“De DSM en multifunctionaliteit: een noodzakelijk kwaad?”

Bachelorthese Wijsbegeerte van een bepaald wetenschapsgebied
Door: S.C. Kuipers (s1723537)
Begeleider: J. Peijnenburg
Tweede beoordelaar: J. W. Romeijn

Inhoudsopgave

1. Introductie 3
2. De DSM 5

2.1 De DSM door de jaren heen 5
2.2 De huidige DSM-IV-TR 7
3. De functies van de DSM 9
3.1 De DSM als theorie over psychische stoornissen 10
3.1.1 Definitie van het begrip 'stoornis' 10
3.1.2 Classificatie van stoornissen 12
3.2 De rol van de DSM in de klinische praktijk 14
3.3 De DSM als meetinstrument 16
3.3.1 Wetenschappelijk onderzoek 16
3.3.2 Onderzoek naar de juiste behandeling 18
3.4 De rol van de DSM bij besluitvormingsprocessen 20
4 Concluderende woorden 22
Literatuur 24
Bijlagen 27

1. Introductie

De *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* (DSM) is een handleiding waarin de standaardcriteria staan voor de classificatie van psychische stoornissen. Momenteel werkt men met de vierde editie, de vijfde is in de maak[1]. In de inleiding van iedere DSM staat vermeld dat bij het ontwikkelen van het handboek de klinische, onderzoeks- en onderwijsdoeleinden de belangrijkste concentratiepunten zijn geweest. De inhoud van het boek moet gebaseerd zijn op een uitgebreide empirische fundering. Dit komt de utiliteit en de geloofwaardigheid van de DSM ten goede. De hoogste prioriteit is altijd geweest om de klinische praktijk een handige gids te bieden. Om praktisch gebruik te bevorderen is er gestreefd naar beknopt en helder taalgebruik. Dit zou op termijn onderzoek moeten faciliteren en de communicatie onder clinici verbeteren (APA, 2000).

Er wordt echter door meerdere partijen gebruik gemaakt van de diagnostische criteria in het handboek. Als zodanig is het een belangrijk instrument voor klinische psychiaters en psychologen, onderwijsinstellingen, wetenschappelijk onderzoekers, verzekeringsmaatschappijen, de farmaceutische industrie, en beleidsmakers. Ook de mensen die gediagnosticeerd zijn met een stoornis zijn soms gebruiker van de DSM, er staat immers in beschreven wat het is dat ze hebben. De DSM dient zogezegd verschillende doeleinden. Het boek wordt in dermate verschillende contexten gebruikt, dat de verschillende doeleinden al snel incompatibel voor komen.

Hoewel de nadruk ligt op klinische utiliteit wordt het handboek ontwikkeld door onderzoekers. Onderzoekers zijn doorgaans afgestemd op andere doeleinden dan klinisch psychologen. Ze streven naar onder andere: betrouwbaarheid, standaardisatie, robuuste onderzoeksopstellingen en accurate statische analyses. Clinici houden zich hoofdzakelijk bezig met het (individueel) behandelen van patiënten. Dit onderscheid tussen het werk van clinici en onderzoekers is wellicht de grootste tegenstelling die om de ontwikkeling en het gebruik van de DSM hangt. De vraag is dus: wat is precies de status en de rol van de DSM? Meer in het bijzonder, is het:

- een theorie over mentale aandoeningen, of
- een instrument om diagnoses te stellen, of
- een meetinstrument om de aanwezigheid en/of de intensiteit van de stoornis te meten, of
- een leidraad voor beleidsvorming, of
- al deze opties?

Als de DSM inderdaad al deze functies vervult, is dat een noodzakelijk kwaad? Betekent het dat de DSM onverenigbare doelen dient en in het ergste geval eigenlijk een methodologisch wanproduct is?

Om een stap dichter bij antwoorden op deze vragen te komen wordt in Hoofdstuk 2 de geschiedenis van de DSM beschreven vanaf 1918, het jaar waarin het eerste veelgebruikte classificatiesysteem verscheen, tot aan het verschijnen van de DSM-IV-TR in 2000. Om de rollen en functies die de DSM vandaag de dag vervult goed te kunnen beschouwen is het nuttig om eerst te kijken naar hoe het handboek tot stand is gekomen. Er wordt hier

[1] Er is in deze beschouwing van de rol en status van de DSM gekozen voor een evaluatie van de DSM-IV-TR. De nieuwe DSM (V) is gepubliceerd in mei 2013, tijdens dit schrijven.

uiteengezet welke conceptuele keuzes er bij elke nieuwe versie van het handboek genomen zijn. Aan het einde van dit hoofdstuk staat een overzicht van de huidige DSM weergegeven, met daarbij een korte toelichting van het meerassige systeem, dat in dit classificatiesysteem gehanteerd wordt.

Hoofdstuk 3 belicht verschillende rollen en functies die de DSM vervult. Ten eerste wordt er beschouwd of en in welke mate de DSM als theorie benaderd kan worden. Aangezien de makers van de DSM zelf stellen hoogste prioriteit te geven aan het dienen van de klinische praktijk wordt vervolgens, in Paragraaf 3.2, het gebruik van het handboek door clinici onder de loep genomen. Maar, er zijn meerdere experts die benadrukken dat onderzoekers eigenlijk de hoofdgebruikers van de diagnostische criteria zijn (zoals Philips et al., part 3, 2012; Zimmerman et al., 2010). Paragraaf 3.3 behandelt dan ook de rol van de DSM als meetinstrument. Ook beleidsmakers gebruiken het diagnostisch handboek. De laatste paragraaf van dit hoofdstuk, 3.4, bespreekt de rol die de DSM speelt bij besluitvormingsprocessen aangaande de geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

Tot slot zal in Hoofdstuk 4 de balans op gemaakt worden. Met behulp van de toelichting die gegeven wordt in Hoofdstuk 2 en 3 zal beargumenteerd worden dat de DSM zowel (tot op zekere hoogte) een theorie, een instrument om diagnoses mee te stellen als een meetinstrument is en dat de DSM een rol speelt bij besluitvormingsprocessen aangaande de GGZ. Het is wellicht mogelijk om deze functies conceptueel te scheiden maar in het dagelijks leven lopen al deze functies door elkaar heen en in elkaar over. Dit maakt het handboek echter niet meteen tot een methodologisch wanproduct. Wij (de psychologen, onderzoekers, GGZ-instellingen, beleidsmakers, de maatschappij) hebben de DSM immers in de loop der tijd deze functies gegeven. Dit neemt niet weg dat het belangrijk is om kritisch naar de DSM, en het gebruik ervan, te blijven kijken. Men dient niet te vergeten dat de vele functies van de DSM conceptueel onderscheiden moeten worden!

2. De DSM

2.1 De DSM door de jaren heen

De *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* (DSM) is een diagnostisch handboek dat fungeert als een internationaal classificatiesysteem van psychiatrische stoornissen[2]. In de DSM staan de diagnostische criteria weergegeven voor het vaststellen van mentale stoornissen. De ontwikkeling ervan begon als lofwaardig idee: het vergroten van de betrouwbaarheid van psychiatrische diagnoses. Vandaag de dag heeft het wereldwijd een bijna iconische status; vanwege de alomtegenwoordigheid wordt het wel eens schertsend de bijbel van psychiaters genoemd (Anand & Malhi, 2011). Om de status en rol van het handboek beter te kunnen duiden is het nuttig om eerst de ontwikkeling van de classificaties en de beslissingen die daarbij gemaakt zijn onder de loep te nemen.

Het eerste classificatiemiddel dat veel gebruikt werd was de *Statistical Manual for the Use of Institutions for the Insane* uit 1918. Het ging bij deze handleiding met name om richtlijnen voor het uniform opstellen van statistische data-formulieren. Op deze formulieren verzamelde men gegevens zoals leeftijd, etniciteit, beroep en het voorkomen van psychoses. De handleiding beschreef de meest gebruikelijke verschijningsvormen van 22 diagnostische hoofdcategorieën. Opvallend is dat de continuïteit tussen geneeskunde en psychiatrie sterk benadrukt werd. Vrijwel alle categorieën beschreven symptomen met een biologische oorsprong, bijvoorbeeld geheugenverlies door een hersentrauma. Slechts één categorie, de psychoneuroses en neuroses, werd omschreven als wezenlijk psychogeen. Ondanks revisies door de jaren heen bleef deze biologische en medische oriëntatie wat betreft mentale ziekten consistent tot in de jaren '40 (Clegg, 2012).

Gedurende de jaren '40 tot halverwege de jaren '50 domineerde de Freudiaanse psychoanalyse de Amerikaanse psychiatrie. De term 'psychoanalyse'[3] refereert aan een theorie over persoonlijkheid en een methode voor therapie. Een belangrijk principe van de psychoanalyse is dat er sprake is van het onbewuste, dat bewuste gedachten en handelingen kan beïnvloeden. Daarbij stellen psychoanalytici dat mensen beschikken over verdedigingsmechanismen: processen die werkzaam zijn in de geest om onacceptabele of angst producerende motieven en gedachten buiten het bewustzijn houden. De psychoanalytische therapie baseert zich op vrije associatie. De patiënt mag zijn of haar gedachten volledig de vrije loop laten, daarmee probeert de therapeut onbewuste motieven bloot te leggen. (Gray, 2007). Psychoanalytici zetten zich af tegen de biologisch georiënteerde diagnose omdat de nadruk op psychologische oorzaken zou moeten liggen (Kendler at al., 2010).

Deze ontevredenheid met het bestaande classificatiesysteem uit 1918, vierde hoogtij rondom de Tweede Wereldoorlog. Oorlog-gerelateerde trauma's leken succesvol behandeld te kunnen worden met behulp van op de psychoanalytica gebaseerde therapie. Een resultaat van deze ontevredenheid was het ontwikkelen van *Medical 203* in 1946, uitgevoerd door het kantoor van de algemeen chirurg van het Amerikaanse leger. Dit document typeerde

[2] In de rest van de tekst worden de termen "psychiatrische stoornis", "psychische stoornis", "mentale stoornis" en permutaties daarvan, zoals gebruikelijk in literatuur, verwisselbaar gebruikt.

