

DSM-IV en ICD-10

Samen op weg naar een nieuw paradigma in de psychopathologie?

Peter Verhaak

Classificatie van psychische aandoeningen heeft de laatste decennia een hoge vlucht genomen. De systematische ordening van gegevens zou een bijdrage moeten leveren aan de wetenschappelijke vooruitgang op het gebied van psychische stoornissen. De recente nieuwe updates van de twee belangrijkste classificatiesystemen op dit gebied, DSM-IV en ICD-10, vormen een aanleiding om hun bijdrage aan die wetenschappelijke voortuitgang kritisch te bezien.

Psychopathologie was in 1980 nog geen gevestigde academische discipline, zo schrijft Klerman in 1990. Vele academische, wetenschappelijke en professionele groeperingen waren erin geïnteresseerd, onderzoek op dit terrein was een actief bestanddeel van psychologie, antropologie, fysiologie, genetica en vele andere disciplines, maar er was geen sprake van een aparte academische discipline 'psychopathologie'. De oorzaak hiervan, aldus Klerman, was het ontbreken van een 'unifying school of psychopathology', wat ontbrak was een eenheidsgevend paradigma.

Het begrip paradigma verwijst naar een kennisdomein dat als onproblematisch uitgangspunt wordt genomen om nieuwe theorieën te genereren en te toetsen. Het heeft daarnaast een wetenschapssociologische betekenis die verwijst naar de algemene erkenning die een paradigma geniet en naar het collectief van wetenschappers dat het aanhangt. Om in cognitieve zin van een paradigma te kunnen spreken, moet men het min of meer eens zijn over de gehanteerde begrippen en meetmethoden en moeten de uit het paradigma voortkomende theorieën in zekere mate succesvol zijn in hun voorspellingen. Het feit dat een paradigma algemeen aanvaard is, maakt dat het ongevoelig is voor op toeval berustende tegenwerpingen. Er is een cumulatie van anomalieën of falsificaties nodig om tot een wetenschappelijke revolutie (de vervanging van het ene paradigma door een ander) te komen (vergelijk Kuhn, 1970).

Klerman onderscheidt in zijn beschouwing vijf psychiatrische scholen die anno 1980 alle naar paradigmatische status streefden: de biologische psychiatrie, de psychodynamische psychiatrie, de sociale psychiatrie, de interpersoonlijke psychiatrie en het behaviourisme. Van oudsher had het op het medisch ziektemodel gebaseerde Kraepeliniaanse model de boventoon gevoerd. Na de Tweede Wereldoorlog was de sociale psychiatrie een tijdje dominant geweest, en werd er niet zozeer gedacht in termen van specifieke psychiatrische ziektes maar in termen van onaangepastheid aan de samen-

leving. Rond 1970 was er een nieuwe omwenteling gekomen: het Neo-Kraepeliniaanse model waarvan Klerman de essentie als volgt verwoordde. 'Psychiatry was the specialty of medicine, concerned with mental disorders and their scientific understanding, as well as with the diagnosis and treatment of individuals suffering from these disorders.' (Klerman, 1990, p. 29) Even later merkt hij op dat 'The Neo-Kraepeliniaanse approach emphasizes a limited definition of psychiatry's scope in reaction to the expansion of psychiatry's scope during the community mental health center era.'

De illustratie van deze doorbraak is de komst van de voorloper van de DSM-IV classificatie, de DSM-III. De kenmerken van deze classificatie van psychiatrische stoornissen zijn:

- er wordt gedacht in termen van multipelen, van elkaar te onderscheiden stoornissen
- er is een officiële nomenclatuur met operationele in- en exclusiecriteria
- deze criteria zijn empirisch onderbouwd en niet afgeleid van vooronderstellingen over oorzaken of etiologie
- de DSM-III is getest op betrouwbaarheid in *field trials*
- de DSM-III is meerassig, om ook aspecten te kunnen beschrijven die betrekking hebben op persoonlijkheid, lichamelijke ziektes en psychosociale problemen.

Deze doorbraak in de impasse in het denken over psychopathologie doet Klerman spreken van een wetenschappelijke revolutie, waarmee alle neuzen één kant uit zouden staan. Met operationele criteria was het weer duidelijk waar men het in de psychiatrie over had. Het eenheidscheppende paradigma was een feit.

