden aangepakt is te lezen in het NHG-Cahier over communicatie en attitude 'Het moet niet gekker worden...! Over de begeleiding bij persoonlijkheidsstoornissen'.

Geurt Essers, psycholoog,
wetenschappelijk medewerker NHG

1. DSM-IV Patiëntenzorg. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1996.

2. Hoewel de depressie volgt op het verlies van een baan, wordt de diagnose aanpassingsstoornis met depressieve stemming hier niet gesteld, omdat de ernstiger en specifiekere diagnose depressieve stoornis voorrang heeft.