[3] Freud zijn psychoanalyse was de eerste theorie van wat we vandaag de dag met een bredere term psychodynamica noemen. Psychodynamische theorieën benadrukken de wisselwerking tussen mentale krachten; verschillen in persoonlijkheid komen onder andere door een verschil in de onbewuste motieven, hoe deze tot uiting komen en hoe mensen zichzelf voor angst beschermen (Gray, 2007).

psychopathologie als een dynamische respons van een individu op verstorende omstandigheden. De specifieke diagnose die iemand kreeg werd 'reactie' genoemd, welke viel onder te brengen in een algemene groep stoornissen. De 10 beschreven psychiatrische stoornissen in dit document werden gekarakteriseerd als primair psychologisch en dynamisch in plaats van biologisch en stabiel van aard.

Hoewel de *Medical 203* een veelgebruikt classificatiesysteem werd, waren er allerhande diagnostische nomenclaturen in omloop. Daardoor zag men vanuit de *American Psychiatric Association* (de APA) de noodzaak een algemeen en handzaam systeem te ontwikkelen, zodat iedereen dezelfde taal zou spreken. Dit was de aanleiding tot het ontwikkelen van de DSM-I; een consolidering van de verschillende systemen, die beschouwd werd als de opvolger van de *Statistical Manual* uit 1918. Het eerste handboek kwam uit in 1952. Het psychoanalytische taalgebruik (met haar eigen definitie van diagnose als 'reactie') evenals de indeling van de dimensionele diagnostische categorieën in de DSM-I was echter vrijwel identiek aan dat van de *Medical 203* (Clegg, 2012).

In 1953 kwam de APA bijeen om een programma te ontwikkelen ter evaluatie van psychiatrische therapieën. Men moest helaas concluderen dat de effectiviteit van behandeling onmogelijk te beoordelen viel wegens een gebrek aan gestandaardiseerde criteria voor zowel de diagnose als het resultaat van de behandeling. In de jaren die volgden ontstond er aan de Washington University een trend in het denken over psychiatrische aandoeningen die haaks stond op de psychoanalyse. Daar werd in '56 – '57 voor het eerst systematisch onderzoek gedaan waarbij expliciete criteria voor diagnoses gehanteerd werden. Dit betekende een start van een nieuwe traditie. Men wilde leren over diagnose en de natuurlijke geschiedenis van psychiatrische ziekten en hanteerde hiervoor een brede, systematische benadering (Kendler at al., 2010).

In de jaren '60 kreeg het systeem van de *World Health Organization* (WHO), de *International Classification of Diseases* (ICD), veel internationale aandacht. In reactie op dat succes wilde de APA meer uniformiteit creëren tussen de DSM en de ICD. In de DSM-II, die in 1968 uitkwam, zaten kleine maar significante vernieuwingen. Zo werd de psychoanalytische terminologie van 'reactie' veelal achterwege gelaten, enkele namen en beschrijvingen werden aangepast en nieuwe categorieën toegevoegd. De psychoanalytische oorsprong bleef, ondanks deze veranderingen, echter duidelijk aanwezig (Clegg, 2010).

In 1967 begon John Feighner aan de universiteit van Washington een overzichtsartikel te schrijven over de diagnostische basis voor onderzoek in de psychiatrie. Langzamerhand veranderde dit plan naar het initiatief om nieuwe (diagnostische) criteria te ontwikkelen. Met vijf coauteurs kwam Feighner bij elkaar om elke stoornis die tot dusverre bekend was te beschrijven in termen van handzame criteria. Na kritische evaluatie en revisie van de criteria werd het resultaat van dit proces in januari van 1972 gepubliceerd. Het ging om criteria van 14 psychiatrische stoornissen, waaronder: depressie, antisociale persoonlijkheidsstoornis en alcoholisme. In dit artikel werd naar psychiatrische stoornissen gekeken als een polythetisch[4] model van ziekte, beschreven met geoperationaliseerde diagnostische criteria. Deze nieuwe visie is sterk van invloed geweest op het ontwikkelen van de volgende DSM. Enkele leden van het team dat de zogenoemde Feighner-criteria ontwikkelden, droegen bij aan het vernieuwen van de volgende DSM (Kendler at al., 2010).

In 1980 kwam de DSM-III uit. De eerste en tweede versie van de DSM verschilden minimaal van elkaar, de derde versie was echter radicaal anders. In de DSM-III lag de nadruk sterk op categorische diagnose, hetgeen de mogelijkheid impliceert dat stoornissen discrete entiteiten zijn met scherpe grenzen. Hiermee deed men afstand van het kijken naar

[4] 'Polythethisch' betekent in dit geval dat dezelfde diagnose op basis van gelijksoortige symptomen gesteld kan worden, zonder dat ieder afzonderlijk individu met de diagnose aan één specifiek criterium dient te voldoen.

stoornissen als een continuüm aan 'reacties ' en kwam de medische oriëntatie (zoals in de *Statistical Manual*) weer terug. De classificatie draaide vanaf nu om wat een mens *heeft* in plaats van de dynamische respons die een mens *laat zien*. In de inleiding van het derde handboek staat echter wel vermeld dat er geen scherpe grens is tussen het hebben van de ene stoornis en het hebben van een andere, of het hebben van een stoornis en geen stoornis. (Zo scherp waren de randjes van stoornissen dus ook weer niet.)

De makers van de DSM-III stapten zo niet alleen af van het psychoanalytische taalgebruik, men probeerde ook de psychoanalytische verklaring voor mentale stoornissen buiten beschouwing te laten. De classificaties zijn dan ook enkel opgesteld aan de hand van symptoom-clusters en -patronen. Hiervoor werden alleen empirische data gebruikt. Dit betekende een verschuiving richting een a-theoretisch handboek, er werden geen uitspraken gedaan over de oorzaken (etiologie) van stoornissen. Het a-theoretische karakter werd ten dele gerechtvaardigd door een gebrek aan kennis over etiologie. Daarnaast bleef het handboek zo toegankelijk voor verschillende theoretische benaderingen. Dit zou de algemene doelstellingen, het vergroten van betrouwbaarheid en validiteit van klinische diagnoses, ten goede komen.

Bij het opstellen van de DSM-III ging men ervan uit alleen op basis van systematisch onderzoek de verschillende determinanten van psychiatrische stoornissen en het relatieve effect van biologische, psychologische en sociale behandelingen vast te kunnen stellen. Het vinden van inconsistente data maakte dat er na drie jaar al aanleiding was voor een revisie van de DSM-III. In 1987 kwam de DSM-III-R uit. Omdat men probeerde de ontwikkeling van het volgende handboek synchroon te laten verlopen met het ontwikkelen van de 10de versie van de ICD begon men datzelfde jaar al te werken aan een volgende versie van de DSM. In dit proces werd er veel aandacht besteed aan cultuurgebonden aandoeningen.

Door de makers van de DSM-IV werd er veel systematischer te werk gegaan dan bij de voorgaande edities, alles werd gedocumenteerd. Het verkrijgen en beoordelen van empirische invoer verliep volgens drie specifieke interactieve stadia: literatuuroverzichten, data her-analyse en steekproeven. Men vond dat beslissingen aangaande classificatie en criteria gebaseerd zouden moeten zijn op bewijs, niet op een individuele opvatting. Men wilde de DSM-IV, die uitkwam in 1994, crosscultureel toepasbaar maken. Hiertoe werd het biopsychosociaal model van ziekte gehanteerd. De meeste (zo niet alle) mentale stoornissen werden vanaf nu door de DSM beschouwd als het resultaat van een wisselwerking tussen biologische, psychologische en omgevingsgebonden risicofactoren.

In 2000 kwam de herziene versie van de DSM-IV uit, de DSM-IV-TR. Hierin zijn tekstuele aanpassingen gemaakt, maar er zijn geen aanpassingen gedaan in de diagnostische categorieën. Enkele specifieke diagnostische criteria zijn veranderd, maar de a-theoretische oriëntatie bleef onveranderd (Clegg, 2010).

2.2 De huidige DSM-IV-TR

De DSM-IV-TR geeft a-theoretische diagnostische criteria om de betrouwbaarheid van de klinische diagnose te vergroten, zo wordt toegelicht in de inleiding. Er is een uitgebreide en een beknopte versie in omloop. De beknopte DSM dient altijd gebruikt te worden, tenzij er kennis bestaat van de uitgebreide omschrijving. Er wordt in de DSM gewerkt met een meerassige classificatie. Elk van de vijf assen verwijst naar een ander kennisdomein en fungeert als een ander gezichtspunt. Wanneer er in de praktijk een diagnose gesteld wordt, vindt er beoordeling plaats op elke as. Dit systeem biedt, zo stellen de makers, een handige manier om de complexiteit van omstandigheden vast te leggen en om de heterogeniteit van personen met dezelfde diagnose te beschrijven. Ook vermelden de makers van het handboek

dat het meerassig systeem het gebruik van een biopsychosociaal model in de kliniek, onderwijs en onderzoek bevordert (APA, 2000).

De vijf assen zijn deze (APA, 2000, p67-80):

As I Deze as wordt gebruikt voor het vastleggen van alle verschillende klinische stoornissen in het classificatiesysteem met uitzondering van persoonlijkheidsstoornissen en zwakzinnigheid. Ook worden hier andere aandoeningen genoteerd die een reden voor zorg kunnen zijn. Het gaat hierbij om meer acute afwijkingen die niet per definitie blijvend van aard zijn, zoals een depressie of een angststoornis.

As II Deze as dient voor het vastleggen van persoonlijkheidsstoornissen en zwakzinnigheid. Ook kunnen hier opvallende, slecht aangepaste persoonlijkheidstrekken en afweermechanismen genoteerd worden. Het gaat hierbij om aandoeningen die meer chronisch van aard zijn, zoals de borderline persoonlijkheidsstoornis.

As III Op deze as worden actuele somatische aandoeningen genoteerd die potentieel relevant zijn voor het begrijpen of behandelen van een psychische stoornis.

As IV De vierde as dient voor het vastleggen van psychosociale en omgevingsproblemen, die de diagnose, behandeling en prognose van psychische stoornissen kunnen beïnvloeden. Hierbij kan het bijvoorbeeld gaan om een *negative life event*, een moeilijkheid of onvolkomenheid in de omgeving of een ander probleem dat verband houdt met de context waarin de moeilijkheden zich ontwikkeld hebben.