In dit artikel naar aanleiding van de verschijning van de Nederlandstalige handleidingen bij de DSM-IV en ICD-10, willen we stilstaan bij de vraag in hoeverre met dit vervolg op de door de DSM-III ingeslagen weg inderdaad gesproken

kan worden van een eenheidsscheppend paradigma in de psychopathologie.

Voor een antwoord op deze vraag gaan we eerst in op de ontstaansgeschiedenis van beide classificaties. Daarin zal onder meer duidelijk worden hoe de ICD bij de gehele DSM-ontwikkeling een rol speelt als referentiekader dat voortdurend op de achtergrond aanwezig is. De ontwikkelingsgeschiedenis kan ook inzichtelijk maken waarom de huidige classificatiesystemen zijn zoals ze zijn. Vervolgens bespreken we de onderlinge verschillen en overeenkomsten. Het onderlinge spanningsveld en de manier waarop daar in de loop van beider ontwikkeling mee is omgegaan, zijn indicatief voor de problemen rond begripsvorming en -definitie die met de schepping van eenheidsscheppend paradigma in de psychopathologie gepaard gingen. Op basis van deze bevindingen zullen we de slotbeschouwing wijden aan de beantwoording van de hierboven geformuleerde vraag.

De wordingsgeschiedenis van DSM-IV en ICD-10

Millon (1986) verschaft ons inzicht in de voorlopers van de DSM.² De DSM is een produkt van de American Psychiatric Association (APA). In 1917 kwam de eerste nationale classificatie van psychiatrische stoornissen, de *Statistical Manual for the Use of Hospitals for Mental Diseases* tot stand. Het doel was om te komen tot een uniform systeem van benoemen van incidenties en prevalenties in psychiatrische ziekenhuizen. Dit systeem werd een aantal malen herzien en samengevoegd met de uit de algemene geneeskunde afkomstige *Standard Nomenclature of Disease*. Tot en met de Tweede Wereldoorlog voldeed de *Standard* goed voor zijn voornaamste gebruikers, psychiaters in public mental health hospitals. Problemen ontstonden voor psychiaters in het leger die tijdens de Tweede Wereldoorlog te maken kregen met een heel ander aanbod aan psychische stoornissen. Het gevolg van het nieuwe aanbod aan stoornissen en nieuwe psychiatrische theorieën was dat klinici aan het einde van jaren veertig verschillende taxonomieën hanteerden, al naar gelang men te maken had met gehospitaliseerde patiënten, overheidsstatistieken, verzekeringsaanspraken of privé-patiënten. Om aan deze spraakverwarring een einde te maken, besloot de APA tot een revisie van de 'Standard'. Dit leidde, na raadpleging van vijftien procent van de leden van de APA en een aantal consensusbijeenkomsten, tot de DSM-I.

Deze DSM-I, bedoeld als nomenclatuur om klinici op één spoor te zetten, kwam niet overeen met de sectie 'mental disorder' van de toenmalige zesde versie van de International Classification of Diseases (ICD). De verschillende versies van de DSM zijn een Amerikaans produkt. De ICD daarentegen is een wereldwijd aangehouden nomenclatuur van ziektes die sinds de Tweede Wereldoorlog onder auspiciën van de WHO valt. Van oorsprong is de eerste doelstelling een statistische classificatie om goed vergelijkbare overzichten te kunnen verschaffen van de epidemiologie van ziektes in verschillende delen van de wereld. Bij de totstandkoming van de ICD-8 (1968) werd serieus getracht deze zo goed mogelijk af te stemmen op de DSM-I. De discussie die dit tot gevolg had, bracht de nodige onvolkomenheden in de DSM-I aan het licht, hetgeen aanleiding was om ook de DSM op te waarderen tot een DSM-II. Een

