

De validiteit van psychiatrische diagnostiek

Het wijd en zijd gebruiken van de DSM-IV-taxonomie heeft een aantal positieve gevolgen: er is tussen dokters meer overeenstemming over de diagnose; er zijn preciezere criteria voor de selectie van patiënten voor wetenschappelijk onderzoek en het diagnostisch instrumentarium sluit beter aan op de diagnostische categorieën. Kortom, er is sprake van een veel grotere betrouwbaarheid. Bovendien bevordert de uniforme taxonomie het duidelijk communiceren over psychiatrische aandoeningen: als we het over depressie hebben, is voor ieder duidelijk aan welke kenmerken de patiënt minimaal voldoet.

Alle aandacht voor de betrouwbaarheid en de steeds grotere detaillering van de classificatie verhullen echter de slechte onderbouwing van de validiteit van het

systeem.¹ De diagnostische categorieën zijn niet meer dan hypothetische concepten. Het veelvuldig gebruik daarvan in de dagelijkse praktijk heeft echter tot gevolg dat dokters en patiënten al te gemakkelijk gaan aannemen dat er sprake is van een ziekte-entiteit: psychiatrische symptomen zijn dan uitingen van die in de patiënt gesitueerde entiteit. Als het model van de afzonderlijke ziekte-entiteiten klopt – of valide is – dan moeten die ziekten duidelijk van elkaar kunnen worden onderscheiden. Bovendien moet het onderscheid met normaliteit goed zichtbaar zijn. Hoewel er nog niet veel onderzoek op dit gebied gedaan is, wordt het steeds duidelijker dat aan geen van beide voorwaarden voldaan wordt. Zo blijkt dat de afgrenzing van depressie ten opzichte van normaliteit moeilijk is: dysfore stemmingen

komen veel voor en er is een lineair verband tussen de symptomen van mensen zonder psychische aandoeningen, mensen met dysfore stemmingen en patiënten met depressie. Hetzelfde fenomeen doet zich voor bij de afgrenzing tussen depressie en angststoornissen. Het concept 'psychiatrische ziekte' lijkt tot nu toe meer verenigbaar met variabele selecties van symptomen en etiologische factoren met vloeiende overgangen naar normaliteit, dan met scherp afgegrensde ziekte-entiteiten. Als toekomstig onderzoek blijft wijzen in de richting van vloeiende overgangen zal er een aanzienlijke vereenvoudiging optreden in de taxonomie van psychiatrische ziekte. Tot dan moeten we maar gebruik blijven maken van de huidige indeling. (PL)

Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. Am J Psychiatry 2003;160:4-12.

Structurele ontrouw

Begin 2002 kwamen in Roermond bij een door de vader veroorzaakte brand 6 kinderen om het leven. Het gezin was psychosociaal zeer hulpbehoevend. Diverse hulpverleningsinstanties probeerden te helpen. Hoe kan zoiets gebeuren, is dan de verzuchting in de kranten. En wat volgt, is een deels in de media gevoerde discussie over wie eigenlijk verantwoordelijk was. Niemand. Anne Braaksma, gezinsvoogd, schrijft dan: 'Continuïteit in de hulpverlening is voor een gezin nodig om vertrouwen en betrouwbaarheid op te bouwen. Een persoonlijke relatie tussen hulpverlener en gezin is bovendien niet overdraagbaar. Bij elke overdracht, zoals nu vaak gebeurt, wordt het gezin impliciet in de steek gelaten'. Structurele ontrouw is een goede beschrijving van wat er gebeurt als steeds wisselende instanties betrokken worden bij een probleemgezin. Ik heb niet de illusie dat dergelijke excessen voorkomen worden als er wel één hulpverlener verantwoordelijk is. Blijft het feit dat vertrouwen en

betrouwbaarheid essentiële waarden zijn in hulpverlening die niet zomaar van de een op de ander overgedragen kunnen worden.

Structurele ontrouw dreigt ook voor de huisartsgeneeskunde. Zo worden plannen gelanceerd om een hbo-dokter een groot deel van de patiënten met kleine kwalen te laten behandelen. Wonen buiten het praktijkgebied neemt toe, waardoor terminale patiënten buiten kantooruren hun eigen huisarts niet meer zien. Bovendien worden spreekuren voor mensen met suikerziekte en astma/COPD steeds vaker door praktijkassistentes gedaan. Ik ben niet tegen het delegeren van taken, maar ik mis de discussie over de betekenis van dit alles voor de kern van het vak. Die kern is nog altijd het op deskundige wijze persoonlijk omgaan met zieke mensen en niet de behandeling van ziektes. Huisartsen zijn de enige medici die deze pretentie (nog) hebben. De pretentie wordt nog steeds verwoord in officiële omschrijvingen. Denk aan de

bekende persoonlijke, continue en integrale zorg uit de *Toekomstvisie Huisartsenzorg*. Helaas gebruiken we die toetssteen te weinig bij het lanceren van nieuwe plannen. (PL)

Braaksma A. Gezin is beter af met één hulpverlener. De Volkskrant 14 februari 2003.

Afscheidsoproep

Schrijven dokters vaker boekjes bij hun afscheid? Het lijkt zo; we ontvingen er de afgelopen maanden drie. We zouden graag een verzameling 'afscheidsboekjes' aanleggen en daar een mooi verhaal over schrijven. Wie kent dokters die bij hun afscheid patiënten, familie en vrienden een boekje cadeau geven of gaven (ook heel oude zijn welkom).

Info naar j.zaat@nhg-nl.org of frans.meulenberg@woordenwinkel.nl. (JZ, FM)