As V Deze as wordt gebruikt voor een algehele beoordeling van het functioneren. Deze informatie kan nuttig zijn voor het plannen van een behandeling, het meten van de effectiviteit ervan en het voorspellen van de afloop. Vaak wordt hiervoor de *Global Assessment of Functioning Scale* (de GAF schaal)[5] gebruikt.

De DSM-IV-TR bevat tevens een overzicht van alle specifieke diagnostische criteria. In totaal zijn er in de DSM-IV-TR 17 verschillende hoofdcategorieën van soorten stoornissen opgenomen, zoals: 'angststoornissen', 'eetstoornissen' en 'stemmingsstoornissen'. Vrijwel iedere categorie is onderverdeeld in subcategorieën (klassen). Zo bestaat de groep 'stemmingsstoornissen' uit 'depressieve stoornissen' en 'bipolaire stoornissen'. Deze klassen bestaan uit de specifieke classificaties van afzonderlijke stoornissen. In het geval van depressieve stoornissen vindt men vier verschillende stoornissen; de depressieve stoornis (met een eenmalige episode[6] of recidiverend), de dysthyme stoornis en de 'depressieve stoornis Niet Anderszins Omschreven' (NAO). In iedere klasse is er ten minste een NAO categorie opgenomen. De auteurs stellen dat het vanwege de verscheidenheid aan klinische beelden onmogelijk is voor een diagnostische nomenclatuur om elke mogelijke situatie te dekken. Hiertoe is deze categorie opgenomen in het handboek. NAO kan een correcte diagnose zijn wanneer er bijvoorbeeld wel sprake is van significant lijden maar de symptomen onder de noodzakelijke drempel voor een van de specifieke stoornissen blijven.

[5] Zie Bijlage 1 voor een weergave van de tien categorieën waarin de GAF-scores zijn opgedeeld.
[6] Zie Bijlage 2 voor een voorbeeld; de diagnostische criteria van een Major Depressive Episode.

3. De functies van de DSM

Oorspronkelijk is de DSM[7] ontwikkeld om een gemeenschappelijke taal te kunnen waarborgen voor iedereen die betrokken is bij de psychiatrie, zoals psychologen, patiënten, zorginstellingen en onderzoekers. Als zodanig dient de DSM in de praktijk gelijktijdig meerdere doelen. Het staat hoofdzakelijk bekend als diagnostisch handboek voor clinici. Maar daarnaast fungeert de DSM ook als een soort meetinstrument voor onderzoekers en speelt de DSM een rol bij besluitvormingsprocessen omtrent hulpverlening en medicatie. Er kan er op verscheidene manieren gekeken worden naar de status van de DSM. In dit hoofdstuk zal er ingegaan worden op de verschillende functies van het handboek.

In de eerste paragraaf zal de DSM als theorie over psychiatrische stoornissen behandeld worden. Wat voor invloed oefent het classificatiesysteem uit op het denken over mentale aandoeningen? De tweede paragraaf behandelt de rol van de DSM bij het stellen van een klinische diagnose. De termen 'classificatie' en 'diagnose' zijn nauw aan elkaar verwant. Een belangrijk onderscheid is dat diagnoses, in tegenstelling tot de classificaties, in de klinische praktijk gesteld worden door klinische psychologen en psychiaters. In de derde paragraaf wordt de functie van de DSM als meetinstrument besproken. Ook in onderzoek speelt het handboek een belangrijke rol; om meer te weten te komen over de oorzaak, het verloop of de behandelmogelijkheden worden de criteria uit de DSM gebruikt om de proefpersonen te categoriseren. Tot slot zal er in de vierde paragraaf de wisselwerking tussen verschillende partijen, zoals beleidsmakers, de farmaceutische industrie, marketingbedrijven en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) aan bod komen en de rol die de DSM daar in speelt.

Hoewel er in onderstaande beschouwing de rollen die de DSM vervult in verschillende situaties conceptueel worden onderscheiden lopen ze in feite vaak door elaar. Het is niet geheel natuurgetrouw om deze functies als volledig losstaand van elkaar te beschouwen. Om het overzicht te behouden is geprobeerd om deze functies wel afzonderlijk van elkaar te behandelen zonder deze scheiding al te hevig te willen forceren.

[7] Vanaf hier wordt er van 'de DSM' gesproken, hierbij gaat het om de functies die het handboek vervuld heeft tot en met de DSM-IV-TR. Wanneer er over één specifieke DSM gesproken wordt zal dit expliciet in de tekst vermeld staan.

3.1 De DSM als theorie over psychische stoornissen

Om te beginnen kan men de DSM beschouwen als een theorie, of als de belichaming van een theorie over psychiatrische stoornissen. Het lijkt hierbij vreemd dat in de DSM nadrukkelijk vermeld staat dat het een a-theoretische handleiding is. Dit heeft echter betrekking op het feit dat er geen uitspraken worden gedaan over de etiologie van specifieke stoornissen. Men baseert zich in het algemeen op het biopsychosociaal model van ziekte. Volgens dit model zijn stoornissen het resultaat van een wisselwerking tussen biologische, psychologische en omgevingsgebonden risicofactoren.

Het diagnostisch handboek heeft verder wel, hoewel wellicht niet in de meest strikte zin van het woord, veel eigenschappen die we doorgaans ook aan theorieën verbinden. Het geeft een omschrijving van het begrip 'stoornis' en vermeldt de voorwaarden (criteria) waarmee de stoornissen gecategoriseerd kunnen worden. Tot op zekere hoogte kan men zelfs zeggen dat er voorspellingen met de DSM worden gedaan, zoals toegelicht zal worden in de paragraaf over de DSM als meetinstrument. Toegegeven, deze eigenschappen zijn eerder impliciet dan expliciet in de DSM aanwezig, maar dat lijkt inherent aan de begrippen 'stoornis' en 'ziekte'. Het ziet er namelijk naar uit dat men voor deze begrippen geen strakke definitie zal gaan vinden.

3.1.1 Definitie van het begrip 'stoornis'

Wat is een stoornis? Deze vraag draait om het afbakenen van de betekenis van het woord 'stoornis'. Het belang van deze afbakening schuilt in het vinden van een scheidslijn tussen normaliteit en psychopathologie. De zoektocht naar deze scheidslijn vindt vaak plaats in het verlengde van een andere vraag: wat is ziekte? Er wordt in de DSM-IV en de DSM-IV-TR geen definitie gegeven van het woord 'stoornis'. In het handboek wordt dit toegeschreven aan het feit dat geen enkele definitie de exacte grenzen van het concept 'mentale stoornis' juist zou kunnen specificeren.

De makers van de DSM geven dus eigenlijk toe dat, zoals voor vele concepten uit de geneeskunde en wetenschap geldt, geen enkele operationele definitie alle gevallen zou kunnen dekken. Er wordt vaak gepoogd psychische stoornissen te definiëren door een variatie aan concepten te gebruiken, zoals: nood, controleverlies, onbekwaamheid, en irrationaliteit. Maar, zo stelt de APA, dit zijn slechts bruikbare indicatoren. Geen van deze termen is (op zichzelf of gecombineerd) equivalent aan het concept 'stoornis'. Ze concluderen dat verschillende situaties vragen om verschillende definities (Stein et al., 2010).

De meeste pogingen om toch tot een strakkere definitie te komen leiden volgens Joseph Pierre ongeveer tot de volgende conceptualisering: *something has gone wrong biologically with an individual that results in distress or functional impairment* (Philips et al, part 1, 2012, p21). Maar we hebben eigenlijk geen goede verklaring voor wát er dan biologisch gezien mis is in het geval van mentale stoornissen. Er zijn (nog) geen onderliggende psychobiologische disfuncties blootgelegd (zie ook: Stein et al., 2010). Daarbij rijzen de vragen: wat is *gone wrong* precies en wat verstaan we onder disfuncties? Met deze conceptualisering belandt men in een behoorlijk normatieve onderneming. Ook zijn mensen onlosmakelijk en wederkerig verbonden met hun omgeving, dit maakt de scheiding tussen een mentale stoornis en een normale reactie op stressoren sterk relatief. Wanneer spreken we van *distress*? Een strakke definitie van de term stoornis lijkt dus niet gemakkelijk gevonden.

Volgens Pierre betekent dit dat er voor clinici niets anders op zit dan per geval een oordeel te vellen over het al dan niet aanwezig zijn van een stoornis.

Voor clinici die werkzaam zijn in de GGZ behoort het tot de beroepsethos om te proberen het leven van iedereen die hulpbehoevend is, met of zonder stoornis, te verbeteren. Zo bekeken lijkt het vinden van de grens tussen normaal en abnormaal ineens minder urgent. Maar er zijn andere vragen die het definiëren van stoornissen dringender maken, zoals: moeten verzekeringsmaatschappijen de zorgkosten dekken die geboden wordt voor een bepaalde stoornis? Zou iemand met een bepaalde stoornis die een misdaad heeft gepleegd naar de gevangenis moeten gaan, of opgenomen moeten worden in een psychiatrische instelling? Buiten het klinische vacuüm beschouwd zijn er vele partijen betrokken, soms zelfs afhankelijk, van de scheiding tussen normaliteit en psychopathologie. Pierre stelt dan ook dat het vinden van een definitie voor 'stoornis' een voortdurend proces is dat het lot van de moderne psychiatrie in handen heeft. De makers van de DSM spelen hier, samen met onder andere beleidsmakers en onderzoekers, een belangrijke rol in (Pierre, 2012).