aantal verschillen bleef bestaan. Sommige daarvan zijn curieus, zoals de verschillen in volgorde van categorieën. 'Mental retardation' stond vooraan in de DSM-II (en nog steeds in de DSM-IV) en achteraan in de ICD-8 (ook dit wordt volgehouden in de ICD-10). De macht der gewoonte laat zich moeilijk doorbreken, zowel in de VS als daarbuiten. Andere verschillen waren substantiëler en reflecteerden de verschillende achtergronden: de DSM-II (gericht op gebruik door klinici) kende meer nuanceringen en specificaties die voor een meer boekhoudkundig gebruik in de ICD niet nodig werden geacht. Omgekeerd werd door de ontwerpers van de DSM-II afgezien van het concept 'reactief', zoals dat in de ICD-8 voorkwam als 'reactieve depressieve psychose', 'reactieve excitatie-toestand', 'reactieve verwardheidstoestand' en 'reactieve depressie'. De achterliggende gedachte hierbij was dat vooronderstellingen omtrent psychobiologische mechanismen achterwege dienden te blijven. Zo werd 'schizofrenic reaction' vervangen door 'schizofrenia'. Millon merkt hierbij op dat hiermee mental disorder als zelfstandige eenheid werd benoemd, los van externe oorzaken of verklaringen. Deze doctrine werd overigens niet consequent doorgevoerd. De DSM-II vertoonde nog steeds terminologie waaraan wel assumpties over ontstaansoorzaken ten grondslag lagen (bij voorbeeld de neurotische reactie).

In 1974 begint men te werken aan de DSM-III. Men had met de totstandkoming van de DSM-II kansen gemist, die nu door de DSM-III benut moesten worden: kansen om operationele criteria te definiëren, om een multi-axiaal systeem te creëren waarbij klinisch stoornissen zouden worden gescheiden van persoonlijkheidsstoornissen en om een en ander met uitgebreide field trials te ondersteunen. Om het geheel te laten slagen zou moeten worden afgezien van iedere theoretische vooringenomenheid. Want dat zou tot veto's van de betrokken theoretische scholen kunnen leiden. Zoveel mogelijk syndromen zouden moeten worden opgenomen, om latere onderzoekers de kans te geven deze syndromen in de praktijk te valideren. Door de classificatie uit te breiden zou deze beter bruikbaar moeten zijn voor populaties buiten de klinieken.

Het resultaat, de DSM-III, was principieel verschillend van zijn voorgangers. Het voornemen om de theorie uit te bannen was in die zin geslaagd, dat de DSM-III in tegenstelling tot zijn voorganger puur descriptief genoemd kan worden. Het streven naar meerassigtheid had een serieuze aanzet gekregen, met persoonlijkheidsstoornissen als een tweede as, onafhankelijk van de klinische beelden die werden beschreven in as I, en een derde tot en met vijfde as in statu nascendi. Het aantal opgenomen stoornissen was drastisch uitgebreid. Aan deze uitbreiding (en inkrimping) waren heftige debatten voorafgegaan, waarbij met name de discussie in hoeverre diverse seksuele voorkeuren als psychiatrische afwijking betiteld mochten worden, tot ver buiten de psychiatrie aandacht heeft gekregen. Een duidelijke verbetering van de DSM-III ten opzichte van zijn voorgangers en de ICD was de systematische beschrijving en het hanteren van diagnostische criteria. Hiermee is, aldus Millon (p. 62), sprake van een 'paradigm shift [...] from a "disease entity" to a "prototypical" diagnostic model'.

Op de vraag of we hiermee van 'paradigm shift' kunnen

vuldigd. Ook ten aanzien van andere schizotypische stoornissen is de ICD-10 gedetailleerder dan de DSM: vijf soorten acute psychotische stoornissen (vermenigvuldigd met twee: al dan niet in samenhang met stress) – versus één in de DSM – meer soorten waanstoornissen en schizoactieve stoornissen.

Op het gebied van de stemmingsstoornissen komen beide classificaties wat beschikbare codes betreft goed overeen. Voor zover de ICD-10 meer categorieën omvat liggen deze voornamelijk in de sfeer van 'overige' en 'niet elders classificeerbaar'.

Verschillen in theoretische achtergrond zijn weer zichtbaar in de volgende hoofdstukken. Angststoornissen, somatoforme stoornissen en dissociatieve stoornissen in de DSM-IV vallen min of meer samen met ICD-10 hoofdstuk neurotische, stress-gebonden en somatoforme stoornissen. De ICD-10 kent er meer. Dit heeft verscheidene oorzaken. Het komt door grotere gedetailleerdheid: waar de DSM-IV één obsessief-compulsieve stoornis kent, kent de ICD-10 dwangstoornissen met overwegend obsessieve gedachten, dwangstoornissen met overwegend compulsieve handelingen en de gemengde vorm. Plus, natuurlijk de onvermijdelijke 'overige' en 'niet gespecificeerde'. Het komt ook door de neiging van de ICD-10 om 'niets te willen missen': de in de DSM-IV niet bestaande categorie 'gemengde angststoornis en depressieve stoornis' is daar een voorbeeld van. Deze gemengde categorie dient gebruikt te worden indien symptomen van angst en depressie beide aanwezig zijn maar geen van beide groepen symptomen op zichzelf ernstig genoeg is om een diagnose te rechtvaardigen. Zo ook worden verschillende typen depressieve en emotionele reacties op ingrijpende gebeurtenissen in de ICD-10 apart gecodeerd. Een laatste, niet onbelangrijk voorbeeld van neiging tot compleetheit in de ICD is de opname van neurasthenie bij de 'overige neurotische stoornissen'. Neurasthenie wordt omschreven als 'toegenomen vermoeidheid na geestelijke inspanning'. Hoewel wordt erkend dat veel gevallen voldoen aan de criteria voor depressie of angststoornis, wordt de categorie opgenomen omdat er 'gevallen zijn die beter passen bij neurasthenie dan bij enig ander neurotisch syndroom'. Opname van neurasthenie is ook een teken van het nog bestaande neurose-begrip in de ICD. Ten slotte zij naar aanleiding van deze categorieën stoornissen opgemerkt dat een aantal stoornissen die de DSM-IV als somatoform opvat, door de ICD-10 als dissociatief worden betiteld. Dit moet wellicht op het conto van het uitdrukkelijk beschrijvende en niet interpreterende karakter van de DSM-IV worden geschreven.

Een laatste hoofdcategorie waarin de ICD-10 duidelijk meer stoornissen kent dan de DSM-IV betreft de seksuele en gender-identity stoornissen. Het surplus van de ICD-10 komt hoofdzakelijk voort uit de aandacht die de ICD-10 besteedt aan psychische stoornissen samenhangend met seksuele ontwikkeling en oriëntatie (vijf stoornissen, ieder theoretisch te relateren aan hetero- homo- of biseksualiteit dan wel 'overig').

Tot zover een kwantitatieve vergelijking tussen DSM-IV en ICD-10. De totale ICD-10 is betiteld als 'een centrale classificatie voor een familie van classificaties die betrekking hebben op ziekten en gezondheid' (NVP, p. 19). Men zou

kunnen stellen dat het hoofdstuk F 'Psychische stoornissen en gedragsstoornissen' fungeert als 'de moeder aller psychische classificaties' en dat de DSM-IV geput heeft uit deze verzameling. Historisch klopt dit weliswaar niet, de DSM-IV was er eerder, maar de DSM-IV is een deelverzameling van de ICD-10. In veel gevallen laat de DSM-IV categorieën uit de ICD-10 buiten beschouwing omdat ze puur theoretisch zijn of omdat ze eerder neurologisch dan psychiatrisch van aard zijn. Voor een deel is de ICD-10 overcompleet omdat iedere combinatie van symptomen apart wordt benoemd. Ten slotte is er in een aantal gevallen sprake van verschillende theoretische inzichten. Dit laatste speelt vooral bij de 'neurotische, stressgebonden en somatoforme stoornissen' uit de ICD-10.

Toch kunnen we de DSM-IV niet zien als een praktische verzameling ICD-10-diagnoses voor dagelijks gebruik in de psychiatrie. Want de DSM-IV mag wel verwijzen naar ICD-10-coderingen, de diagnostische criteria van beide systemen staan los van elkaar. Dus theoretisch is het mogelijk dat dezelfde persoon volgens de ICD-10 net aan de criteria voor een lichte depressie voldoet, terwijl de voor de DSM-IV de symptomen ontoereikend zijn.

In Tabel 1 zijn twee combinaties van symptomen geschetst: in het ene geval is er volgens de DSM-IV criteria sprake van een licht depressieve stoornis (F32.0), maar worden de criteria voor een ICD-10 diagnose niet gehaald. In het andere geval wordt voldaan aan de ICD-10 criteria voor een licht depressie episode (F32.0) maar niet aan de DSM-IV criteria.