Ondanks alle moeilijkheden omtrent het vinden van een strakke definitie is er toch besloten om de kenmerken van stoornissen op te nemen in de DSM-IV. Dit zijn dezelfde als die weergegeven stonden in de DSM-III. Een overzicht:

Kenmerken van een stoornis	
A	Het gaat om een klinisch significant gedragspatroon of psychologisch syndroom dat zich voordoet in een individu.
B	Het is geassocieerd met huidige nood (bijvoorbeeld een pijnlijk symptoom) of beperking (bijvoorbeeld een verslechtering in een of meer belangrijke gebieden van functioneren), of met een significant verhoogd risico op het lijden van pijn of van onbekwaamheid, het verliezen van een belangrijke vrijheid of het leiden tot de dood.
C	Het gaat niet om een te verwachten en cultureel bepaalde respons op een gebeurtenis (zoals het overlijden van een geliefde).
D	Het gaat om een manifestatie van gedragsmatig, psychologisch of biologisch disfunctioneren in een individu.
E	Noch afwijkend gedrag (zoals politiek, religieus of seksueel), noch conflicten die zich primair afspelen tussen het individu en de maatschappij zijn mentale stoornissen, tenzij de afwijking of het conflict een symptoom is van het disfunctioneren van de persoon.
Andere overwegingen	
F	Geen enkele definitie geeft de grenzen van het concept 'mentale stoornis' juist weer.
G	Het ontbreekt het concept 'mentale stoornis' aan een consistent operationele definitie die alle situaties dekt.

Tabel 1 *De DSM-IV richtlijnen van mentale stoornissen.* Gebaseerd op een overzicht uit Stein et al. (2010)

Deze tabel is door de makers van de DSM toegevoegd omdat deze kenmerken wel behulpzaam zijn geweest bij het bepalen van de scheidslijn tussen normaliteit en de uiteindelijke (specifieke) classificaties in de DSM-IV (Stein et al., 2010). Hoewel er dus geen sprake is van een scherpe afbakening tussen normaliteit en psychopathologie, is er hier een richtlijn gegeven voor wat telt als een stoornis en wat niet. Deze karakterisering van mentale stoornissen fungeert namelijk als een rode draad in het bepalen van het onderscheid tussen

normaal en abnormaal. Er mag dan wel geen expliciete definitie van 'stoornissen' gegeven worden in de DSM, maar deze richtlijnen worden in zekere mate wel zo gebruikt.

3.1.2 Classificatie van stoornissen

Verwant aan de kwestie van de scheiding tussen normaliteit en psychopathologie is de vraag omtrent de juistheid van de categorische weergave van mentale aandoeningen. Hoe kunnen we stoornissen kennen en omschrijven? Door de manier van classificeren in de DSM vervult dit boek een eigen positie in dit geheel.

Vanaf de DSM-III wordt er gebruik gemaakt van expliciete diagnostische criteria. Sindsdien is de overeenstemming tussen klinische beoordelaars vergroot en de communicatie verbeterd. De betrouwbaarheid van klinische diagnoses lijkt hiermee aanzienlijk verhoogd, een belangrijke doelstelling bij het opstellen van de derde versie van het handboek. Andere domeinen van de psychologie zijn ook sterk beïnvloed door het gebruik van deze criteria. Onderzoekers hebben nauwkeurigere vragenlijsten ontwikkeld. In het onderwijs baseert men zich tegenwoordig allemaal op dezelfde, op de DSM geïnspireerde, terminologie. Doordat het publiek toegang kreeg tot de diagnostische criteria is de communicatie tussen de ontvangers van zorg en hulpverleners verbeterd.

Dat men in meerdere mate dezelfde diagnoses stelt en dezelfde taal spreekt zegt echter nog niks over de validiteit van de criteria en classificaties. Validiteit in de wetenschap kan op verschillende manieren uitgelegd worden, maar in het algemeen neemt men aan dat het refereert aan de aard van de realiteit. Valide classificaties zouden verwijzen naar volledig discrete entiteiten, met absolute grenzen die het onderscheid maken tussen verschillende stoornissen en het hebben en niet hebben van een stoornis. In de DSM-IV wordt aangegeven dat het niet met zekerheid gesteld kan worden dat er sprake is van natuurlijke grenzen tussen afzonderlijke stoornissen. Hiermee houden de makers van de DSM een slag om de arm wat betreft de validiteit van de classificaties (Kendell & Jablensky, 2003).

Het zou voor de validiteit van stoornissen als losstaande entiteiten spreken wanneer bijvoorbeeld een stoornis bij iedereen hetzelfde klinische verloop zou hebben. Of als er sprake zou zijn van genetische overeenkomsten in families (Philips et al., part 1, 2012). Dit zou stoornissen empirisch aantoonbaar onderscheidbaar maken. Er zijn echter vele indicatoren voor het feit dat stoornissen, zoals geclassificeerd in de DSM, geen discrete entiteiten zijn. Er is in hoge mate sprake van comorbiditeit[8]. Dit doet vermoeden dat stoornissen als het ware in elkaar overlopen. Daarnaast is er veel ondersteuning gevonden voor een polygenetisch verklaringsmodel van stoornissen. Er lijken vele genen te zijn die interacteren met omgevingsfactoren welke ten grondslag liggen aan het zich voordoen van een stoornis. Ook worden sommige genen gerelateerd aan meerdere, in de DSM afzonderlijke, stoornissen. Er is niet één gen dat de erfelijkheid van één mentale stoornis bepaalt.

Toch worden door het wijdverbreide gebruik van de diagnostische criteria en de expliciete omschrijving van de classificaties stoornissen veelal benaderd als discrete entiteiten. Volgens Kendell en Jablensky (2003) valt dit met name te wijten aan het gelijkstellen van de begrippen validiteit en utiliteit. Het classificatiesysteem en de resultaten van onderzoek naar de verschillende stoornissen die daarbinnen gecategoriseerd zijn, biedt veel waardevolle informatie. Men kan aan de hand hiervan beter dan voorheen inschatten wat de effecten van behandeling gaan zijn en accuratere uitspraken doen over de etiologie (Kendell & Jablensky, 2003).

[8] Comorbiteit betekent het zich gelijktijdig voordoen van twee of meer stoornissen.

Hoewel de expliciete diagnostische criteria wellicht niet zozeer verwijzen naar in de discrete entiteiten, zijn ze dus wel nuttig en (impliciet) vaak geïnterpreteerd als losstaande ziekte entiteiten. Op basis waarvan is er dan geclassificeerd? De polythetische diagnostische categorieën, zoals weergegeven in de DSM, hebben niet allemaal dezelfde eigenschappen. Ze lijken op elkaar omdat ze sommige eigenschappen delen. Deze notie doet volgens Philips denken aan Wittgensteins benadering van (taal-) spelen:

> "Instead of producing something common to all that we call language, I am saying that these phenomena have no one thing in common which makes us use the same word for all,-but that they are related to one another in many ways. And it is because of this relationship, or these relationships, that we call them all "language."... I can think of no better expression to characterize these similarities than "family resemblances"; for the various resemblances between members of a family: build, features, colour of eyes, gait, temperament, etc. etc. overlap and criss-cross in the same way.-And I shall say: 'games' form a family".
> (Wittgenstein, 1953, p31-32, zoals aangehaald in Philips et al., part 1, 2012, p 17).

Stoornissen hoeven, volgens Wittgenstein, dus niet één specifieke eigenschap gemeen te hebben om toch allemaal stoornis genoemd te kunnen worden. De polythetische benadering van stoornissen maakt wellicht dat wat er allemaal onder deze noemer valt, daaronder valt op basis van *familiegelijkenis*. Dit biedt vermoedelijk weinig voldoening voor hen die zoeken naar een nauwere definitie van het woord 'stoornis' en een valide classificatie methode. Maar het illustreert wel hoe we nu stoornissen classificeren en hoe we dat, vermoedelijk, zullen moeten blijven doen (Philips et al, part 1, 2012).

Op een symposium in Forum Images op 27 mei 2013 in Groningen over de ontwikkelingen omtrent de nieuwe DSM, boog een team van deskundigen zich over vragen aangaande de definitie en aard van mentale stoornissen. Trudy Dehue, wetenschapsfilosofe en historicus, betitelde daarbij de DSM als een normatief boek. Ze gaf aan dat als we niet kunnen aantonen dat stoornissen precies zo bestaan zoals ze in de DSM omschreven staan, maar tot stand zijn gekomen op basis van een conceptueel keuzeproces en dat de DSM misschien vooral een boek is dat voorschrijft wat al dan niet normaal gedrag is.

Hoe er ook naar gekeken wordt, het lijkt er op dat de DSM indirect over eigenschappen beschikt die we doorgaans ook toeschrijven aan theorieën. De classificatie van mentale aandoeningen, zoals weergegeven in de DSM, beschrijven samenhangende verschijnselen. Er worden hypotheses uit afgeleid, die voortdurend getoetst worden. Het is een geheel aan ideeën en beginselen rondom het thema psychiatrie. Als we Dehue volgen dan vloeien er zelfs normatieve regels uit voort.

3.2 De rol van de DSM in de klinische praktijk

De stap van theorie naar praktijk betekent in het geval van de psychiatrie de stap van classificatie naar diagnose. Het classificatiesysteem omschrijft het algemeen geldende, zonder rekening te houden met het individu en individuele verschillen. Het classificatiesysteem zelf bevat geen uitspraken over oorzaken, etiologie, beloop en prognose. De diagnose bevat doorgaans dit soort dingen wel, het beschrijft de aard van de ziekte zo nauwkeurig mogelijk. Om een medisch voorbeeld te geven: hoesten is geen diagnose, bronchitis wel. In de psychiatrie weten we echter vrij weinig over de specifieke oorzaken van stoornissen waardoor men vaak niet verder komt dan classificatie, ook al wordt dit (verwarrend genoeg) meestal wel diagnose genoemd (Eurelings-Bontekoe & Snellen, 2003).

Experts lijken het erover eens te zijn dat de psychiatrie vandaag de dag werkt volgens het medisch model. Men beschrijft de ziekte en niet de zieke. Hierbij gaat het om het consistent toepassen van medisch denken en het gebruiken van medische methoden in de psychiatrie. Hoewel de heersende opvatting is dat de psychiatrie in het algemeen volgens dit medische model werkt, valt er hierbij onderscheid te maken tussen een sterke en minimale interpretatie. De sterke interpretatie van het medische model legt de nadruk op oorzakelijkheid, het legt zich toe op het formuleren van specifieke causale hypothesen in termen van abnormaliteit in onderliggende neurobiologische systemen. De minimalist ziet diagnostische labels als handzame heuristieken en kijkt niet naar causaliteit.