DSM-IV: licht depressieve stoornis (F32.0) voldoet niet aan ICD-10	ICD-10: licht depressieve episode (F32.0) voldoet niet aan DSM-IV-criterium
Depressieve stemming Gedachten van schuld Verstoorde slaap Verminderde eetlust Psychomotorische agitatie	Depressieve stemming Verlies belangstelling Verminderde concentratie Verminderd gevoel eigenwaarde

Tabel 1. Licht depressieve stoornis in DSM-IV en ICD-10

Men kan tegenwerpen dat dit een gezochte constructie is, en dat in het algemeen klinici het eens zullen zijn over de te stellen diagnose. Dat zal ongetwijfeld het geval zijn, de beschrijvingen van DSM-IV en ICD-10 doorlezend heeft men de indruk dat dezelfde beelden beschreven worden. Het is echter indicatief voor de verschillende werelden waaruit ICD-10 en DSM-IV stammen en het is weinig bevorderlijk voor de uitwisseling van onderzoeksresultaten.

Lopez Ibor et al. (1994) wijden een uitgebreide beschouwing aan Dysthymie in de ICD-10 en de DSM-IV en illustreren in de eerste plaats hoe deze diagnose in ICD-10 en DSM-IV door klinici net anders kan worden geïnterpreteerd, en in de tweede plaats hoe moeilijk het in beide systemen is om haar te onderscheiden van andere stoornissen binnen hetzelfde systeem, zoals depressieve stoornis, generaliseerde angststoornis, gemengde angst en depressie en

neurasthenie (beide laatste alleen mogelijk in de ICD-10).

Deze inhoudelijke vergelijking tussen beide classificaties brengt opnieuw onder de aandacht dat het gaat om descriptieve systemen die schijnbaar grenzeloos kunnen worden uitgebreid. Verschillen tussen beide moeten voor een belangrijk deel worden toegeschreven aan doelstellingen die niet voor honderd procent hetzelfde zijn. De ICD-10 streeft een wereldwijde consensus na, de DSM-IV is in de eerste plaats een Amerikaanse onderneming. De DSM-IV is op klinisch gebruik en researchdoelinden gericht, terwijl de ICD-10 sterker ook op administratieve/statistische taken is toegesneden en dus 'completer' moet zijn. De ICD-10 is in een aantal opzichten meer 'medisch' geïntereerd dan de DSM-IV.

De inhoudelijke vergelijking maakt op een aantal punten ook duidelijk dat beide classificaties hun meeromvatendheid en grotere betrouwbaarheid voorlopig hebben verdiend ten koste van een achterblijvende validiteit. Bij de consequenties daarvan zullen we in de laatste paragraaf stilstaan.

Discussie

Kan deze ontwikkeling nu worden gekenschetst als het tot stand komen van een nieuw paradigma in de psychopathologie? Laten we beginnen met vast te stellen dat er in twintig jaar tijd een indrukwekkende eenheid in terminologie tot stand is gebracht. McGuire (1973) vatte betrouwbaarheidsonderzoek in de klinisch psychiatrie tussen 1949 en 1964 samen en kwam tot gemiddelde percentages overeenstemming tussen beoordelaars die varieerden van 32% tot 63% voor specifieke categorieën en van 54% tot 84% voor samengevoegde categorieën. Eysenck (1983) maakt melding van Kappa-coëfficiënten (een strengere maat dan percentage overeenstemming) uit DSM-III field trials door Spitzer, die een over-all agreement op as I aangeven van .78 voor gezamenlijke interviews en .66 voor gescheiden afgenomen interviews. Den Boer et al. (1995) maken melding van een onderlinge vergelijking op betrouwbaarheid tussen ICD-9, ICD-10 en DSM-III-R door Okasha et al. in 1993, waarbij de DSM-III-R vergelijkbare resultaten boekte met Spitzers field trial, en de ICD-10 de hoogste betrouwbaarheid had. De aandacht voor definitiekwesties en het expliciteren van inclusiecriteria heeft dus zijn vruchten afgeworpen. Dankzij langdurig onderhandelen en overleggen is er wereldwijd een 'unifying language'. Hiermee is voldaan aan een belangrijke voorwaarde om in sociologische zin te kunnen spreken van een paradigma. Maar is hiermee ook sprake van de 'unifying school of psychopathology' die Klerman met de komst van de DSM-III voorzag? Daarvoor is met deze lingua franca wellicht een belangrijke voorwaarde gecreëerd maar men staat nog aan het begin. Zoals we in de inleiding opmerkten: men moet het eens zijn over de gehanteerde begrippen, maar daarnaast moeten de theorieën die binnen het paradigma vallen succesvol zijn.