De classificatie van stoornissen in de laatste edities van de DSM zijn gebaseerd op het verloop en de symptomen, niet op specifieke oorzaken van stoornissen. Werken met het handboek is hierdoor werken volgens het minimale model. Elke diagnose die gesteld wordt aan de hand van de DSM impliceert verstoord functioneren van een mentale, fysieke of gedragsmatige eigenschap of capaciteit. Maar deze DSM-diagnose kan gesteld worden zonder dat men zich druk maakt over wat de onderliggende verstorende factoren zijn. Aan de hand van symptomen worden mensen aan categorieën toegewezen.

Het is een wijdverbreid idee dat de DSM-classificatie van mentale stoornissen voortborduurt op de omschrijving die Kraepelin in 1899 gaf van ziekte. Hij redeneerde dat alleen het algemene beeld van een medisch geval, van het begin tot het einde van het verloop, de koppeling aan gelijksoortige observaties kan rechtvaardigen. In zekere mate gebeurt in de DSM-IV hetzelfde. Men veronderstelt fysieke oorzaken, alleen men gaat niet in op specifieke ethologiën. De huidige classificatie van mentale stoornissen als clusters van symptomen die zich regelmatig gelijktijdig voordoen past daardoor dit plaatje.

Minimalisten McHugh en Slavney omschrijven het stellen van een klinische diagnose als het labelen van patiënten. Dit labelen wordt gezien als een behulpzaam startpunt voor het onderzoeken van fysieke processen. Kraepelin zag de taxonomie van clusters van symptomen dan ook als een tijdelijke keuze. Uiteindelijk zou een meer ontwikkelde psychiatrie, volgens Kraepelin, toewerken naar een taxonomie waarbij de klinische omschrijving, de etiologie en de pathofysiologie samenvallen. Dit neigt meer naar de sterke interpretatie van het medische model (SEP Psychiatry). In de DSM-IV staat vermeld dat de hoogste prioriteit van de makers lag bij het voorzien in een behulpzaam handboek voor de klinische praktijk (APA, 2000). De a-theoretische beschrijvingen van stoornissen, zoals deze in de DSM staan weergegeven zijn, ruim 100 jaar nadat Kraepelin zijn uitspraken deed, echter nog steeds enkel compatibel met een minimale interpretatie van het medische model.

Sinds 2008 werkt men in de GGZ met de Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) systematiek. Een DBC omvat het volledige traject dat een patiënt doorloopt vanaf het eerste contact tot en met de behandeling die hier (eventueel) op volgt. Daarnaast is de DBC de basis

voor declaratie bij de zorgverzekeraar. Het is oorspronkelijk ingevoerd zodat zorginstellingen geleverde zorg systematisch konden registreren om het declaratiesysteem te versnellen. Een DBC kan gezien worden als een pakketje zorg dat een patiënt krijgt voor een bepaalde aandoening. Elke DBC heeft een eigen code, deze wordt gebruikt om de facturering eenvoudig en snel te laten verlopen. Daarnaast kan er met behulp van de codes in beeld worden gebracht welke zorg wordt afgenomen, tegen welke prijs. Zorgaanbieders en zorginkopers kunnen door het bestaan van DBC's makkelijker onderhandelen over de prijs en kwaliteit van zorg (www.dbc-onderhoud.nl).

Er hebben zich de afgelopen jaren enkele bezwaren voorgedaan wat betreft deze systematiek voor zorgverstrekking. Er spelen privacy vraagstukken omdat DBC's gekoppeld worden aan Burger Service Nummers, maar dat geldt voor ziekenhuizen, geriatrische afdelingen en GGZ-instanties, eigenlijk alle plekken waar met DBC's wordt gewerkt. Voor de psychiatrie speelt nog een probleem. Zo vertelt Ronald van den Berg, oud voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor psychiatrie, in een artikel in *De Groene Amsterdammer* dat het systeem onverdedigbaar is. Hij licht toe dat de DBC's in de GGZ berusten op de diagnostische categorieën uit de DSM. Aangezien er in dit handboek niet wordt ingegaan op de oorzaak van het lijden is de diagnose incompleet en kan een DBC de werkelijkheid van de psychiatrische behandeling nooit weergeven. De psychiatrische behandeling is juist gericht op de oorzaak. Een diagnose gebaseerd op de DSM, zoals de DBC-systematiek voorondersteld, is dus geen volledige. Niet zoals men fysieke klachten, zoals het eerdergenoemde voorbeeld van bronchitis, *volledig* kan noemen (Fogteloo, 2008).

Hoewel men de psychiatrie beschrijft als werkzaam volgens het medische model is de DSM enkel compatibel met een minimale interpretatie van dit model. Middels de DBC's wordt het gebruik van de DSM-classificatie binnen de GGZ bekrachtigd. De rol die de DSM speelt in de dagelijkse bezigheden van de psycholoog is er een die zich niet gemakkelijk laat duiden. Er worden richtlijnen voor behandeling aan de DSM-classificaties gekoppeld. Als patiënten voldoen aan de diagnostische criteria komen ze (sneller) in aanmerking voor vergoeding. De behandeling waarin de psycholoog of psychiater voorziet kan echter los gezien worden van het diagnostisch handboek. De behandeling is gericht op het wegnemen of verminderen van lijden, de oorzaak. De diagnose kan dus richting geven maar is niet per definitie de kern van de werkzaamheden van klinisch psychologen en psychiaters.

Zimmerman (2010) heeft onderzoek gedaan naar de klinische utiliteit van de criteria voor recidiverende depressie (MDD). Hieruit bleek dat een substantiële minderheid van de psychiaters en een meerderheid van de niet-psychiatrische artsen de DSM criteria vaak niet gebruiken wanneer ze depressie diagnosticeren. Het advies dat uit dit onderzoek volgde was om de klinische praktijk beter in overweging te nemen bij het opstellen van de nieuwe DSM-V. In een analyse (Philips et al., part 3, 2012) van de verenigbaarheid van de verschillende doelstellingen van de DSM wordt dan ook uitgelegd dat onderzoekers, meer dan clinici, de hoofdgebruikers zijn van de diagnostische criteria.

3.3 De DSM als meetinstrument

Onderzoekers, in tegenstelling tot clinici, kunnen hun werk niet doen zonder de DSM criteria. Wetenschappelijk psychologisch onderzoek draait om kennis vergaren over mentale stoornissen en/of over de effectiviteit van behandelmethoden. Whooley (in Philips et al., part 3, 2012) wijst ons op wat sinds Aristoteles *episteme* is genoemd: wetenschappelijk redeneren. Wetenschappers redeneren dat het hun doel is tijdloze waarheden te ontdekken. Zo kijken onderzoekers op het gebied van psychologie, volgens Whooley, ook naar het vergaren van kennis over mentale stoornissen.

Sinds de DSM-III is er sprake van standaardisatie van psychiatrische kennis. Dit valt voor een groot deel te verklaren door de voortdurende druk op het vergroten van de betrouwbaarheid in de diagnostiek en de behoefte aan het spreken van een gemeenschappelijke taal door alle betrokkenen bij de psychiatrie. Maar de behoefte van wetenschappers om zo veel mogelijk objectieve data te kunnen verzamelen en het verkrijgen van generaliseerbare kennis over mentale aandoeningen heeft ook een sterke bijdrage geleverd aan de standaardisatie van diagnostische criteria (Whooley, 2012).

3.3.1 Wetenschappelijk onderzoek

De diagnostische criteria uit de DSM vormen de basis voor vele verschillende meetinstrumenten. Veelal gaat het om vragenlijsten en/of gestructureerde interviews. Sommige van deze instrumenten worden ook in de klinische setting gebruikt in het diagnostisch proces. Neem bijvoorbeeld de *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders* (SCID). Dit gestructureerde[9] interview stelt getrainde onderzoekers en clinici in staat om vast te stellen of mensen al dan niet voldoen aan de criteria van As I stoornissen. De SCID bestaat eigenlijk uit de DSM criteria die zijn omgebogen naar vragen.

Er bestaan ook vragenlijsten die minder letterlijk gebaseerd zijn op de expliciete criteria. Zoals de Beck Depression Inventory (BDI), bestaande uit 21 vragen. Dit is een instrument dat wel is geijkt op de criteria in de DSM-IV, het stelt de symptomen en de mate van depressie vast. Alleen de vragenlijst is gekoppeld aan een theorie van Aaron Beck over hoe depressie werkt (Roelofs et al., 2013). Ieder meetinstrument ontwikkeld voor psychologisch onderzoek is in zekere mate gebaseerd op, of gecontroleerd voor correlatie met, de DSM criteria.

In paragraaf 3.1 is toegelicht hoe de DSM (ten dele) beschouwd kan worden als een theorie over mentale stoornissen. Hetzelfde kan beargumenteerd worden voor specifieke classificaties van stoornissen. De classificatie van bijvoorbeeld een recidiverende depressieve stoornis (MDD), zoals deze in de DSM staat, kan worden geïnterpreteerd als een theorie over wat deze stemmingsstoornis is. Tegelijkertijd fungeert de DSM ook als een soort meetlat waarlangs potentiële onderzoeksdeelnemers worden gelegd om te bepalen of het al dan niet geschikte kandidaten zijn.

---

[9] Gestructureerde vragenlijsten of interviews bestaan uit gesloten vragen, de antwoordmogelijkheden zijn altijd: ja/nee, waar/niet waar, aanwezig/ afwezig of *multiple choice* (Salkind,2009). In het geval van de SCID gaat het per diagnostisch criterium om of deze al dan niet aanwezig is. De aan- of afwezigheid van een criterium bepaalt met welke vraag de onderzoeker verder dient te gaan, zo voorziet de SCID de interviewer van een volgorde van vragen.

In het verlengde van de problemen rond van het vinden van een juiste definitie van het concept 'stoornis', zoals besproken in paragraaf 3.1.1, treffen we voor onderzoekers een vergelijkbaar probleem. Want als de definitie lastig te geven is, hoe weet men dan zeker dat we het juiste fenomeen gemeten wordt? Deze moeilijkheid wordt ook beschreven door Harry Collins in wat hij noemt de *experimenter's regress*. Collins refereert hiermee aan een cirkel van afhankelijkheid tussen theorie en bewijs. Hij stelt dat feiten alleen gegenereerd kunnen worden door goede meetinstrumenten, maar goede meetinstrumenten kunnen alleen erkend worden als ze feiten produceren.

Collins gaat verder door te stellen dat wetenschap geen onafhankelijke feiten kan produceren. Want er kan niet los van de experimentele setting die al gebruikt is om de feiten te genereren getoetst worden of het meetinstrument adequaat was of niet (Collins, 1985). De cirkel is hier dat de DSM wetenschappers gelijktijdig vertelt *wat* het is dat ze meten, maar ook *hoe* het gemeten dient te worden. De cirkel zou doorbroken kunnen worden wanneer er sprake zou zijn van een bepaalde onafhankelijkheid tussen theorie en meetinstrument, maar dat is voor de DSM (helaas) niet het geval.

Daarnaast beschrijft Ian Hacking dat met name de sociale wetenschappen te kampen hebben met een fenomeen dat hij het *looping effect* noemt. Hacking maakt hiertoe een relevant onderscheid tussen *natural* en *human kinds*. Met *kinds* kan verwezen worden naar van alles: dingen, concepten of mensen. *Natural kinds* zijn wat we vinden in de natuur: quarks, isotopen, modder, bomen, gras, enzovoort. Hoewel Hacking beschrijft dat *human kinds* zowel soorten mensen als gedragingen, neigingen, emoties en soorten temperamenten omvat, beperkt hij zich bij het bespreken van de sociale wetenschappen tot soorten mensen. In zoverre dat (bijvoorbeeld) gedrag een *human kind* genoemd kan worden, mits dit gebruikt wordt om soorten mensen te karakteriseren. Tienerzwangerschappen en adolescentie zijn voorbeelden van wat Hacking *human kinds* noemt.

Wanneer Hacking van *human kinds* spreekt refereert hij aan soorten mensen waar de sociale wetenschap onderzoek naar doet, waar we graag kennis over willen vergaren. Onder *natural kinds* valt alles wat niet specifiek is voor mensen in een sociale context. Hacking beschrijft de *natural kind* als ongevoelig voor de categorisatie waartoe ze behoren, zoals bijvoorbeeld een isotoop. Het bestaan en de gedragingen van een isotoop zijn volledig onafhankelijk van onze begripsvorming ervan. Daarentegen is een *human kind* interactief; het bestaan en veelvuldig gebruik van vele conceptuele categorieën hebben een directe invloed op de individuen waarop de concepten van toepassing zijn. Het gedrag van individuen en hun omgeving kan veranderen na introductie van een conceptuele categorie. Deze verandering kan fungeren als feedback op *human kind* zelf, waardoor soms aanpassing van het concept nodig is. Dit resulteert in een voortdurend circulair patroon: het looping effect (Hacking, 1995).

In het geval van de eerder genoemde recidiverende depressieve stoornis lijkt er in het licht van Hacking's *looping effect* sprake te zijn van een *human kind*: depressie. Op basis van de classificatie van MDD in de DSM wordt er in de klinische praktijk vastgesteld of iemand last heeft van een depressie of niet. Dit label heeft in ieder geval sterke gevolgen voor het gedrag van het individu en diens omgeving. De diagnose MDD verandert het denken over de toestand waarin iemand verkeerd, het kan bijvoorbeeld opluchting brengen door te weten wat het is dat iemand heeft. Vaak wordt er medicatie voor geschreven en/of krijgen mensen behandelingen; de aandoening heeft een sterke impact op het dagelijks leven.

Ook de keuze die bij het opstellen van de DSM gemaakt is voor een polythethisch classificatiesysteem speelt hierbij een rol. Iemand die aan slechts vier van de negen criteria voldoet heeft volgens de DSM géén MDD. Hoewel we ons intuïtief iets eenduidigs kunnen voorstellen bij de depressieve mens, volgt uit de huidige classificatie dat er op symptoom niveau maar liefst 227 verschillende varianten zijn (Van Loo et al., 2012). Maar in het

dagelijks leven houden we geen rekening met deze verschillen, we kunnen gewoonweg over mensen mét de diagnose stellen dat ze depressief zijn.

De verschillende varianten van depressie op symptoomniveau zijn aanleiding geweest voor onderzoekers (bijvoorbeeld Van Loo et al, 2012; Zimmerman et al., 2013) om op basis van data-analyse te onderzoeken of er wellicht sprake is van subtypes van depressie. Van Loo en collega's voerden een systematische review uit. Na een online zoektocht werden er maar liefst 1135 artikelen gevonden die over (onderzoek naar) subtypes van depressie gaan. Op basis van de systematische review van al deze artikelen is niet genoeg empirische ondersteuning gevonden voor een consistent bestaan van subtypen van depressie. Dit zou echter aan theoretische keuzes kunnen liggen die aan de analyse vooraf zijn gegaan, het bestaan van subtypes is niet uitgesloten (Van Loo et al, 2012). Er wordt met dit soort onderzoek een poging gedaan om middels het onderscheiden van subtypes meer te weten te komen over de etiologie, het verloop en de behandeling van depressie. Bevindingen uit dergelijk onderzoek zouden geïnterpreteerd kunnen worden als feedback op het concept MDD.

Er lijkt dus zowel sprake te zijn van invloed op gedrag door introductie van het concept depressie en van feedback op de conceptuele categorie. Dit duidt op een interactie tussen het gebruik van de conceptuele categorie en de conceptuele categorie zelf: een looping effect. Soms resulteert deze interactie in een verandering van de *human kind.* Dit is wat, volgens Hacking, maakt dat classificaties van stoornissen, zoals MDD, in de DSM soms aan revisie toe zijn. Na aanpassing wordt er eigenlijk weer een begin gemaakt aan een nieuwe *loop,* de sociale wetenschap blijft altijd in beweging. Het lijkt onmogelijk om, zoals Whooley (2012) stelt dat onderzoekers nastreven, tijdloze waarheden te vinden wat betreft mentale stoornissen.

Zowel Collins als Hacking geven hiermee een moeilijkheid weer die gepaard gaat met onderzoek doen naar (sociale) fenomenen. Het lijkt echter in het geval van het gebruik van de DSM wel een duidelijk methodologisch probleem aan het daglicht te brengen. De DSM biedt onderzoekers een startpunt voor het formuleren van hypothesen. Het vertelt onderzoekers niet alleen *wat* ze meten, maar impliceert ook *hoe* ze het meten. Daarnaast beschrijft Hacking dat *human kinds* geen statische concepties zijn, maar interactief en beïnvloedbaar door het heersende beeld van de categorie waartoe de *kind* behoort.

3.3.2 Onderzoek naar de juiste behandeling

De rol van de DSM bij het onderzoeken van de effectiviteit van behandelmethoden laat zich wellicht het makkelijkst illustreren aan de hand van een voorbeeld. De behandeling van recidiverende depressie wordt op de afdeling klinische experimentele psychologie aan de Rijksuniversiteit Groningen onderzocht binnen een project onder de overkoepelende naam: "Disrupting the rythm of depression". Een (groot) deel van het onderzoek dat binnen dit project wordt uitgevoerd wordt gefinancierd door ZONMW[10]. De gepubliceerde artikelen zijn tot dusverre gefinancierd door de Nederlandse organisatie voor wetenschappelijk onderzoek (het NWO). Hoewel ontdekkingen op het gebied van de aard van stoornissen in dit type onderzoek niet uitgesloten zijn, is het doel niet het onderzoeken van een fenomeen. Men wil toetsen of en in welke mate verschillende behandelmethoden effectief zijn. Zoals gebruikelijk zijn er als uitgangspunt inclusie- en exclusie-criteria opgesteld. Zo dienen

[10] De ZONMW is een organisatie die werkt aan de verbetering van gezondheid en preventie van zorg door onder andere (wetenschappelijk) onderzoek te stimuleren en te financieren.

onderzoeksdeelnemers tenminste twee maal een depressieve episode te hebben gehad om in aanmerking te komen voor deelname.

Alle onderzoeken die door deze onderzoeksgroep uitgevoerd worden maken gebruik van een gestructureerd interview: de SCID (bijvoorbeeld Bockting et al., 2011; Bockting et al., 2011). Dit interview wordt onder meer gebruikt om te bepalen of mensen aan de inclusie- of exclusie-criteria voldoen. De SCID is direct gebaseerd op de DSM criteria. Dit maakt dat de bevindingen uit dit onderzoek over de effectiviteit van behandeling vooral van toepassing zijn op mensen die exact aan de diagnostische criteria uit de DSM voldoen. Onderzoek in de klinische praktijk wijst echter uit dat niet alle psychologen gebruik maken van de criteria voor MDD om de diagnose depressie te stellen (Zimmerman 2010). Ook zijn er onderzoekers die reden zagen tot het onderzoeken van subtypen van depressie (bijvoorbeeld Van Loo et al, 2012; Zimmerman et al., 2013). De resultaten van dit type onderzoek leveren dus wellicht een enigszins vertekend beeld van de mate van effectiviteit in de klinische praktijk.

De effectiviteit van medicatie wordt vaak op een vergelijkbare wijze, met behulp van een instrument zoals de SCID, onderzocht (Bijvoorbeeld Miniati et al., 2010). Hier kunnen dan ook dezelfde vraagtekens bij geplaatst worden. Men kan echter niet anders dan concluderen dat, als we meer willen weten over mentale aandoeningen en de behandelmogelijkheden, de DSM een uiterst handig startpunt is. Doordat onderzoek gebaseerd is op een internationaal gebruikt classificatiesysteem, de DSM, kan de gegenereerde informatie over de hele wereld vergeleken worden met andere bevindingen. Het is bovendien ook praktisch het enige classificatiemiddel dat gebruikt wordt. Als de bevindingen, op basis van de DSM, niet in overeenstemming zijn met elkaar kan dit uiteindelijk leiden tot een revisie van de diagnostische criteria. Met andere woorden, wanneer men de DSM als startpunt gebruikt kan dat ertoe leiden dat er een nieuwe DSM wordt opgesteld, welke vervolgens als nieuw startpunt zal gelden. Hieruit blijkt dat Hacking wellicht gelijk heeft en de criteria niet volledig statisch zijn (er is immers een DSM-V in de maak!).

3.4 De rol van de DSM bij besluitvormingsprocessen

Zoals we zagen kan uit een discrepantie tussen onderzoeksresultaten en startpunt een revisie van diagnostische criteria voortkomen. Eens in de zo veel tijd wordt er een *DSM Task Force* opgericht om alle nieuwe bevindingen nader te onderzoeken en de DSM te vernieuwen (Philips et al., part 1, 2012). Deze groep mensen heeft onder meer de taak om rekening te houden met de belangen van alle gebruikers, in het bijzonder de clinici. Zoals gezegd zijn het juist vaak onderzoekers die het vernieuwingsproces van het handboek leiden.

Dat onderzoekers andere werk gerelateerde doelen nastreven dan clinici moge inmiddels duidelijk zijn. Uit een studie van Cosgrove en collega's (2006) is echter gebleken dat er misschien ook sprake is van persoonlijke doelen. Men wilde de transparantie van potentiële belangenconflicten van publicerende wetenschappers onderzoeken. Het panel dat verantwoordelijk was voor de revisie van de DSM-IV telde 170 leden. Deze studie liet zien dat tenminste 95 leden, 56%, van dit panel één of meer financiële banden had met de farmaceutische industrie. In het geval van de leden die verantwoordelijk waren voor de categorieën 'stemmingsstoornissen' en 'schizofrenie' bleek zelfs dat *alle* leden verbonden waren aan farmaceutische bedrijven. Enkele panelleden hadden aandelen in farmaceutische bedrijven, meer ontvingen er geld voor consultancy. Voor 42% van de financiële banden tussen panelleden en de farmaceutische industrie ging het om financiering van onderzoek.

Dat onderzoekers graag onderzoek willen doen lijkt een onschuldige reden om gebruik te maken van fondsen. Maar daarnaast lijkt het onvermijdelijk dat er belangenconflicten ontstaan wanneer dit geld komt vanuit organisaties die zelf belang hebben bij de uitkomst van dergelijk onderzoek. Het werk van de *Task Force* is immers het reviseren van de diagnostische criteria, het resultaat hiervan is direct van invloed op de medicijnverkoop. Er gaan grote sommen geld om in de farmaceutische industrie, geldstromen die door de genoemde financiële banden in verband worden gebracht met de beslissingen van de *DSM Task Force.* Dit schaadt de integriteit van en het publieke vertrouwen in het advies van wetenschappelijke adviescommissies. (Cosgrove et al., 2006). Dat de farmaceutische industrie zou lobbyen voor een bepaalde invulling van de diagnostische criteria is een behoorlijk speculatieve bewering. Maar het voelt niet zuiver: deze financiële banden lijken onafhankelijke aanbevelingen van het panel in de weg te staan.

Verder is het interessant om op te merken dat de APA de (Amerikaanse) organisatie is die aan het roer staat van de vernieuwingen van de DSM. Op het al genoemde symposium in Forum Images over de ontwikkelingen omtrent de DSM-V zei Jan Swinkels, psychiater en huidig voorzitter van de medisch wetenschappelijke adviesraad bij Diagnose Behandel Combinatie (DBC)-onderhoud, dat de oriëntatie van de DSM dan ook vrij Amerikaans is. Hij noemde de Amerikanen een veel moraliserender volk. Hoewel Swinkels aangaf als psychiater zelden terug te vallen op de DSM, vertelde hij ook dat het handboek in besluitvormingsprocessen van bijvoorbeeld het DBC-onderhoud wel een rol speelt.

Die Amerikaanse oriëntatie is daarmee indirect wel van invloed op organisatie van de gezondheidszorg in landen zoals de onze. De DBC's in de GGZ zijn immers gebaseerd op de DSM, elke DBC is als het ware een pakketje aan zorg voor een bepaalde aandoening. Volgens Ronald van den Berg, oud voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor psychiatrie, is dit DBC-systeem ontwikkeld door commissies die geen oog hadden voor het feit dat er aan de hand van de DSM incomplete diagnoses gesteld worden. In de diagnosecategorieën worden symptomen samengevoegd tot syndromen, zonder dat de oorzaak van lijden overwogen wordt. De

De gecategoriseerde codering van de DBC systematiek is, zo zegt Van den Berg, uiteindelijk slechts een declaratiemethode. Elke DBC heeft een eigen code die voor de facturering gebruikt wordt. Dit is een methode die gekke gevolgen kan hebben. Als een cliënt bijvoorbeeld niet in het plaatje van een diagnose past maar wel behandeling nodig heeft, factureren behandelaars wel eens voor diagnoses waar geen eens sprake van is. Dit is de enige manier om de persoon in kwestie voor vergoeding in aanmerking te laten komen. Van den Berg noemt het systeem losgezongen van de werkelijkheid, het sluit niet aan op de hulpvraag van patiënten (Fogteloo, 2008).

De DSM wordt dus niet alleen ontwikkeld door de *Task Force* onder omstandigheden waar menig vraagteken bij geplaatst kan worden, de toepassing van de diagnostische criteria is volgens sommigen ook niet altijd even realistisch. Het moraliserende van de Amerikanen is volgens Swinkels doorgesijpeld in de uiteindelijke criteria. Het gebruik van de DSM middels de DBC's laat volgens Van den Berg daarbij te wensen over omdat het draait om de diagnose, soms bijna meer dan om de patiënt.

4 Concluderende woorden

Wat is de status en de rol van de DSM? Dat was de eerste vraag die in de introductie gesteld werd. Over het algemeen is duidelijk geworden dat wat betreft enkele doelstellingen, zoals de betrouwbaarheid en validiteit van diagnoses vergroten, er met de DSM grote stappen in de juiste richting zijn gemaakt. Zoals we in bovenstaande beschouwing hebben kunnen zien vervult de DSM daarnaast verschillende rollen die conceptueel (redelijk) van elkaar gescheiden kunnen worden

Ten eerste is de DSM is benaderd als theorie. Het lijkt erop dat enkele eigenschappen die we doorgaans aan theorieën koppelen ook aan de DSM toegeschreven kunnen worden. Het geeft richtlijnen voor wat een stoornis is, die gebruikt (kunnen) worden als een definitie van de term 'stoornis'. Daarbij classificeert het handboek stoornissen en geeft daarmee een weergave van samenhangende verschijnselen. Ook is de DSM een diagnostisch hulpmiddel voor clinici. Hoewel de status van de DSM in de klinische praktijk niet altijd even helder is, levert het handboek voor psychologen bruikbare heuristieken op en een gemeenschappelijke taal.

Daarnaast begint vrijwel al het onderzoek dat wordt verricht naar de stoornissen zelf of de behandeling ervan met een hypothese over een stoornis. Een stoornis zoals gecategoriseerd in de DSM. Het vinden van onderzoeksdeelnemers gaat middels inclusie- en exclusie-criteria, die gebaseerd zijn op de diagnostische criteria. Door onder andere Collins en Hacking worden enkele moeilijkheden wat betreft onderzoek naar sociale fenomenen toegelicht. Men kan er echter niet omheen dat de DSM het enige startpunt is om mentale aandoeningen te kunnen onderzoeken.

Daarnaast wordt de DSM, vooral door de DBC-systematiek, ook gebruikt om de gezondheidszorg vorm te geven. De declaratiestructuur van de GGZ is gebaseerd op de diagnostische categorieën in de DSM. Zorgaanbieder en zorginkopers krijgen zo inzicht en invloed op de kwaliteit en kosten van de geboden hulp. Hoewel er geen onomstotelijk bewijs voor geleverd kan worden lijkt ook de farmaceutische industrie gekoppeld aan het ontwikkelen en gebruik van de DSM.

Tot op zekere hoogte vervult de DSM dus gelijktijdig alle bovenstaande functies. Hierbij zijn enkele gebruikers, zoals de patiënten en onderwijsinstellingen, zelfs nog buiten beschouwing gelaten. Voor iedere functie, die hier los van andere functies beschouwd is, vindt men haken en ogen. De facto lopen de verschillende functies en rollen echter in elkaar over en door elkaar heen. Deze (in realiteit onafscheidbare) multifunctionaliteit zal ook reden zijn voor het feit dat het diagnostisch handboek niet voor iedere setting over de perfecte eigenschappen beschikt. Dit komt heel duidelijk naar voren wanneer we ons bedenken dat de bedoelde hoofdgebruikers clinici zijn, maar de ontwikkelaars van het handboek zijn onderzoekers. Desalniettemin lijkt het gebruik van de DSM onlosmakelijk verbonden met vele verschillende delen van het psychologische werkveld.

Maakt de multifunctionaliteit de DSM tot een wanproduct? Het antwoord is ontkennend: nee, die stelling gaat te ver. Het is belangrijk om, als gebruiker van de DSM, te onthouden dat het niet één functie heeft, maar meerdere. Deze functies hebben wij (de psychologen, onderzoekers, GGZ-instellingen, beleidsmakers, de maatschappij) het handboek zelf in de loop der jaren toebedeeld. Het is wellicht mogelijk om een conceptuele scheiding aan te brengen wat betreft de verschillende functies van de DSM, maar in de werkelijkheid gaat dat niet. Zo steekt de psychologie ook niet in elkaar. De diagnostische criteria beschrijven een deel van de werkelijkheid die dynamisch is. Mede door

wisselwerking tussen het gebruik van het handboek, het denken over psychische stoornissen en het voordoen van mentale aandoeningen zijn diagnostische criteria niet statisch. We kunnen niet zonder classificatiesystemen zoals de DSM. Maar het is wel een feit dat zo'n systeem altijd aan verandering onderhevig zal zijn.

Literatuur

Artikelen

Anand, S., & Malhi, G. S. (2011). From manual to Bible: The questionable hegemony of DSM IV. *Australian And New Zealand Journal Of Psychiatry, 45(5*), 348-350.

American Psychiatric Association, 2000. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* 4th edition, textual revision. Washington, D.C: American Psychiatric Association.

Bockting, C., Kok, G., van der Kamp, L., Smit, F., van Valen, E., Schoevers, R., & Beck, A. (2011). Disrupting the rhythm of depression using mobile cognitive therapy for recurrent depression: Randomized controlled trial design and protocol. *BMC Psychiatry* 11:12.

Bockting, C. H., Elgersma, H. J., van Rijsbergen, G. D., de Jonge, P., Ormel, J., Buskens, E., & Hollon, S. D. (2011). Disrupting the rhythm of depression: Design and protocol of a randomized controlled trial on preventing relapse using brief cognitive therapy with or without antidepressants. *BMC Psychiatry* 11:8.

Clegg, J. W. (2012). Teaching about mental health and illness through the history of the DSM. *History Of Psychology, 15*(4), 364-370.

Collins, H. M. (1985). *Changing order: Replication and induction in scientific practice*. London: SAGE Publications.

Cosgrove, L., Krimsky, S., Vijayaraghavan, M., & Schneider, L. (2006). Financial ties between DSM-IV panel members and the pharmaceutical ndustry. *Psychotherapy And Psychosomatics*, 75(3), 154-160.

Eurelings-Bontekoe, E.H.M., & Snellen, W.M. (2003) *Dynamische persoonlijkheidsdiagnostiek.* Amsterdam, Pearson.

Fogteloo, M. (2008). Staatstherapie. *De Groene Amsterdammer*. Geraadpleegd op 26 juli 2013: http://www.groene.nl/2008/47/staatstherapie

Gray, P (2007). *Psychology*. New York, Worth publishers.

Hacking, I., 1995. The looping effects of human kinds, in D. Sperber, D. Premack & A.J. Premack (eds.). *Causal cognition: A multidisciplinary debate.* Oxford: Clarendon Press: 351–394.

Kendell, R., & Jablensky, A. (2003). Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *The American Journal Of Psychiatry, 160(1)*, 4-12.

Kendler, K. S., Muñoz, R. A., & Murphy, G. (2010). The development of the Feighner criteria: A historical perspective. *The American Journal of Psychiatry, 167*(2), 134-142.

Miniati, M. M., Rucci, P. P., Benvenuti, A. A., Frank, E. E., Buttenfield, J. J., Giorgi, G. G., & Cassano, G. B. (2010). Clinical characteristics and treatment outcome of depression in patients with and without a history of emotional and physical abuse. *Journal Of Psychiatric Research, 44(5)*, 302-309

Phillips, J., Frances, A. & Cerullo, M. A., (2012). The six most essential questions in psychiatric diagnosis: A pluralogue part 1: Conceptual and definitional issues in psychiatric diagnosis. *Philosophy, Ethics, And Humanities In Medicine*, (7:3) 1-29.

Phillips, J., Frances, A., & Cerullo, M. (2012). The six most essential questions in psychiatric diagnosis: a pluralogue part 2: issues of conservatism and pragmatism in psychiatric diagnosis. *Philosophy, Ethics, And Humanities In Medicine*, (7:8) 1-16.

Phillips, J., Frances, A., & Cerullo, M. (2012). The six most essential questions in psychiatric diagnosis: a pluralogue part 3: issues of utility and alternative approaches in psychiatric diagnosis. *Philosophy, Ethics, And Humanities In Medicine*, (7:3) 1-15.

Phillips, J., Frances, A., & Cerullo, M. (2012). The Six Most Essential Questions in Psychiatric Diagnosis: A Pluralogue Part 4: General Conclusion. *Philosophy, Ethics, And Humanities In Medicine*, (7:14) 1-25.

Roelofs, J., van Breukelen, G., de Graaf, L., Beck, A. T., Arntz, A., & Huibers, M. H. (2013). Norms for the Beck Depression Inventory (BDI-II) in a large Dutch community sample. *Journal Of Psychopathology And Behavioral Assessment*, 35(1), 93-98.

Salkind, N.J. (2009). *Exploring research.* New Jersey, Pearson Education.

Stein, D.J., Phillips KA, Bolton D, Fulford KWM, Sadler JZ, Kendler KS (2010). What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DSM-V. *Psychological Medicine 40(11)* 1759-1765.

Van Loo H.M., de Jonge P., Romeijn J.W., Kessler R.C., Schoevers R.A. (2012) Data-driven subtypes of major depressive disorder: a systematic review. *BMC Medicine* 156 (10).

World Health Organization. (1992). *ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems* (10th rev ed.). Geneva: WHO.

Zimmerman, M., Martinez, J. H., Friedman, M., Boerescu, D. A., Attiullah, N., & Toba, C. (2013). Determining severity subtypes of depression with a self-report questionnaire. *Psychiatry Research*, 206(1), 98-102.

Zimmerman, M., & Galione, J. (2010). Psychiatrics' and nonpsychiatrist physicians' reported use of the DSM-IV criteria for major depressive disorder. *Journal Of Clinical Psychiatry,71(3*), 235-238.

Websites

DBC- onderhoud:
http://www.dbconderhoud.nl/geestelijke-gezondheidszorg/menu-id-51

Geraadpleegd op 25 juli 2013.

Stanford Encyclopedia of Philosophy – Psychiatry:
http://plato.stanford.edu/entries/psychiatry/
Geraadpleegd op 20 juni 2013.

Bijlagen

Bijlage 1

Overzicht van de GAF-scores, gebaseerd op de DSM-IV-TR handboek editie (APA, 2000, p 76-77)

GAF-score						
GAF	**Verschijnselen**		**Sociaal functioneren**		**Overig functioneren**	**Voorbeeld**
100-91	Geen	EN	Uitstekend	EN	Uitstekend	Steun en toeverlaat voor anderen vanwege positieve kwaliteiten
90-81	Geen of minimaal	EN	Goed en effectief	EN	Niet meer dan alledaagse problemen	Lichte examenangst
80-71	Voorbijgaande, passende reacties op psychosociale stress	EN	Beperkte hinder in de sociale omgang	OF	Beperkte hinder werk/school	Werk/studie tijdelijk minder goed, concentratie vermindering na ruzie
70-61	Enkele, lichte mate van ernst	OF	Enkele betekenisvolle contacten	OF	Enige problemen, toch redelijk functioneren	Sombere stemming, soms spijbelen, slapeloosheid
60-51	Enkele, matig ernstig	OF	Weinig contacten, al dan niet conflictueus	OF	Werkconflicten	Af en toe paniekaanval, vlak affect, wijdlopige spraak
50-41	Enkele, in ernstige mate	OF	Geen vrienden	OF	Verlies van werk	Suïcidale ideaties, dwangmatige rituelen
40-31	Enige beperkingen in realiteitstoetsing, communicatie of oordeelvorming	OF	Vermijding sociale contacten	OF	Niet in staat om te werken of voor gezin te zorgen	Onlogische spraak, depressie met isolement
30-21	Gedrag beïnvloed door wanen en hallucinaties, of ernstige beperkingen in communicatie of oordeelvorming	OF	Helemaal geen contacten	OF	Niet in staat te functioneren op bijna alle terreinen	Bizar of verward gedrag, aldoor in bed, dakloos, preoccupatie met suïcidale ideaties
20-11	Enig gevaar voor zichzelf of anderen, grove beperkingen in de communicatie	OF	Agressief gedrag	OF	Af en toe ernstige verwaarlozing van persoonlijke hygiëne	Suïcidepoging zonder doodsverwachting, manie, mutisme
10-1	Voortdurend ernstig gevaar voor zichzelf of anderen	OF	Terugkerende gewelddadigheden	OF	Totale zelfverwaarlozing	Ernstige suïcidepoging met sterke doodsintentie

Bijlage 2

Uit de Nederlandse vertaling van de beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR (APA, 2000, p210-212).

- **Depressieve episode**
  (Major Depressive Episode)

A. Vijf (of meer) van de volgende symptomen zijn binnen dezelfde periode van twee weken aanwezig geweest en wijzen op een verandering ten opzichte van het eerdere functioneren; ten minste een van de symptomen is ofwel (1) depressieve stemming, ofwel (2) verlies van plezier of interesse.

N.B.: Sluit symptomen uit die duidelijk het gevolg zijn van een somatische aandoening of stemmingsincongruente wanen of hallucinaties.

(1) depressieve stemming gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag zoals blijkt uit ofwel subjectieve mededelingen (bijvoorbeeld voelt zich verdrietig of leeg) ofwel observatie door anderen (bijvoorbeeld lijkt betraand). **N.B.:** Kan bij kinderen of adolescenten ook prikkelbare stemming zijn.
(2) duidelijke vermindering van interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag (zoals blijkt uit subjectieve mededelingen of uit observatie door anderen)
(3) duidelijke gewichtsvermindering zonder dat een dieet gehouden wordt of gewichtstoename (bijvoorbeeld meer dan 5 procent van het lichaamsgewicht in één maand), of bijna elke dag afgenomen of toegenomen eetlust. **N.B.:** Bij kinderen moet gedacht worden aan het niet bereiken van de te verwachten gewichtstoename.
(4) insomnia of hypersomnia, bijna elke dag
(5) psychomotorische agitatie of remming (waarneembaar door anderen, en niet alleen maar een subjectief gevoel van rusteloosheid of vertraging), bijna elke dag
(6) moeheid of verlies van energie, bijna elke dag
(7) gevoelens (die waanachtig kunnen zijn) van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens (niet alleen maar zelfverwijten of schuldgevoel over het ziek zijn), bijna elke dag
(8) verminderd vermogen tot nadenken of concentratie of besluiteloosheid (ofwel subjectief vermeld ofwel geobserveerd door anderen), bijna elke dag
(9) terugkerende gedachten aan de dood (niet alleen de vrees dood te gaan), terugkerende suïcidegedachten zonder dat er specifieke plannen gemaakt zijn, of een suïcidepoging of een specifiek plan om suïcide te plegen

B. De symptomen voldoen niet aan de criteria van een 'gemengde episode'.

C. De symptomen veroorzaken in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal en beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.

D. De symptomen zijn niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld hypothyreoïdie).

E. De symptomen zijn niet eerder toe te schrijven aan een rouwproces, dat wil zeggen na het verlies van een dierbaar persoon zijn de symptomen langer dan twee maanden aanwezig of

zijn zij gekarakteriseerd door duidelijke functionele beperkingen ziekelijke preoccupatie met gevoelens van waardeloosheid, suïcide-gedachten, psychotische symptomen of psychomotorische vertraging.