John Cooper, Brits psychiater en één der founding fathers van de ICD-10, merkt in een *editorial* naar aanleiding van de verschijning van de DSM-IV op dat zowel ICD-10 als DSM-IV feitelijk classificaties van 'disorders' zijn en niet van 'diagnoses'. Het subtiele verschil tussen 'disorder' en 'dia-

gnosis' is gelegen in het feit dat een 'disorder' gezien kan worden als een 'clinically recognisable set of symptoms or behaviour, associated with distress or disability'. 'Diagnosis' daarentegen verwijst naar het proces dat aan die symptomen ten grondslag ligt en zodoende naar de implicaties over mogelijke oorzaken (Cooper, 1995). 'Disorder' kan zo worden opgevat als een louter beschrijvende term, 'diagnosis' als een term die een theorie vooronderstelt over ontstaan en beloop van de stoornis. In het beschrijven van stoornissen is men een heel eind gevorderd. De moeizame onderhandelingen waarmee deze beschrijving gepaard zijn gegaan, zijn echter al indicatief voor het feit dat het inzicht in de achterliggende theorieën en mechanismen nog minder ver is. Sterker nog: om tot overeenstemming over 'disorders' te komen heeft men de assumpties over 'diagnosis' voorlopig in de ijskast gezet. In dit opzicht kunnen we ons niet in de eerder aangehaalde uitspraak van Millon vinden dat de DSM-III een '[...] paradigm shift from a disease entity to a prototypical diagnostic model' betekende. Daarvoor zal nog het een en ander moeten gebeuren.

Maar, zoals gezegd, het scheppen van een beschrijvend kader is een belangrijke voorwaarde om verder te komen. Was de bedoeling van de DSM-III niet om zoveel mogelijk syndromen te beschrijven teneinde ze nader te kunnen onderzoeken? En is een betrouwbaar meetinstrument (lees: classificatiesysteem) geen belangrijke voorwaarde voor validiteit?

Een belangrijk onderdeel van een onderzoeksprogramma rond psychopathologie is dan gelegen in de differentiatie van onderscheiden stoornissen naar verschillen in beloop en verschillen met betrekking tot de aangewezen behandelvormen. Hoewel dit de ultieme rechtvaardiging voor iedere classificatie zou moeten zijn, wordt hieraan in de klinische beschrijving en richtlijnen van de ICD-10 geen woord gespendeerd, en beperkt de 886 pagina's tellende DSM-IV manual zich in dit verband tot de opmerking dat 'To formulate an adequate treatment plan, the clinician will invariably require considerable additional information about the person being evaluated beyond that required to make a DSM-IV diagnosis.' (DSM-IV, p. xxv) Het is tekenend dat Lopez Ibor et al. (1994), in het kader van hun vergelijking van Dysthymia in beide systemen, met geen woord reppen over verschillende behandelingsconsequenties al naar gelang men besloten heeft tot de diagnose Dysthymia, Neurasthenie, Gemengde angst/depressie, Depressie of Gegeneraliseerde angst. Verschillende psychiatrische classificaties (en dus diagnoses) zouden pas gerechtvaardigd zijn wanneer is aangetoond dat ze tot een verschillende aanpak moeten leiden.

Kortom, veel onderzoek zal nog nodig zijn voordat we een dergelijk inzicht hebben over ontstaan en behandeling van de stoornissen die thans kunnen worden beschreven. Wellicht hebben we dan kunnen besluiten dat een groot aantal van de thans beschikbare omschrijvingen gevoeglijk over één kam kan worden geschoren. Wellicht hebben we dan ook kunnen besluiten dat sommige stoornissen ook vanzelf overgaan. Gewezen is bijvoorbeeld op de opname in de ICD-10 van de gemengde angst- en depressieve stoornis. 'Personen met deze gemengde en relatief lichte symptomen worden regelmatig gezien in de algemene gezondheidszorg, maar in de bevolking als geheel bestaan nog veel meer ge-

vallen, die nooit in aanraking komen met medische of psychiatrische hulpverlening.' (NVP, 1994, p. 163) Er klinkt nauw verholen spijt door in deze constatering. Het zal goed zijn om te onderzoeken of personen met deze 'stoornis' gebaat zijn bij medische of psychiatrische hulpverlening of dat hun stoornis ook vanzelf overgaat. Dit is mede van belang met het oog op de aansluiting van de op deze wijze totstandgekomen klinische inzichten in voorkomen, achterliggende mechanismen en behandeling en beloop van wat we dan 'psychische ziekten' mogen noemen, op de behoefte aan hulp hierbij. De huidige inspanningen om stoornissen te beschrijven zijn er op gericht om zo gedetailleerd en laagdrempelig mogelijk alle vormen van psychisch ongemak in kaart te brengen. Op deze wijze wordt de 'behoefte aan zorg' vanuit een psychopathologisch standpunt gedefinieerd. De vraag is hoe hieruit verantwoord een schatting van de publieksbehoefte kan worden afgeleid. Voordat daar een antwoord op gegeven is, zullen we wel enige DSM- en ICD-versies verder zijn.

Het zou heel goed zo kunnen zijn dat een harde kern binnen het thans door ICD-10 en DSM-IV omvatte domein zich goed in het medisch model (lees: paradigma) van het Neo-Kraepeliniaanse denken laat plaatsen, in die zin dat hiervoor gedifferentieerde voorspellingen in behandelingsuitkomsten mogelijk blijken. Te denken valt aan de organische stoornissen, schizofrenie en andere psychotische stoornissen, en de ernstiger stemmings- en angststoornissen. Van de andere kant zal wellicht voor lichtere stemmings- en angststoornissen, zoals ICD-10 en DSM-IV die definiëren en voor gedragsmatig bepaalde stoornissen (eet- en slaapstoornissen, impulscontrole, aanpassingsstoornissen) in de toekomst blijken dat het door Klerman genoemde model geen adequaat paradigma is. Hetgeen overigens zou passen in de door de Neo-Kraepelinianen zelf bepleite begrenzing van het psychiatrisch domein.

Noten

1. DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
2. Deze paragraaf leunt zeer sterk op Millon (1986).
3. Voor een algemene, inhoudelijke bespreking zie Henselmans (1995).
4. Bij het verschijnen van de DSM-IV was de ICD-10 nog niet uit. De DSM-IV maakt daarom gebruik van ICD-9-codes.

Literatuur

- Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV. (1994). APA/Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Boer, P.C.A.M. den, Jong, A. de, Giel, R. & Jenner, J.A. (1995). Een introductie van het meerassige classificatieschema bij de ICD-10. Een kritische beschouwing. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 37, 391-402.
- Cooper, J. (1994). On the publication of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fourth Edition (DSM-IV). *Br J Psychiatry*, 166, 4-8.
- Eysenck, H.J., Wakefield, J.A. & Friedman, A.F. (1983). Diagnosis and clinical assessment: the DSM-III. *Ann Rev Psychol*, 34, 167-193.
- Henselmans, H.W.J., (1995). De DSM-IV: een plaatsbepaling. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 50, 483-499.
- Klerman, G.L. (1990). Paradigm shifts in USA psychiatric epidemiology since World War II. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 20, 27-32.
- Kuhn, T.S. (1962/1970). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Lopez Ibor, J.J., Frances, A. & Jones, C. (1994). Dysthymic disorder: a comparison of DSM-IV and ICD-10 and issues in differential diagnosis. *Acta Psychiatrica Scand*, 89, 12-18.
- McGuire, R.J. (1973). Classification and the problem of diagnosis. In H.J.Eysenck (Ed.), *Handbook of abnormal psychology*. Belfast: Pitman and Sons.
- Millon, T. (1986). On the past and future of the DSM-III: personal recollections and projections. In T. Millon & G. Klerman (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology*. New York: The Guildford Press.
- WHO (1994). *De ICD-10 Classificatie van psychische stoornissen en gedragsstoornissen*. Eindredactie Nederlandse vertaling: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, M.W. Hengeveld. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Zegerius, L. & Waldinger, M.D. (1995) DSM-IV: de ondergang van het begrip 'organisch'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 37, 553-567

Summary

DSM-IV and ICD-10 have provided a uniform nomenclature for psychological disorder. However, a close analysis of the history of the development of both classification systems makes clear that this achievement does not mean that the claim of a new paradigm in psychopathology is justified. With the uniform nomenclature, a more reliable and uniform classification of psychological disorder has been achieved, but its contribution to more validity and better predictions of outcome still remains to be proven.

Dr. P.F.M. Verhaak is werkzaam bij NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, als projectleider van het themagebied Geestelijke gezondheidszorg/Hulpverleningsprocessen. NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht.