

Het fenomeen van de 'diagnostische inflatie' in de psychiatrie –

Een kritische reflectie op Allen Frances: *Terug naar normaal*



Michelle Boedhoe

Studentnummer: 339905

Bachelorthesis filosofie van de geneeskunde 10 ECTS

Leerstoelgroep: Filosofie van Mens en Cultuur

Datum voltooiing: 2 augustus 2015

Begeleider: Dr. A.W. Prins

Adviseur: Dr. T.K.A.M. de Mey

Aantal woorden: 11.595

Inhoudsopgave

1. Inleiding	3
2. Allen Frances: ‘Terug naar normaal’	5
2.1 Het belang van ‘normaal’	5
2.2 Oorzaken diagnostische inflatie	7
2.3 Gevolgen diagnostische inflatie	9
2.4 Afremmen van de inflatie	12
3. Kritische reflectie	14
3.1 Allen Frances	14
3.2 Hedendaags debat	18
3.3 Conclusie	21
4. Noten	22
5. Literatuurlijst	25

1. Inleiding

'Primum non nocere.' Ten eerste, doe geen kwaad. Dit is het eerste principe van de geneeskunde. Hierop volgen de principes: goed doen, respect voor autonomie en rechtvaardigheid.¹ Deze vier principes worden ons al in de eerste weken van de opleiding geneeskunde bijgebracht. We horen ons bij iedere tentamenvraag af te vragen met welke behandeling we de patiënt het minst kwaad zullen doen en het meest goed zullen doen, of we genoeg rekening houden met de autonomie van de patiënt en of we bij de gemaakte beslissing in staat zijn om alle patiënten gelijk te behandelen. Deze gedachtegang zal zich voortzetten in de rest van onze carrière, als we lang en breed de eed van Hippocrates hebben afgelegd waarin we zweren ons aan deze principes te houden.²

Tijdens één van mijn eerste colleges werd er gevraagd waarom iedereen had gekozen voor de opleiding geneeskunde. Het antwoord van de meesten, en ook van mij, luidde: Om mensen te helpen. Aan het eind van onze opleiding willen we in staat zijn om met onze opgedane kennis en vaardigheden zieke mensen weer beter te maken. Dat de opleiding echter geen magische school is waar we een toverstok uitgereikt krijgen om dit doel te bereiken, werd mij in de eerste paar jaar duidelijk. Veel van de ziekten waar mensen aan lijden zijn chronisch en het is vaak niet mogelijk om meer te doen dan symptomen te bestrijden. Dit betekent niet dat artsen niets kunnen bereiken voor hun patiënten. Er is een groot aantal ziekten die wel genezen kunnen worden en ook symptoombestrijding wordt omarmd. Leed kan verzacht worden door onder andere pijnbestrijding en door ervoor te zorgen dat mensen minder belemmerd zijn in hun dagelijks leven. In bepaalde situaties kan de grens tussen niet schaden en weldoen erg dun zijn, bijvoorbeeld wanneer een bepaalde behandeling voor een ziekte ernstige bijwerkingen heeft. Daar komt bij dat ieder persoon uniek is, waardoor het vaak lastig te voorspellen is of de positieve effecten van een behandeling opwegen tegen de nadelen.

Het onderscheid tussen een ziek en gezond individu valt bij veel specialisaties relatief eenvoudig te maken, omdat er gebruik gemaakt kan worden van aanvullend onderzoek, zoals lab- en beeldvormend onderzoek. Bij psychische klachten is dit lastiger, omdat er in de psychiatrie geen lab- of beeldvormend onderzoek bestaat om bij te dragen aan een diagnose. Wie bepaalt dan wanneer psychische klachten meer dan slechts ongemakken zijn? Wanneer is een persoon psychisch normaal en gezond en wanneer is iemand ziek? Ik heb veel respect voor de psychiatrie die zich met deze lastige vragen bezig houdt. Het is in mijn optiek essentieel dat we ons afvragen wanneer iemand normaal is, hoe we personen met psychische klachten het beste kunnen helpen en of de manier waarop we dat vandaag de dag doen wel goed is. Op dit moment heb ik nagenoeg geen ervaring in de klinische praktijk, waardoor het voor mij niet mogelijk is om op deze vragen een antwoord te formuleren gebaseerd op eigen belevenissen. Ik heb tijdens mijn opleiding filosofie echter geleerd dat het niet erg is om geen absoluut antwoord te kunnen formuleren op een moeilijke vraag. Het belangrijke is dat je je realiseert dat het een lastige vraag is die het desondanks waard is om een antwoord op te zoeken. Een dergelijke lastige vraag, zij is in de titel al aangeduid, wil ik in deze scriptie onderzoeken.

De Diagnostic and Statistical Manual (DSM) is een handboek in de psychiatrie waarin alle psychiatrische diagnoses zijn opgenomen. Het wordt wereldwijd door behandelaars in de

geestelijke gezondheidszorg gebruikt om diagnoses op te stellen en een behandeling te bepalen, zorgverzekeraars baseren hun vergoedingsbeleid erop en de overheid gebruikt het om speciale voorzieningen te verstrekken aan de maatschappij. Het boek neemt binnen de psychiatrie dus een vooraanstaande positie in. Toen de American Psychiatric Association (APA) besloot om in 2013 een nieuwe editie, de DSM-5, uit te brengen, klonk echter uit veel richtingen protest. Het handboek zou namelijk meer kwaad dan goed doen.^{3*}

De grootste criticus is Allen Frances. Frances is een man die jarenlang als psychiater gewerkt heeft. Door zijn kennis en ervaring is hij gevraagd om mee te werken aan de DSM-III (1980) wat hem vervolgens de expertise opleverde om de leiding te nemen over de DSM-IV (1994). Hij heeft dus veel praktijkervaring en mag zichzelf terecht een kenner noemen van de DSM.^(TN, 10-12) Hij beschrijft zijn zorgen over de DSM-5 in het boek 'Terug naar normaal' (2013), dat zal fungeren als basis van mijn scriptie. In dit boek beschrijft hij het fenomeen van de 'diagnostische inflatie', het fenomeen dat na het uitkomen van de DSM-IV het voorkomen van veel psychiatrische ziekten aanzienlijk is gestegen, en hij voorziet met de komst van de DSM-5 wederom een toename. Volgens Frances zijn behandelaars tegenwoordig steeds meer gericht op weldoen waardoor er vergeten wordt om in de eerste plaats geen schade te berokkenen. Mensen zijn minder vaak 'normaal' en lijken sneller een label te krijgen met een psychiatrische diagnose. Het doel van Frances is om zijn lezer bewust te maken van de diagnostische inflatie en te laten realiseren dat het tijd is om hier actief tegenin te gaan.

In deze scriptie zal ik de inzet van het boek van Frances uiteenzetten om er vervolgens kritisch op te reflecteren. Mijn interesse gaat er naar uit in hoeverre de zorgen van Frances terecht zijn, of er daadwerkelijk sprake is van een diagnostische inflatie en van medicalisering van de samenleving en wat we hieraan kunnen doen. Ik kan niet beloven dat ik een definitief antwoord zal vinden op deze vragen, maar zoals u heeft kunnen lezen, is de filosofie een oefening in vragen en is de weg soms belangrijker dan de bestemming.

Ik hoop dat u deze scriptie met hetzelfde plezier zult lezen als waarmee ik hem heb mogen schrijven.

* Verdere referenties naar Allen Frances: 'Terug naar normaal' worden aangegeven met (TN, paginanummer)

2. Allen Frances: 'Terug naar normaal'

In het boek 'Terug naar normaal' bekritiseert Allen Frances de DSM-5 die is verschenen in 2013. De DSM staat voor 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders' en wordt doorgaans beschouwd als 'De Bijbel' van de psychiatrie.^(TN, 10) Frances heeft in de jaren '70 meegewerkt aan de DSM-III (1980), DSM-III-R (1987) en was hoofdredacteur van de DSM-IV (1994). Daarom heeft hij de impact van deze boeken op de psychiatrie, de gehele gezondheidszorg en de maatschappij van dichtbij meegemaakt en kunnen ervaren en voorziet hij op basis van zijn eigen ervaring het gevaar dat met de komst van de DSM-5 gepaard gaat. In zijn boek analyseert hij met name de oorzaken en de gevolgen van psychiatrische 'hypes'.

In de VS zijn na het uitkomen van de DSM-IV de diagnostische aantallen van een aantal psychiatrische ziekten, waaronder Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), bipolaire stoornis en autisme, aanzienlijk gestegen. Frances verwacht na het uitkomen van de DSM-5 wederom een stijging. Deze wordt mede veroorzaakt door nieuw opgenomen diagnoses en nieuwe criteria voor bekende diagnoses. Deze veranderingen hebben gemeen dat ze het begrip 'normaal' versmallen. Hierdoor worden mensen dus minder snel als normaal beschouwd, wat een toename van psychiatrische patiënten tot gevolg heeft. Voor deze diagnostische inflatie is volgens Frances niet slechts de DSM verantwoordelijk, ook de farmaceutische industrie speelt hierbij een aanzienlijke rol.

Door de lezer bewust te maken van de oorzaak en de gevolgen van de diagnostische inflatie, probeert Frances hem ervan te overtuigen dat het tijd is om hier tegenin te gaan.

2.1 Het belang van 'normaal'

In de geneeskunde speelt het begrip 'normaal' een centrale rol. Dit begrip wordt meestal uitgedrukt in de term 'gezond'. Het streven van de geneeskunde is om een patiënt die niet gezond is weer gezond te maken. Dat wil zeggen: zo te behandelen, dat de patiënt weer normaal kan functioneren. Er is dus een duidelijk doel, maar volgens Frances weten we op dit moment steeds minder goed wat dit doel nu eigenlijk inhoudt, omdat we vanwege de diagnostische inflatie niet meer weten wat 'normaal' is. Hij wijst er bovendien op hoe lastig dit begrip te definiëren is, hoewel we het begrip in het dagelijks leven voortdurend gebruiken. Het woordenboek probeert een definitie te geven, evenals de statistiek, de psychologie, de World Health Organisation (WHO), de sociologen en de antropologen, en toch slagen ze er niet in een eenduidig beeld te verschaffen.

Het woordenboek, Oxford English Dictionary, definieert 'normaal' als tegenstelling van 'abnormaal', wat dus tautologisch en nietszeggend is.^(TN, 22)

De normaalverdeling die wordt gebruikt in de statistiek kan ons vertellen wat het gemiddelde is en hoe gemeten waarden zich verhouden ten opzichte van het gemiddelde. Zij vertelt ons echter niet wanneer een afwijking van het gemiddelde niet meer als normaal beschouwd moet worden. We zien dit duidelijk terug in psychologische testen; we kunnen het gemiddelde bepalen, maar of een afwijking van dit gemiddelde nog als normaal beschouwd moet worden, wordt niet bepaald door de uitslag. Frances benoemt een pijnlijk gevolg van het feit dat te vaak wordt vergeten dat een grens wordt bepaald door de context en niet door de uitslag. Zo wordt in de Verenigde Staten mede op basis van IQ besloten of bij iemand de

doodstraf mag worden uitgevoerd. De grens ligt hierbij op een persoon met een IQ van 70, een nietig onderscheid van een persoon met een IQ van 71, met zware gevolgen.^(TN, 30)

In 1948 is de definitie van 'gezondheid' door de WHO als volgt bepaald: 'Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn en niet enkel de afwezigheid van ziekte.' Als we deze definitie zouden hanteren, zou niemand meer gezond zijn. Want wie kan er nu zeker spreken van een 'toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn en niet enkel de afwezigheid van ziekte'?^(TN, 26) En wie bepaalt wat dit 'volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn' eigenlijk inhoudt?

In de sociologie en antropologie stuit men op het probleem dat er bijna geen cultureel universele normen lijken te bestaan. Culturen verschillen in hun normen, omdat hun voortbestaan in de geschiedenis op een verschillende manier bedreigd werd en ze zich dus op verschillende manieren moesten beschermen. Genetisch zijn er echter grote overeenkomsten bij de hedendaagse mensheid. Dit kan verklaard worden door de 'Toba Super Eruption' die 70.000 jaar geleden plaatsvond. Dit was een enorme vulkaanuitbarsting, ter hoogte van waar tegenwoordig Indonesië ligt, die verantwoordelijk was voor het vergaan van bijna de gehele mensheid. De hedendaagse mensheid bestaat dus uit afstammelingen van de paar duizend mensen die destijds de eruptie hadden overleefd en komen daardoor genetisch erg overeen. Culturele verschillen zijn dus, in het licht van de genetische overeenkomsten, letterlijk slechts oppervlakkig.^(TN, 39)

Frances gebruikt een evolutionaire benadering om het belang van het begrip 'normaal' te verklaren. Mensen zijn sociale wezens die altijd al in groepsverband hebben geleefd. Het is in het belang van de groep, en daardoor ook van het individu, dat het individu functioneert in het welzijn van de groep en het gedrag van de groep nabootst. Er wordt gestreefd naar een bepaalde norm voor het gedrag van de groep. Dit komt overeen met het praktijkgericht utilitarisme waar de filosofie zich op richt. Deze theorie gaat ervan uit dat 'normaal' geen universele betekenis heeft, maar afhankelijk is van perceptie en kan variëren in tijd en plaats. 'Normaal' is dan wat in een bepaalde setting 'het grootste goed voor het grootste aantal' bevordert. Wat dan 'goed' zou zijn en hoe je de aantallen zou moeten meten, is dan nog de vraag.^(TN, 23)

Het praktijkgerichte utilitarisme vormt de basis voor de diagnostisering in de psychiatrie. In de DSM wordt voor iedere psychiatrische stoornis een lijst met criteria opgesteld waarbij de patiënt aan een bepaald aantal van deze criteria moet voldoen voor een bepaalde tijd om gediagnosticeerd te kunnen worden met een bepaalde ziekte. Dit lijkt op een objectieve methode van diagnostisering, mits de grenzen en criteria in het echte leven inderdaad zo gemakkelijk afgebakend zouden kunnen worden als op papier. Frances spreekt van 'Het gezondheid/ziekte-continuüm', waarbij er verschillende gradaties van ziek en gezond bestaan. Dit continuüm verloopt als volgt: 'duidelijk ziek' – 'matig ziek' – 'waarschijnlijk gezond' – 'beslist gezond'. Een 'duidelijke zieke' persoon valt gemakkelijk te onderscheiden van een 'beslist gezonde' persoon, omdat zij zich aan de uiteinden van het continuüm bevinden. Het onderscheid tussen iemand die 'matig ziek' is en iemand die 'waarschijnlijk gezond' is, is lastiger te maken. De DSM, die er in eerste instantie op was gericht onderdiagnostiek tegen te

gaan door de grens tussen 'duidelijk zieke' en 'matig zieke' mensen te vervagen, lijkt te ver te zijn doorgesloten en includeert steeds meer de mensen die 'waarschijnlijk gezond' zijn, met de diagnostische inflatie als gevolg.

De conclusie die Frances hieruit trekt luidt dan ook: 'Vooralsnog(...) is 'normaal' dus een sociologisch dwaallicht. Er bestaat geen norm voor normaal.'^(TN, 32)

2.2 Oorzaken diagnostische inflatie

Tegenwoordig worden verschillende redenen genoemd voor de toename van psychiatrisch zieken. Er zijn drie populaire theorieën hierover die volgens Frances alle drie onjuist zijn: Eén veel gehoorde theorie is dat we zieker zouden worden door de gestreste maatschappij waar we in leven. Volgens Frances is dit niet waar, in vergelijking met onze voorouders leven we juist in een rustig tijdperk waarin we over het algemeen niet dezelfde ernstig stressvolle situaties meemaken. Zo houden we ons tegenwoordig minder bezig met dagelijks gevaar, zoals aangevallen worden door wilde dieren, en hoeven we ons minder zorgen te maken over het bevredigen van basisbehoeften, zoals het verkrijgen van onze volgende maaltijd. Een andere theorie is dat vaccins psychiatrische ziekten kunnen veroorzaken. Ook deze theorie is ontkracht, doordat bewezen is dat de oorsprong van deze theorie ligt bij verkeerd uitgevoerd onderzoek.^(TN, 95) De laatste onjuiste theorie luidt dat onze maatschappij niet zieker geworden is, maar we beter in staat zijn om ziekten te herkennen. Volgens Frances klopt het dat we beter in staat zijn om ziekten te herkennen, maar hij schrijft dit toe aan slechts een deel van de toename van ziektebeelden.

De ware oorzaken van de diagnostische inflatie zijn volgens Frances grimmiger. Om te beginnen beweert hij dat er sprake is van epidemiologische misrekeningen.^(TN, 99) In de Verenigde Staten worden de diagnostische aantallen door epidemiologen gemeten die telefonische interviews afnemen bij een populatie die representatief is voor de gehele bevolking. Omdat epidemiologen vrijwel geen kennis hebben van de psychiatrie interpreteren zij hun interviews systematisch verkeerd waardoor de diagnostische aantallen overschat worden.

Een andere oorzaak is de werkwijze van de Amerikaanse ziektekostenverzekeringen.^(TN, 98) Een door een arts gestelde diagnose kan namelijk de deur openen tot bepaalde voorzieningen voor de patiënt. Zo is onder andere de diagnose posttraumatische stressstoornis (PTSS) een voorwaarde voor het ontvangen van een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Voor de arts geldt bovendien dat hij pas vergoed wordt voor zijn diensten bij het stellen van een diagnose. Het zo snel mogelijk stellen van een diagnose is hierdoor aantrekkelijker voor zowel de arts als de patiënt. De kans dat deze diagnose onjuist is, is zo echter wel groter.

Patiënten zijn in de VS bovendien te vaak onder behandeling van een huisarts in plaats van een psychiater voor hun psychische klachten. Hoewel huisartsen hun patiënten vaak het best kennen, zijn ze op verschillende manieren beperkt in het correct diagnosticeren en behandelen van psychische klachten. Zo hebben ze doorgaans te weinig tijd om met de patiënt te praten, wat essentieel is om de klacht goed in beeld te brengen, en hebben velen van hen te weinig kennis over de psychiatrie.^(TN, 116)

De hoofdoorzaak van de diagnostische inflatie ligt volgens Frances echter bij de farmaceutische industrie, die het gebruikt als middel voor hun doel: Geld verdienen. In het kort luidt zijn conclusie dat door middel van het initiëren en versterken van psychiatrische hypes, mede door het misbruiken van de DSM-criteria, de farmaceutische industrie verantwoordelijk gehouden kan worden voor de ziekmakerij van onze maatschappij. Als de maatschappij zieker is, heeft ze meer medicatie nodig en als leverancier daarvan zien zij zo het geld binnen rollen. Dit is een heftige bewering om te maken, maar volgens Frances is zij wel gegrond.^(TN 103-105, 108)

Eén van de lastige aspecten van de psychiatrie is dat er geen lab-onderzoeken bestaan om een diagnose te ondersteunen. Het komt op de expertise van de arts aan om de juiste diagnose te stellen, waardoor deze beïnvloedbaar en onbewust subjectief kan zijn. De farmaceutische industrie maakt hier slim gebruik van. Hoewel men vaak denkt dat de hoge kosten van medicatie voortkomen uit de kosten van het medisch onderzoek, is dit volgens Frances niet het geval. De farmaceutische industrie geeft per jaar 60 miljard dollar uit aan reclame, wat meer dan twee keer zoveel is als wat ze uitgeven aan wetenschappelijk onderzoek. Het geld wordt niet slechts gebruikt om patiënten te beïnvloeden met reclamespotjes op tv, maar ook om de gedachten van onder andere politici, artsen en wetenschappers te sturen. Dit gebeurt onder andere door het organiseren en financieren van nascholing van artsen, door financiering van wetenschappelijk onderzoek en door financiering van tijdschriften en consumentenbelangenorganisaties.^(TN, 106) Zo worden patiënten ongerust gemaakt en artsen sneller overtuigd om te behandelen. 'De beste manier om psychofarmaca te slijten is door psychiatrische ziekten te slijten,' aldus Frances. Volgens hem is de westerse maatschappij bovendien te perfectionistisch geworden, waardoor mensen minder snel als gezond en normaal beschouwd worden.^(TN, 178)

Frances benadrukt de homeostase van de mens, het verlangen naar balans en evenwicht dat heerst in ons lichaam, en dat we daar in eerste instantie op moeten vertrouwen voor we naar medicatie overstappen. Tijd heelt niet alle wonden, daarom is medicatie en therapie zeker niet altijd overbodig. Desondanks als we ons de tijd geven, zijn we in staat veel van de psychische klachten die we allemaal weleens ervaren zelf op te lossen. Veel psychiatrische klachten zouden dus voorbijgaan en geen medicatie nodig hebben om genezen te worden. Uit vroegere geneeswijzen kunnen we afleiden dat mensen van oudsher graag een vorm van medicatie willen innemen om zich beter te voelen.^(TN, 166) Frances verwijt de placeborespons voor het rechtvaardigen van overmatig medicijngebruik. Een placeborespons wil zeggen dat hoewel een medicijn niet werkzaam is, als men gelooft dat deze wel werkt, het wel kan helpen. Als een patiënt na verloop van tijd dan beter wordt en de psychische klachten afnemen, kan niet bewezen worden of dit veroorzaakt is door de medicatie. De placeborespons kan zo goede resultaten opleveren voor het medicijn en patiënten zijn er op deze manier vaak levenslang aan gebonden.

De DSM-IV was in 1994 verschenen en uitgerekend rond dezelfde tijd kreeg de farmaceutische industrie toestemming om reclame te maken. Om ADHD als voorbeeld te nemen: Na het verschijnen van de DSM-IV is de prevalentie drie keer zo groot geworden. De schrijvers van de DSM zouden hier zelf schuldig aan zijn, door een veranderde woordkeuze te hanteren die te ruim geïnterpreteerd zou kunnen worden. Hoe dan ook, het is de farmaceutische industrie die

hierop inspeelt en de diagnose ADHD volop adverteert om zo hun nieuw uitgekomen, veel duurder, medicijn te kunnen verkopen. De overheid is ook schuldig aan de toegenomen prevalentie door het verstrekken van extra voorzieningen, bijvoorbeeld extra begeleiding en extra tijd bij het maken van een toets, voor kinderen bij wie een diagnose is vastgesteld.^(TN, 151) Het is dus geen toeval dat er sprake was van een diagnostische inflatie na het uitkomen van de DSM-IV.

2.3 Gevolgen diagnostische inflatie

Met het praktijkgerichte utilitarisme als definitie van 'normaal' in gedachten is het bestaan van hypes, of deze zich nu in de muziek of in de psychiatrie uit, niet verwonderlijk. Echter kunnen de gevolgen van verschillende soorten hypes compleet verschillend uitpakken. Na het verschijnen van Goethes 'Die Leiden des jungen Werthers' in 1774, waarin de hoofdpersoon zelfmoord pleegde, vond er een zelfmoordepidemie plaats. Dergelijke epidemieën bewijzen dat kuddegedrag nog sterker kan zijn dan de wil om te overleven.^(TN, 136)

De onderliggende mechanismen van hypes zijn dus betrekkelijk gelijk, wat het volgens Frances mogelijk maakt om middels het bestuderen van de hypes uit het verleden te besluiten of de diagnoses die tegenwoordig vaak gesteld worden ook slechts hypes zijn.

De oudste hype voor het verklaren van ziek zijn is duivelse bezetenheid. Het geeft tegelijk een oorzaak voor de klachten, bezeten zijn van de duivel, als een remedie, het uitdrijven ervan.^(TN, 131) Hoewel men in bepaalde delen van de wereld hier nog in gelooft, zijn de meeste hypes uit de recentere geschiedenis van meer biomedische aard.

Aan het eind van de negentiende eeuw ontstonden de eerste drie neurowetenschappelijke hypes, neurologische ziekten die uiteindelijk niet bleken te bestaan: Neurasthenie, conversiestoornis en meervoudige persoonlijkheidsstoornis. Volgens Frances waren deze hypes een gevolg van het optimisme dat gepaard ging met de enorme toename van kennis over de werking van het brein destijds.

Neurasthenie betekent letterlijk zenuwzwakte. Het zou veroorzaakt worden door uitputting van de energievoorraad van het zenuwstelsel en daardoor lichamelijke en psychische zwakte tot gevolg hebben. De symptomen varieerden van zwakheid tot depressie, en van migraine tot winderigheid. Vrijwel alle ongemakken van het dagelijks leven zouden eronder kunnen vallen, wat het een nietszeggende diagnose maakt waarvan de theoretische oorzaak nooit bewezen is.^(TN, 137)

Bij een conversiestoornis had een patiënt last van onverklaarbare neurologische symptomen, die niet overeenkwamen met wat bekend was over de neurologische bouw. De meest voorkomende symptomen waren onder andere verlamningsverschijnselen, stuiptrekkingen en flauwvallen. Een patiënt kon door hypnose worden genezen en bij een gezond persoon konden door hypnose de symptomen worden opgewekt. Tegenwoordig is men van mening dat de conversiestoornis geen neurologische, maar een psychische oorzaak heeft en dat de lichamelijke klachten bewust of onbewust door de patiënt zijn gespeeld.^(TN, 139)

De meervoudige persoonlijkheidsstoornis (MPS) is een stoornis waarbij de patiënt meerdere, soms verborgen, persoonlijkheden bezit.^(TN, 141) Deze ziekte vertoont duidelijke kenmerken van een hype, omdat de aantallen van mensen met klachten van MPS steeds een

piek vertoonde wanneer er een populaire film over was uitgekomen, zoals na 'The Faces of Eve' in de jaren 50 en na 'Sybil' in de jaren 70.^(TN, 142) Frances beweert dat bij iedere patiënt die hij heeft meegemaakt met MPS de klachten pas tot uiting waren gekomen nadat de patiënt onder behandeling was geweest bij een psychotherapeut die geïnteresseerd was in de aandoening, na het toetreden tot een chatgroep op internet, na iemand met de aandoening te hebben ontmoet of na het kijken van een film waarin iemand eraan leed. De drang van mensen om kuddegedrag te vertonen, kwam duidelijk naar voren.^(TN, 143)

Na het uitkomen van de DSM-IV zijn de diagnostische aantallen van onder andere ADHD, autisme, bipolaire stoornis bij kinderen, sociale fobie, seksuele stoornissen, PTSS en depressie enorm gestegen. In tegenstelling tot de drie eerder genoemde neurologische aandoeningen geldt voor deze ziekten wel dat ze bestaan en dat er zeker mensen zijn die er last van hebben. Ze worden alleen te vaak gediagnosticeerd bij mensen die er niet aan lijden.

De prevalentie van ADHD is na het verschijnen van de DSM-IV verdriedubbeld. In dezelfde periode kreeg de farmaceutische industrie toestemming om reclame te maken voor medicatie en was er net een nieuw, duurder, medicijn voor de behandeling van ADHD op de markt gekomen.^(TN, 152) Uit een Canadees onderzoek is gebleken dat de geboortedatum van een kind bepalend is voor de kans dat hij wordt gediagnosticeerd met ADHD. Het onderzoek wees uit dat de jongste kinderen in een klas 70% meer kans hebben om gediagnosticeerd te worden met ADHD dan de oudste.^(TN, 151) Dit wijst op onterechte diagnoses bij kinderen die gewoon jonger zijn dan hun klasgenootjes en zich daarom anders gedragen. Het is logischer om te concluderen dat er niets aan de hand met de kinderen, maar met de manier van diagnosticeren. Er is dus sprake van een groot aandeel van fout-positieve diagnoses van de ziekte waardoor veel onnodige medicatie wordt ingenomen met schadelijke bijwerkingen, zoals slapeloosheid, nervositeit, hartritmestoornissen en groeiachterstand, tot gevolg.⁴ De medicatie wordt ook misbruikt door onder andere studenten als pepmiddel voor een tentamen of een feestje.^(TN, 153)

Het aantal diagnoses van bipolaire stoornis bij kinderen is in de tien jaar na het uitkomen van de DSM-IV 40 keer zoveel geworden.^(TN, 154) Wat eerst een zeldzame aandoening was, werd nu, mede door een soepelere definitie in de DSM, sneller gesteld. Kinderen worden antipsychotica en stemmingsstabilisatoren voorgeschreven. Dit zijn zware medicijnen met zware bijwerkingen. Onder andere is er sprake van snelle gewichtstoename en komen kinderen gemiddeld vijf kilo aan in twaalf weken.^(TN, 155) Het gevaarlijke aan het diagnosticeren van een bipolaire stoornis is, dat het een chronische ziekte betreft, waar dus levenslang medicatie voor ingenomen moet worden. Op de lange termijn kunnen de ernstige bijwerkingen zich uiten in obesitas en suikerziekte, dit heeft een lagere levensverwachting tot gevolg.^(TN, 156)

De prevalentie van autisme in de VS is gestegen van 0,05% naar 1,25%, deze is dus 25 keer zo groot geworden.^(TN, 156) Dit komt onder andere door de toevoeging van het 'syndroom van Asperger' in de DSM-IV als vorm van autisme. Dit zorgt voor een verbreding van de diagnose door de lat van symptomen lager te leggen. Het gaat dan om mensen die onder andere moeite hebben met sociale omgang en stereotype interesses hebben. Met dergelijke criteria is het lastig om mensen met het syndroom van Asperger te onderscheiden van normale mensen; waar trek je de grens dat bijvoorbeeld het hebben van bepaalde stereotype interesses niet meer beschouwd kan worden als een karaktereigenschap? Als de criteria uit de DSM goed

zouden worden toegepast, heeft de helft van de kinderen die gediagnosticeerd is met autisme onterecht deze diagnose gekregen volgens Frances. Deze kinderen worden gestigmatiseerd en krijgen niet de juiste hulp die ze nodig hebben.^(TN, 158)

Door een onzorgvuldige definitie in de DSM-IV en reclame vanuit de farmaceutische industrie is met de diagnose 'sociale fobie' van verlegenheid een ziekte gemaakt, die behandeld wordt met het medicijn Seroxat.^(TN, 162) Seroxat is een serotonineheropnameremmer (SSRI) en is daarom alleen werkzaam als de klachten van de patiënt daadwerkelijk worden veroorzaakt door een tekort aan serotonine.^(TN, 163) Volgens Frances is dit bij lang niet alle patiënten met sociale fobie het geval. Als de patiënt zich desondanks beter voelt bij het gebruik van de medicatie, vanwege het placebo-effect en omdat hij niet echt ziek is, zal hij het medicijn waarschijnlijk levenslang blijven gebruiken.

Zo zijn er ook nog de seksuele stoornissen en de depressie waar de prevalentie van, en het medicijn gebruik voor, na het uitkomen van de DSM-IV zijn gestegen. Hoewel het begon met de DSM-IV wijt Frances de diagnostische inflatie het meest aan de farmaceutische industrie die de criteria in de DSM-IV met opzet verkeerd zou interpreteren. Volgens hem heeft de DSM-IV op zichzelf niet veel verkeerd gedaan. Indien de criteria zorgvuldig zouden zijn toegepast, zou het een kleine rol spelen in de diagnostische inflatie, die ze niet hadden kunnen tegenhouden.^(TN 178-179)

Dit alles heeft tot gevolg gehad dat de verkoop van psychofarmaca gestegen is en die nu meer dan de helft van de omzet van de farmaceutische industrie uitmaakt.^(TN, 117) Steeds vaker worden bovendien te veel medicijnen tegelijk voorgeschreven, terwijl de aandacht voor psychotherapie daalt.^(TN 119-120) De schadelijke gevolgen voor de patiënten zijn onder andere het onnodig innemen van medicatie met allerlei nare bijwerkingen, het missen van een somatische diagnose en een stigma, wat nadelig kan werken in het krijgen of behouden van een baan, het afsluiten van een verzekering en het zelfbeeld.^(TN, 205) Dit zijn ernstige gevolgen voor de patiënt die een enorme impact kunnen hebben op zijn levensloop. De gevolgen betreffen echter niet slechts de patiënten, want de rest van de maatschappij lijdt ook onder de onnodig hoge kosten van de gezondheidszorg.

Het boek van Allen Frances is in 2013 verschenen als direct antwoord op de publicatie van de DSM-5 in hetzelfde jaar. Na de diagnostische inflatie na de DSM-IV te hebben meegemaakt, verwachtte hij nu wederom een diagnostische inflatie, een hyperinflatie. Op verschillende manieren zou de DSM-5 hier schuldig aan zijn.

De schrijvers waren te ambitieus in hun doelstellingen waarmee ze een paradigmaverschuiving wilden creëren. Ze wilden ten eerste de diagnostiek baseren op de bevindingen van de neurowetenschap. Dit is in theorie een goed idee, maar praktisch niet toepasbaar, omdat er niet genoeg kennis is om de psychiatrie en de neurowetenschap op de juiste manier aan elkaar te koppelen. Verder wilden ze zich richten op de vroege opsporing van ziekten en preventie ervan. Ook dit idee valt niet toe te passen in de praktijk, doordat lastig bewezen kan worden dat een risico op een ziekte zich zal uiteten in de ziekte en omdat er voor veel ziekten geen preventieve behandeling bestaat. Tenslotte wilden ze het stellen van diagnoses nauwkeuriger maken door symptomen uit te drukken in getallen. Dit zou in de

praktijk echter te complex worden en daardoor niet toepasbaar zijn.^(TN, 181) Deze doelstellingen hebben zich vertaald in nieuw opgenomen diagnoses en nieuwe criteria voor bestaande diagnoses. Een aantal van de nieuw opgenomen diagnoses zijn Disruptive Mood Dysregulation Disorder (DMDD) en Minor Neurocognitive Disorder (MND) en bij de criteria van onder andere klinische depressie zijn veranderingen opgetreden.

De diagnose DMDD is geïntroduceerd opdat de diagnose 'bipolaire stoornis bij kinderen' minder vlug gesteld wordt. Het includeert dus patiënten met soortgelijke, maar mildere symptomen als bij de bipolaire stoornis. Bij deze mildere variant is het echter lastig om de grens te bepalen tussen normale driftbuien en een psychische aandoening. Doordat er zo meer kans is op overdiagnostiek, is de kans groter dat het gebruik van antipsychotica onder kinderen stijgt, in plaats van dat deze zou dalen.^(TN, 187)

Hetzelfde geldt voor MND. Deze diagnose zou een voorspellende waarde moeten hebben op het ontwikkelen van dementie. Het is echter bijna onmogelijk het onderscheid te maken tussen deze fase voorafgaand aan dementie en de vergeetachtigheid die gepaard gaat met het ouder worden. Bovendien bestaat er ook geen behandeling voor MND waarmee dementie voorkomen kan worden of waarmee het dementerende proces vertraagd kan worden.^(TN, 191)

De grootste verandering in de criteria voor een depressieve stoornis is de tijdsfactor. In de DSM-IV was een depressieve episode een periode van twee weken van bepaalde symptomen en kon deze pas een depressieve stoornis worden genoemd als deze periode aanhield tot minstens twee maanden. In de DSM-5 wordt echter gesteld dat als men gedurende twee weken aan bepaalde depressieve klachten lijdt er al sprake is van een depressieve stoornis. Frances meent dat rouw, als een natuurlijke reactie op verlies, onterecht gediagnostiseerd zal worden als een depressieve stoornis. Rouw zal namelijk vaak langer dan twee weken duren, wat niet betekent dat de betreffende persoon aan een depressieve stoornis lijdt waar hij medicatie voor zou moeten gebruiken. Verdriet is een natuurlijke en nuttige reactie na verlies die niet als psychiatrische ziekte gediagnostiseerd moet worden.^(TN, 197)

Al deze veranderingen in de DSM hebben gemeen dat ze de grens voor 'normaal' versmallen en symptomen includeren die men eerder als persoonlijkheidskenmerken of ongemakken die horen bij het leven zou opvatten. Volgens Frances negeerden de schrijvers van de DSM-5 een cruciale vraag, namelijk of patiënten beter geholpen kunnen worden met de nieuwe diagnoses.^(TN, 184) De DSM-5 is wel getest in de praktijk voor hij werd gepubliceerd. Hoewel uit deze test bleek dat de diagnostiek minder betrouwbaar was, werden de criteria wegens tijd tekort niet herschreven en niet opnieuw getest.^(TN, 185)

2.4 Afremmen van de inflatie

Frances heeft zijn boek niet alleen geschreven om de wereld te vertellen dat er sprake is van een diagnostische inflatie. Hij wil hiermee ook iedereen aansporen om er iets tegen te doen, opdat het kan worden afgeremd en we weer terug kunnen keren naar normaal.

Hoewel de macht en het geld liggen bij instanties die de diagnostische inflatie in stand houden, is het volgens Frances toch mogelijk om deze terug te dringen. De overheid, de farmaceutische

industrie, de artsen en de patiënten hebben hier een aandeel in. Door ze te informeren over de gevolgen van de diagnostische inflatie kunnen ze gemotiveerd worden om actief op te treden tegen het afremmen ervan.

Ten eerste heeft de farmaceutische industrie veel invloed gehad op de gezondheidszorg, omdat het voor hen legaal is om reclame te maken voor hun medicatie. Als de wet zou worden veranderd en deze toestemming wordt teruggetrokken, wordt het lastiger om ziekten en daardoor onnodige medicatie te verkopen. Frances heeft een aantal manieren bedacht om de macht van de farmaceutische industrie terug te dringen. Deze zijn voornamelijk gericht op het stoppen van reclame richting de patiënt, vooral welke gericht zijn op ziektebewustzijn, op het stoppen van financiële steun aan onder andere medische beroepsverenigingen, patiëntenverenigingen, de Food and Drugs Administration (FDA) en politici, en op het zwaarder straffen van misdrijven.^(TN, 222)

Ook pleit Frances voor een controlesysteem dat de arts bij het uitschrijven bij medicatie waarschuwt of er sprake is van onnodig polyfarmacie.^(TN, 224) Tegenwoordig sterven in de VS namelijk meer mensen, en belanden er meer op de Spoedeisende Hulp, als gevolg van het gebruik van legale geneesmiddelen dan als gevolg van het gebruik van illegaal drugs.^(TN, 13)

Verder is Frances van mening dat de DSM-criteria moeten worden aangescherpt en gebruikt moeten worden om de grens van 'normaal' te verbreden in plaats van te versmallen.

Ten vierde moeten artsen zich niet gedwongen voelen om bij het eerste consult een diagnose te stellen, door slechts dan een vergoeding te krijgen. Hij stelt een andere vorm van diagnostiek voor die het waakzaam afwachten van een klacht, *watchful waiting*, aanmoedigt en de kans op herstel vergroot zonder medicatie en met minimale interventie, zoals educatie.

De patiënt zou op verschillende manieren kunnen bijdragen. Ten eerste door zich in te zetten voor een goede samenwerking met de behandelaar. Het is belangrijk dat de patiënt eerlijk is over de klacht en zijn best doet deze zo nauwkeurig mogelijk te beschrijven. Verder kan de patiënt zich goed inlezen over de gestelde diagnose en zo zelf bepalen of deze bij hem past. Belangrijke aspecten waar hij dan op kan letten zijn of de symptomen van de diagnose passend zijn, of de passende symptomen lang genoeg hebben geduurd om mee te tellen, in hoeverre ze invloed hebben op het dagelijks leven en of de klachten deel uit lijken te maken van het dagelijks leven of eerder een reactie zijn op een recente gebeurtenis.^(TN, 240) Bij twijfel kan het bovendien geen kwaad om een second opinion te vragen.

Dus door ons bewust te zijn van het bestaan van de diagnostische inflatie en de oorzaken en gevolgen hiervan, kunnen we deze terugdringen. De overheid zal hier actief aan moeten bijdragen door het lastiger te maken voor farmaceutische bedrijven om reclame te maken door het verscherpen van de wet. Voor de arts moet het aantrekkelijker gemaakt worden om niet gelijk een diagnose te stellen bij het eerste consult, maar een klacht even af te wachten. Als patiënt is het niet erg om bij twijfel met een klacht naar een arts te stappen, maar de arts heeft de verantwoordelijkheid om hier verstandig mee om te gaan. Tijdelijke ongemakken en verschil in persoonlijkheid maken deel uit van het leven. Bovendien streeft ons lichaam naar homeostase en is het daarom in staat om veel klachten zelf op te lossen als het de tijd gegund wordt.^(TN, 249)

3. Kritische reflectie

Op het moment van schrijven ben ik een eerstejaars masterstudente geneeskunde. Omdat ik volgend jaar pas aan mijn coschappen zal beginnen, heb ik nu nagenoeg geen ervaring in de klinische praktijk. Dit werkt enigszins in mijn nadeel, omdat ik niet zelf heb kunnen ondervinden wat psychiaters en patiënten vinden van de diagnostische inflatie en of ik de genoemde problemen in het boek van Frances terug zou zien in de dagelijkse praktijk. Verder behandelt het boek van Frances de situatie in de VS, terwijl mijn interesse vooral uitgaat naar de situatie in Nederland. Ik zal daarom in mijn kritische reflectie voornamelijk Nederlandse opinieartikelen, wetenschappelijke artikelen en boeken betrekken die voor mij relevant lijken, om deze vervolgens te analyseren en zo tot een oordeel te komen. Ik zal me hierbij richten op het begrip 'normaal', de oorzaak van de diagnostische inflatie en de situatie in Nederland.

3.1 Allen Frances

De tegenstrijdigheid van 'normaal'

De titel van het boek van Frances luidt 'Terug naar normaal' en Frances merkt terecht op dat om 'terug naar normaal' te gaan het essentieel is om te weten wat 'normaal' is. Dit bespreekt hij zijn eerste hoofdstuk 'Wat is normaal en wat niet?'. Echter na verschillende definities te hebben besproken, is zijn antwoord: "'Normaal' is een sociologisch dwaallicht. Er bestaat geen norm voor normaal'. 'Wat "normaal" en wat een "psychische stoornis" is, blijkt frustrerend ongrijpbaar te zijn – en wezenlijk niet in een heldere, duidelijk omlijnde definitie te vatten.'^(TN 32, 49) Met een dergelijke conclusie lijkt het een onmogelijke opgave om in de rest van het boek de lezer aan te sporen terug te keren naar normaal, aangezien het een niet-definieerbaar begrip is waar de meningen over verschillen! Toch doet Frances dit en gebruikt hij de term 'normaal' met een vanzelfsprekendheid die de lezer de waarschuwingen van het eerste hoofdstuk bijna doet vergeten. Zo spreekt hij in zijn beschrijving over de nieuwe stoornis 'Disruptive Mood Dysregulation Disorder' zijn zorgen uit dat deze stoornis niet verward moet worden met doodgewone driftbuien.^(TN, 188) Maar wat is 'gewoon' dan?

Volgens Frances is bij de samenstelling van de DSM-IV gebruik gemaakt van het praktijkgerichte utilitarisme als definitie van normaal en deze lijkt het meest overeen te komen met de manier waarop hij het begrip gebruikt in de rest van zijn boek. Deze visie gaat er vanuit dat 'normaal' geen universele betekenis heeft, voornamelijk een kwestie van perceptie is en per periode, land en cultuur zal verschillen. 'Normaal' is dan wat in een bepaalde setting het grootste goed voor het grootste aantal bevordert. Het probleem van het definiëren is hiermee niet opgelost, want het roept dan de vraag op wat 'goed' is en hoe de aantallen gemeten zouden moeten worden, een kritiekpunt dat hij overigens zelf terecht opmerkt.^(TN, 23) Het lijkt erop dat Frances aanneemt dat zijn lezer dezelfde tijd, plaats en cultuur deelt als hij en daarom dezelfde definitie van 'normaal' aanhoudt, zoals hij die in gedachten gedefinieerd heeft. Dit is naar mijn mening de grootste tegenstrijdigheid van het boek: dat er aanvankelijk geconcludeerd wordt dat er geen definitie van normaal bestaat, om vervolgens in de rest van het boek de term zodanig te gebruiken dat er aangenomen wordt dat er wel één overkoepelende definitie van normaal bestaat waar iedereen, in ieder geval de lezer, het mee eens zou zijn. Het was beter geweest wanneer Frances in het begin zou hebben gestipuleerd wat hij verstaat onder 'normaal'. Nu weet de lezer slechts dat Frances het niet eens is met de definitie die

tegenwoordig door de DSM aangehouden wordt, omdat deze te smal zou zijn. In hoeverre deze volgens hem verbreed zou moeten worden, blijft echter onduidelijk.

Gestreste maatschappij als oorzaak diagnostische inflatie

Frances is het niet eens met de populaire theorie dat het aantal psychisch zieken gestegen is als gevolg van de druk van de versnelde en gestreste samenleving. 'Van de honderdduizenden generaties voor ons, zijn wij zonder enige twijfel de gelukkigsten – we zijn bijzonder bevoorrecht dat we in deze tijd mogen leven. Eerdere generaties maakten dagelijks rampen mee die voor de meesten van ons onvoorstelbaar zijn.'^(TN, 95) Ik ben het eens met Frances dat voor de meeste mensen geldt dat we ons geen zorgen hoeven te maken over onze volgende maaltijd en niet het gevaar lopen om opgegeten te worden door een passerende tijger. Dergelijke bedreigingen van ons bestaan zijn tegenwoordig steeds minder aan de orde. Het is jammer dat Frances geen bron geeft om zijn redenering mee te onderbouwen, want wij ondergaan wel degelijk andere stressvolle situaties dan onze voorouders waarvan het niet uitgesloten is dat die een behoorlijke invloed kunnen hebben op onze psychische gesteldheid.

Volwassenen blijken vaak te onderschatten hoeveel stress kinderen en adolescenten in deze tijd ervaren. Jonge kinderen kunnen namelijk al stress ervaren door prestatiedruk en voor adolescenten kunnen naast prestatiedruk ook het falen van een examen en onzekerheden over de toekomst een bron van stress vormen. Veel gedragsproblemen, zoals ADHD, kunnen het gevolg zijn van stress. Stress remt namelijk de prefrontale cortex af, het deel van de hersenen dat zich bezig houdt met planning, uitvoeren en inhibitie van gedrag. Het afremmen van dit gebied kan zich dan uiten in impulsief, chaotisch gedrag, waarbij minder over de gevolgen op lange termijn nagedacht wordt. Verder kan stress de communicatie tussen de linker en de rechter hersenhelft verstoren. Deze twee helften moeten samenwerken om emoties in balans te houden. Indien dit niet goed gebeurt, kunnen emoties van hulpeloosheid, wanhoop en angst ontstaan.⁵

Zoals eerder opgemerkt, is bij de criteria van depressie in de DSM-5 de tijdsfactor veranderd, waardoor een patiënt slechts twee weken in plaats van twee maanden aan bepaalde symptomen moet lijden om gediagnosticeerd te kunnen worden met een klinische depressie. Het is niet uitgesloten dat deze verandering is voortgekomen uit het verlangen van de maatschappij om een individu die zich niet optimaal voelt en depressieve klachten heeft zo snel mogelijk te diagnosticeren en te behandelen, opdat hij weer aan het werk kan. De druk van de maatschappij kan zo dus ook een invloed hebben op de toename van psychiatrische patiënten.

Tegenwoordig ervaren we dus andere vormen van stress dan onze voorouders. In hoeverre dit meer of minder is, is lastig te zeggen. Naar mijn mening moeten we de druk van de veeleisende maatschappij niet onderschatten en kunnen we het niet uitsluiten als oorzaak voor de diagnostische inflatie in de psychiatrie.

Wijze van bronvermelding

Allen Frances is een psychiater die al lang in het vak zit. Hij heeft jarenlang als psychiater gewerkt en is door zijn kennis en ervaring gekozen om mee te werken aan de DSM-III wat hem vervolgens de expertise opleverde om de leiding te nemen over de DSM-IV. Hij heeft dus veel praktijkervaring en mag zichzelf een kenner noemen van de DSM. In veel artikelen en debatten

over de DSM wordt ook naar hem gerefereerd en komt men steeds terug op zijn mening en zijn gepubliceerde artikelen. We zouden hieruit kunnen concluderen dat hij een man is die weet waar hij het over heeft.

Het lijkt mij echter niet verstandig om blind op de expertise van Frances te varen en zijn woord voor waarheid aan te nemen. Hij maakt sterke claims en naar mijn mening is het belangrijk dat zijn argumenten op een betrouwbare manier onderbouwd zijn. Op het eerste gezicht lijkt hij het hier mee eens te zijn, met een bronnenlijst van 17 pagina's en soms wel meer dan 70 referenties per hoofdstuk. Het is voor mij niet mogelijk geweest om iedere bron te controleren die Frances gebruikt, maar bij een aantal van de sterke uitspraken die hij doet in zijn boek, leek me het wel verstandig om de onderbouwing hiervan te bestuderen. Hierbij zijn mij een aantal zaken opgevallen betreft de wijze van zijn bronvermelding. Zo zijn er passages waarbij hij niet verwijst naar een bron, terwijl hij wel feitelijke informatie benoemt. Ook zijn er gevallen waarbij de informatie die hij benoemt in het boek niet overeenkomt met de informatie geleverd door de bron waar hij naar verwijst en is mij opgevallen dat hij vaak refereert naar een artikel dat hij zelf geschreven heeft.

Zo beweert hij dat de stoornissen uit de DSM-5 een 'bij elkaar geraapt zootje zijn, en geen onderlinge samenhang vertonen of elkaar wederzijds uitsluiten.' Bovendien 'hebben de psychische stoornissen in DSM-5 hun officiële status niet via een rationeel eliminatieproces verkregen.'^(TN, 34) De enige bron waar hij naar refereert om deze uitspraak te ondersteunen, is een artikel uit 2001.⁶ Dit artikel verscheen twaalf jaar voor de DSM-5 en het is voor mij onduidelijk hoe Frances hiermee de DSM-5 kan kritiseren. Wel duidelijk is dat er geen onderbouwing is voor zijn claim dat de DSM-5 bestaat uit een 'irrationeel samengeraapt zootje stoornissen.'

Ook maakt Frances sterke claims over de onwetendheid en onervarenheid van epidemiologen met als gevolg hun onvermogen om juiste diagnostische aantallen van psychiatrisch zieken te meten: 'Je moet de cijfers niet geloven. Die 'percentages' zijn gegenereerd door psychiatrische epidemiologen met behulp van een methode die zeer ondeugdelijk is en systematisch doorslaat naar overrapportage.'^(TN, 99) Hij refereert hier naar een artikel uit 1998 wat hij zelf geschreven heeft en waarin hij hetzelfde beschrijft maakt.⁷ In dat artikel geeft hij wederom geen bron om zijn argument te onderbouwen.

Frances uit verder ernstige beschuldigingen aan het adres van de farmaceutische industrie. Hierbij beweert hij onder andere dat veel onderzoekers corrupt zijn en dat de farmaceutische industrie zich voornamelijk bezighoudt met omkoperij en lobbyen. 'Onderzoekers zijn corrupt, en soms worden wetenschappelijke artikelen zelfs geschreven door ghostwriters van het bedrijf. Bijwerkingen en complicaties worden vluchtig gemeten en nauwelijks gerapporteerd.'^(TN, 104) Hij geeft geen bron om deze uitspraak te onderbouwen. Op de pagina erna schrijft hij: 'De talenten van de pillenindustrie lagen op een ander vlak – ze is zeer vindingrijk en opmerkelijk effectief op het gebied van verkopen en lobbyen. Met zestig miljard dollar per jaar kun je heel wat producten verkopen en veel politici omkopen.'^(TN, 105) Hoewel Frances refereert naar een bron die bevestigt dat de farmaceutische industrie 60 miljard dollar per jaar uitgeeft aan reclame, geeft hij ons geen bron die bevestigt dat dit geld ook daadwerkelijk gebruikt wordt voor lobbyen en omkoperij.

Verder beweert hij dat driekwart van de mensen in Amerika die antidepressiva slikt geen symptomen van depressie vertoont.^(TN, 113) In het artikel waar hij vervolgens naar refereert, staan echter andere cijfers en zouden slechts 8% in plaats van 75% van de mensen die antidepressiva slikken geen symptomen vertonen.⁸

Frances vertelt ons verder dat een derde van de mensen die lijdt aan een depressieve stoornis geen enkele behandeling krijgt.^(TN, 167) Dit is wederom een uitspraak zonder juiste onderbouwing. Ten eerste geeft hij geen referentie om zijn uitspraak te ondersteunen en ten tweede komt de uitspraak zelf tegenstrijdig over. Namelijk als de mensen niet onder behandeling zijn, hoe weet hij dan dat die mensen aan een depressie lijden? Het meest voor de hand liggende antwoord hierop is epidemiologisch onderzoek, maar daarover had hij eerder beweerd dat we die cijfers niet moeten geloven, omdat epidemiologen de diagnostische aantallen zouden overschatten.^(TN, 99) Het komt mij tegenstrijdig over dat er aan de ene kant veel antidepressiva wordt ingenomen door mensen die dit niet nodig hebben, terwijl er erg veel mensen zijn die het wel nodig hebben, maar er niet voor behandeld worden. Hoewel het één het ander niet hoeft uit te sluiten, blijft het discutabel of er tegenwoordig sprake is van onnodig antidepressiva gebruik en onderbehandeling van depressie.

Frances uit verder zijn zorg dat met de nieuwe criteria voor een depressieve stoornis rouw te snel en onterecht gediagnosticeerd zal worden als een depressieve stoornis. 'Het medicaliseren van verdriet ontnemt de pijn zijn waardigheid, sluit het proces van de verwerking van het verdriet kort, vermindert het vertrouwen in de vele traditionele rituelen bij het zoeken van vertroosting, en onderwerpt mensen die rouwen aan onnodige en misschien zelf schadelijke medicatie.'^(TN, 197) Frances heeft gelijk dat als de criteria in de DSM-5 blind zouden worden opgevolgd rouw te snel als een depressieve stoornis zou kunnen worden gediagnosticeerd. De schrijvers van de DSM hebben hier echter wel rekening mee gehouden en hebben daarom bij het beschrijven van de stoornis een stevige kanttekening geplaatst over het niet verwarren van depressie met rouw.⁹ De criteria zijn in de definitie versie veranderd, opdat zij niet meer zouden impliceren dat rouw slechts twee maanden zou duren.¹⁰ De zorgen van Frances lijken dus gebaseerd op een onjuist aanneme van de informatie in de DSM.

Storend zijn ook de felle beweringen over de 'hypes' in de 19^e eeuw van stoornissen van neurologische aard. Hierover beweert hij dat deze stoornissen - neurasthenie, conversiestoornis en meervoudige persoonlijkheidsstoornis (MPS) - niet zouden bestaan. Over neurasthenie beweert hij dat hij er destijds daarom voor had gekozen deze niet meer in de DSM op te nemen. Neurasthenie komt inderdaad niet meer los in de DSM-IV-TR voor, maar wel in de categorie 'somatoforme stoornis niet anderszins omschreven (NAO)', wat erop wijst dat Frances het bestaan van deze stoornis wel erkent. Inzake MPS beweert hij ook dat dit een hype is van een niet bestaande ziekte en dat daarom de diagnose uit de DSM gehaald is. Het is waar dat de ziekte niet meer in de DSM-IV bestaat als 'meervoudige persoonlijkheidsstoornis'. De term die tegenwoordig gebruikt wordt voor deze aandoening is 'dissociatieve persoonlijkheidsstoornis', omdat men tegenwoordig van mening is dat het niet zozeer gaat om het schakelen tussen verschillende persoonlijkheden, maar om het ontbreken van een duidelijke identiteit binnen een persoon. Deze stoornis, die zich op dezelfde manier uit als MPS, is wel opgenomen in de DSM-IV, wat erop lijkt dat Frances de stoornis dus toch wel erkend heeft.

Ten slotte verwijst hij nogal vaak naar zijn eigen publicaties om zijn argumenten te onderbouwen. Volgens de Nederlandse en de Amerikaanse wet mag informatie uit een eigen gepubliceerde artikel overgenomen worden, mits hier correct naar wordt gerefereerd.¹¹⁻¹² Frances heeft dit ook gedaan, in totaal 20 keer. Hoewel dit dus legaal is, blijft het voor mij een kwestieuze gang van zaken. Als hij hier op dezelfde manier te werk is gegaan als bij andere publicaties, zegt dit iets over de betrouwbaarheid van de informatie.

Bij het kritisch bestuderen van de wijze van bronvermelding kreeg ik de indruk dat Frances vaak gebruik maakt van het autoriteitsargument, waarbij we hem zouden moeten geloven op zijn woord en zijn ervaring. Ik twijfel er niet aan dat hij veel kennis en ervaring heeft en zich terecht een insider van de psychiatrie en de DSM mag noemen, maar dit betekent niet dat ik hem blind op zijn uitspraken vertrouw. Als hij bedrijven beschuldigt van misdrijven en epidemiologische situaties beschrijft, vind ik het belangrijk dat hij zijn uitspraken op een betrouwbare manier onderbouwt. Het autoriteitsargument is tenslotte een drogreden.

3.2 Hedendaags debat

Situatie in Nederland

Van 1996-1999 liep de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study', NEMESIS. Zoals de naam al aangeeft, werd deze studie opgezet om een beeld te krijgen van de geestelijke gezondheid in de Nederlandse bevolking. Het was een longitudinale studie waarbij gedurende 3 jaar in een representatieve steekproef, 7000 individuen, van de Nederlandse bevolking werd gevolgd. Zij werden met behulp van vragenlijsten en interviews gediagnosticeerd op basis van de diagnostiek volgens de DSM-III-R.¹³⁻¹⁴ Bijna tien jaar later, van 2007-2014, liep de NEMESIS-2 om wederom een beeld te krijgen van de epidemiologische situatie in de psychiatrie. Bij deze studie werd gebruik gemaakt van de DSM-IV.¹⁵ Door de gegevens van deze twee studies te combineren, is het mogelijk om een verandering in het voorkomen van psychiatrische aandoeningen te constateren.¹⁶ Vóór de NEMESIS was hier vrij weinig onderzoek naar gedaan, waardoor het niet mogelijk is om een langere trend te bestuderen.

Uit de NEMESIS-1 bleek dat 41,2% van de bevolking ooit in het leven één of meer psychische stoornissen heeft gehad en dat 23,5% van de bevolking in de afgelopen 12 maanden één of meer psychische stoornissen heeft gehad. Hoewel we hieruit kunnen concluderen dat destijds psychiatrische aandoeningen vrij frequent voorkwamen in Nederland, is het voorkomen opvallend lager dan in de VS, waarbij in dezelfde periode 29% van de bevolking in de voorgaande 12 maanden één of meer psychische stoornissen had.¹⁷

Vervolgens bleek uit de resultaten over de periode 2007-2009 van de NEMESIS-2, dat 42,7% van de mensen ooit in het leven een psychiatrische stoornis heeft gehad. Omdat de NEMESIS-1 en NEMESIS-2 op bepaalde gebieden verschillen, was het niet mogelijk om een directe vergelijking te maken tussen het voorkomen van psychiatrische ziekten in de voorgaande twaalf maanden. Door middel van imputatie van de gegevens was het wel mogelijk om de twee studies met elkaar te vergelijken. Zo is geconcludeerd dat in de periode van 1996-2009 er in Nederland geen toename is geweest van mensen met een psychische stoornis.¹⁸

Uit deze gegevens kunnen we echter niet concluderen dat de diagnostische inflatie niet in Nederland voorkomt. Van de drie stoornissen waar Frances een flinke toename van had

opgemerkt in de VS na het uitkomen van de DSM-IV - autisme, bipolaire stoornis en ADHD - is het voorkomen van autisme en ADHD namelijk niet gemeten in de NEMESIS-1. We weten daarom slechts vanuit de NEMESIS-2 over het voorkomen van deze aandoeningen gedurende die studie. Het zou interessant geweest zijn als we ook in Nederland een toename in deze aandoeningen zouden bespeuren na het uitkomen van de DSM-IV, maar het is dus niet mogelijk om op basis van deze gegevens hier iets concreet over te zeggen.

Ondanks dat we in Nederland niet beschikken over duidelijke cijfers over het voorkomen van psychiatrische aandoeningen over een langere periode, uiten ook hier professionals hun zorgen over de diagnostische inflatie en de invloed van de DSM hierop.

Op verschillende manieren vervult de DSM een aanzienlijke rol in de geestelijke gezondheidszorg in Nederland. Sinds 2013 is het voor behandelaars noodzakelijk dat er sprake is van een gestelde diagnose volgens de DSM om een behandeling uit te voeren, voor patiënten is een DSM-diagnose nodig om een behandeling vergoed te krijgen en moet ook het elektronisch patiëntendossier geopend worden op basis van een DSM-diagnose.^{19,20} Omdat ook niet iedere diagnose door de zorgverzekeraar vergoed wordt, worden in de praktijk vaak zwaardere diagnoses gesteld. Zo worden bijvoorbeeld relatieproblematiek en burn-out vervangen door diagnoses waarvoor de behandeling wel vergoed wordt, zoals angststoornis, depressie of posttraumatische stressstoornis.²¹ Voor een behandelend professional lijkt deze keuze noodzakelijk, omdat we in de gezondheidszorg tenslotte te maken hebben met individuen die niet altijd precies zullen voldoen aan de criteria voor een bepaalde diagnose, maar wel baat hebben bij de behandeling die vergoed wordt dankzij die diagnose.²²

Niet alleen Frances is van mening dat de veranderingen in de nieuwe DSM gemeen hebben dat de grens voor 'normaal' versmald wordt, in veel opinieartikelen in Nederland worden steeds dezelfde voorspellende negatieve effecten van de DSM-5 benadrukt. Dr. Ernst D. Thoutenhoofd, als socioloog en verbonden aan de afdeling Pedagogiek en Onderwijskunde van de Rijksuniversiteit Groningen, uit tevens zijn zorgen over de medicalisering van menselijke gedragingen en keuzes die zich vertaald hebben in nieuwe diagnoses, zoals de DMDD, en het verruimen van criteria van bestaande diagnoses, zoals bij ADHD. Hij voorziet bovendien de gevaren van de vroege diagnostiek en de preventieve interventie waar de DSM-5 zich op gericht heeft, namelijk: Onnodige en schadelijke behandelingen en een onnodige stigma voor de patiënt en wederom een stijging in psychiatrisch zieken.²³ Ook Roos de Graaf, klinisch psycholoog, voorziet een diagnostische inflatie als gevolg van de vroege diagnostiek en preventieve interventie. De schrijvers van de DSM zullen het goed bedoeld hebben, tenslotte is voorkomen beter dan genezen, maar dit betekent niet dat de uitwerking in de praktijk ook altijd positief is.²⁴ Ook de British Psychological Society is van mening dat de nieuwe DSM de medicalisering van het dagelijks leven in de hand zal werken. Volgens hen zijn de diagnoses voornamelijk gebaseerd op sociale normen, zijn de symptomen subjectief en reflecteren de criteria de huidige normatieve sociale verwachtingen.²⁵ De DSM lijkt dus ook in onze samenleving zijn voetsporen achter te laten.

Uitgelicht: ADHD

Om duidelijker te maken hoe de diagnostische inflatie zich in de praktijk uit, zal ik één ziektebeeld belichten: ADHD.

ADHD staat voor 'Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder'. Hoewel deze stoornis ook bij volwassenen voorkomt, uit het zich voornamelijk als hyperactieve schoolgaande kinderen die hun aandacht niet bij de les kunnen houden. Het voorschrijven van de medicatie Ritalin, met als werkzame stof methylfenidaat, is het gebruikelijke beleid bij huisartsen. In slechts 40% van de gevallen wordt dit door kinderpsychiaters voorgeschreven.^{26,27} Rond de periode dat de DSM-IV verscheen, bracht de farmaceutische industrie dit destijds nieuwe medicijn op de markt en kreeg ze toestemming om reclame te maken. Na het verschijnen van de DSM-IV is de prevalentie van ADHD in de VS drie keer zo groot geworden. Soortgelijke prevalentiecijfers over Nederland hebben we niet, maar we weten wel dat tussen 2003 en 2008 het aantal voorgeschreven recepten is verdubbeld.²⁸ Opvallend bij de behandeling van ADHD is dat medicatie vaak als eerste geadviseerd wordt en pas als dat onvoldoende helpt oudertraining wordt aangeboden.²⁹

Tegenwoordig is er veel discussie over de diagnostiek en behandeling van ADHD. Het Nederlands Comité voor de Rechten van de Mens (NCRM) heeft hierover een aantal feiten op een rijtje gezet: Ten eerste bestaan er geen objectieve criteria waarmee aangetoond kan worden dat ADHD bestaat en ten tweede bestaat er geen wetenschappelijk bewijs dat de symptomen passend bij ADHD veroorzaakt worden door een chemische onbalans in de hersenen.³⁰ Als er zoveel onduidelijk is over de diagnostiek en hypothetische oorzaak van de stoornis valt er uiteraard ook weinig te zeggen over de behandeling. Voorstanders van Ritalin verwijzen om het voorschrijven van deze medicatie te rechtvaardigen naar een longitudinaal onderzoek uit 1999: Multimodal Treatment Study of ADHD. De eerste resultaten van dit onderzoek gaven inderdaad een positieve uitslag over de werkzaamheid van de medicatie, maar uit de vervolgmetingen kwamen andere resultaten. Het bleek dat de aanvankelijk positieve resultaten niet blijvend waren en dat de negatieve bijwerkingen, onder andere lager gewicht en kleinere lengte, op de lange termijn steeds duidelijker werden.³¹ Uit recent onderzoek is ook hersenschade gebleken als mogelijk lange termijn bijwerking bij kinderen, doordat met de medicatie een onderdeel van de slaap wordt verstoord.³² Verder verbetert de medicatie de schoolprestaties niet, kan het dwangmatig gedrag en stemmingsstoornissen veroorzaken en kan het tot illegaal drugsgebruik leiden.^{33,(TN, 153)}

De farmaceutische industrie heeft duidelijk invloed op het feit dat er toch frequent medicatie voor ADHD wordt voorgeschreven. Zo wordt Dr. J. Buitelaar, expert op het gebied van ADHD in Nederland, betaald als adviseur van elf farmaceutische bedrijven, waaronder producenten van ADHD-middelen en heeft hij voor wetenschappelijk onderzoek geld ontvangen van de farmaceutische industrie. Verder vindt er ook op internet sluikreclame plaats. Farmaceutisch bedrijf Janssen Cilag heeft hun middel Concerta, dit middel bevat methylfenidaat, gepromoot door spreekbeurten te maken voor kinderen.³⁴ Fabrikant Eurocept BV heeft een website ontworpen met een test waarbij zelfs als er niets ingevuld wordt, het advies gegeven wordt te starten met Methylfenidaat, ter promotie van hun eigen medicijn Medikinet wat deze stof bevat.³⁵ Ook worden 6 van de 15 patiëntenverenigingen van ADHD gesponsord door farmaceutische bedrijven.³⁶

In de nieuwe DSM zijn de criteria voor het stellen van de diagnose verruimd, doordat volwassenen slechts aan vijf van de negen criteria moeten voldoen. Dit kan wederom bijdragen aan de diagnostische inflatie.

Ik ben van mening dat we niet stil moeten zitten en dit onnodig medicatiegebruik niet slechts moeten aanzien. Ik durf uit de voorgaande informatie niet te concluderen dat ADHD een verzonnen diagnose is, maar ik ben wel van mening dat er meer onderzoek naar gedaan moet worden om schade te voorkomen. Ik ben het eens met Dr. Mary Ann Block, internationaal expert op het gebied van ADHD behandeling zonder psychiatrische medicatie, die zich het volgende afvraagt: "Als er geen geldige test voor ADHD bestaat, als er geen gegevens voor handen zijn die bewijzen dat ADHD een hersenaandoening is, als er geen onderzoek op de lange termijn bestaat over de effecten van psychiatrische drugs, als deze drugs schoolprestaties of sociale vaardigheden niet verbeteren en als deze drugs dwangmatig gedrag of stemmingsstoornissen kunnen veroorzaken en tot illegaal drugsgebruik kunnen leiden, waarom zijn er dan in hemelsnaam miljoenen kinderen, tieners en volwassenen die het etiket ADHD opgeplakt krijgen en vervolgens deze psychiatrische drugs moeten slikken?"^{37,38}

3.3 Conclusie

De menselijke geest is ingewikkeld, gedraagt zich maar al te vaak onvoorspelbaar en zijn werkingsmechanismen zijn grotendeels onbekend. Het subjectieve oordeel dat hierdoor een grote rol speelt in de psychiatrie maakt het één van de lastigste specialisaties in de geneeskunde. Dit maakt het vrijwel onmogelijk om absolute conclusies te trekken over aspecten van de psychiatrie. Wat ik na het uiteenzetten van de diagnostische inflatie in de psychiatrie wel kan concluderen, is dat er daadwerkelijk sprake is van een toename aan psychiatrische patiënten. Ik sluit me aan bij Allen Frances dat we ons hier zorgen over moeten maken. Het is niet aan mij om te bepalen waar de grens tussen 'normaal' en 'ziek' ligt, maar ik ben opgelucht om te merken dat er veel mensen in de wereld zijn die op dit moment actief aan het protesteren zijn tegen een verschuiving van die grens.

Voornamelijk bij klachten van psychische aard is het in mijn optiek belangrijk dat er voldoende aandacht en tijd besteed wordt aan het analyseren van de klacht en deze indien nodig in eerste instantie te behandelen met psychotherapie in plaats van met medicatie. Medicalisering van de samenleving is niet iets wat we zouden moeten aanmoedigen. Hoewel ik er van overtuigd ben dat er veel mensen zijn die baat hebben bij de medicatie die zij voor hun psychische klachten voorgeschreven hebben gekregen, durf ik na het schrijven van deze scriptie ook te concluderen dat er tegenwoordig teveel sprake is van overmedicatie.

In mijn opinie mag het eerste principe van de geneeskunde door geen student, arts, therapeut, schrijver van de DSM, medewerker van een farmaceutisch bedrijf, politicus of beleidsmaker ooit vergeten worden: *'Primum non nocere.'* Ten eerste, doe geen kwaad.

4. Noten

- ¹ Beaufort I de, Hilhorst H, Vandamme S, Vathorst S van de. *De Kwestie*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers; 2011. p. 427.
- ² De Commissie Herziening Artseneed. *Nederlandse artseneed*. Houten: Drukkerij Badoux; 2010. p. 28.
- ³ Frances A. *Terug naar normaal*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds; 2013. p. 318.
- ⁴ Geneesmiddel Informatie Centrum van de KNMP. Methylfenidaat. Internetsite apotheek.nl 2015. Beschikbaar via: <http://www.apotheek.nl/medicijnen/methylfenidaat?product=ritalin>. Geraadpleegd 2 juli 2015.
- ⁵ Victoria Tennant. The powerful impact of stress. Internet site John Hopkins School of Education 2005. Beschikbaar via: <http://education.jhu.edu/PD/newhorizons/strategies/topics/Keeping%20Fit%20for%20Learning/stress.html>. Geraadpleegd 21 juli 2015.
- ⁶ Wakefield JC. The myth of DSM's invention of new categories of disorder: Houts's diagnostic discontinuity thesis disconfirmed. *Behaviour Research and Therapy* 2001, 39(5): 575-624.
- ⁷ Frances A. Problems in Defining Clinical Significance in Epidemiological Studie. *Archives of General Psychiatry* 1998, 55(2): 119.
- ⁸ Pratt LA, Brody DJ, Gu Q. Antidepressant use in persons aged 12 and over: United States, 2005-2008. *NCHS Data Brief* 2011, (76): 1-8.
- ⁹ American Psychiatric Association (2014). Beknopt overzicht van de criteria (DSM-5). Nederlandse vertaling van de Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5. Amsterdam: Boom. p. 576.
- ¹⁰ American Psychiatric Association. Belangrijkste wijzigingen van DSM-IV naar DSM-5. Amsterdam: Boom uitgevers; 2013. p. 12.
- ¹¹ Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen. Zelfplagiat is geen plagiat. Beschikbaar via: <https://www.knaw.nl/nl/actueel/nieuws/zelfplagiat-is-geen-plagiat>. Geraadpleegd 14 juli 2015.
- ¹² iThenticate. White paper: The ethics of self-plagiarism. Beschikbaar via: <http://www.du.ac.in/du/uploads/research/06122014ithenticate-selfplagiarism.pdf>. Geraadpleegd 14 juli 2015.
- ¹³ Dorsselaer S van, Graaf R de, Verdurmen J, Land H van 't, Have M ten, Vollebergh W. Trimbos Kerncijfers psychische stoornissen: Resultaten van Nemesis (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study). Utrecht: Trimbos-instituut; 2006. p. 114.
- ¹⁴ Vollebergh W, Graaf R de, Have M ten, Schoemaker C, Dorsselaer S van, Spijker J et al. Psychische stoornissen in Nederland: Overzicht van de resultaten van NEMESIS. Utrecht: Trimbos-instituut; 2003. p. 90.
- ¹⁵ Graaf R de, Have M ten, Tuithof M, Dorsselaer S van. Incidentie van psychische aandoeningen. Opzet en eerste resultaten van de tweede meting van de studie NEMESIS-2. Utrecht: Trimbos-instituut; 2012. p. 79.
- ¹⁶ Graaf R de, Have M ten, Gool C van, Dorsselaer S van. Prevalentie van psychische aandoeningen en trends van 1996 tot 2009; resultaten van nemesis-2. *Tijdschrift voor psychiatrie* 54(2012)1, 27-38.
- ¹⁷ Dorsselaer S van, Graaf R de, Verdurmen J, Land H van 't, Have M ten, Vollebergh W. Trimbos Kerncijfers psychische stoornissen: Resultaten van Nemesis (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study). Utrecht: Trimbos-instituut; 2006. p. 114.
- ¹⁸ Graaf R de, Have M ten, Gool C van, Dorsselaer S van. Prevalentie van psychische aandoeningen en trends van 1996 tot 2009; resultaten van nemesis-2. *Tijdschrift voor psychiatrie* 54(2012)1, 27-38.

-
- ¹⁹ Dopper J. Nieuw ggz-beleid gevaar voor de toekomst. *Medisch Contact* 2014; 6: 254-256.
- ²⁰ Graaf R de. De evolutie van de DSM. Internet site Blind. Beschikbaar via: <https://www.ziedaar.nl/article.php?id=431>. Geraadpleegd 13 juli 2015.
- ²¹ Houtekamer C, Rusman F. Psychologen geven zware diagnoses - 'dan wordt therapie vergoed'. Internet site nrc.nl. Beschikbaar via: <http://www.nrc.nl/nieuws/2013/12/21/psychologen-geven-zware-diagnoses-dan-wordt-therapie-vergoed/>. Geraadpleegd 13 juli 2015.
- ²² Nationale Zorggids. Diagnose blijkt een knelpunt in vergoeding jeugd-ggz. Website Nationale Zorggids. Beschikbaar via: <http://www.nationalezorggids.nl/ggz/nieuws/18940-diagnose-blijkt-een-knelpunt-in-vergoeding-jeugd-ggz.html>. Geraadpleegd 13 juli 2015.
- ²³ Thoutenhoofd E, Batstra L. Overleeft de psychiatrie de DSM-5?. *De psycholoog* 2013; maart: 10-17.
- ²⁴ Graaf R de. De evolutie van de DSM. Internet site Blind. Beschikbaar via: <https://www.ziedaar.nl/article.php?id=431>. Geraadpleegd 13 juli 2015.
- ²⁵ Verhaege P. Medicalisering en disciplineren. In: Ignaas Devisch. *Ziek van gezondheid*. Antwerpen: De Bezige Bij Antwerpen; 2013: p. 27-51.
- ²⁶ Graaf R de. De evolutie van de DSM. Internet site Blind. Beschikbaar via: <https://www.ziedaar.nl/article.php?id=431>. Geraadpleegd 13 juli 2015.
- ²⁷ Zorginstituut Nederland. Methylfenidaat. Internet site Farmacotherapeutisch Kompas 2015. Beschikbaar via: <https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/Preparaatteksten/M/methylfenidaat.asp>. Geraadpleegd 20 juli 2015.
- ²⁸ Cok J. Rode vlag gaat uit voor stijging van ADHD-diagnoses. Internet site Gewoon-nieuws.nl 2013. Beschikbaar via: <http://www.gewoon-nieuws.nl/2013/11/rode-vlag-gaat-uit-voor-stijging-van-adhd-diagnoses/#.Va5YU8sw-Uk>. Geraadpleegd 20 juli 2015.
- ²⁹ Stichting Nederlands Comité voor de Rechten van de Mens. ADHD in Nederland: Kinderen verdienen beter; een oproep voor een gezonde aanpak van de ADHD-epidemie. 2011. p. 20.
- ³⁰ Nederlands Comité voor de Rechten van de Mens. ADHD, de leugen rond leer- en gedragsstoornissen. Internet site Nederlands Comité voor de Rechten van de Mens. Beschikbaar via: <http://www.ncrm.nl/ADHDpage.html>. Geraadpleegd op 21 juli 2015.
- ³¹ Verhaege P. Medicalisering en disciplineren. In: Ignaas Devisch. *Ziek van gezondheid*. Antwerpen: De Bezige Bij Antwerpen; 2013: p. 27-51.
- ³² Sleep Review. In Children, REM Sleep-Disrupting Medications May Interfere with Brain Development. Internet site Sleep Review Mag 2015. Beschikbaar via: <http://www.sleepreviewmag.com/2015/07/children-rem-sleep-disrupting-medications-may-interfere-brain-development/>. Geraadpleegd 21 juli 2015.
- ³³ Nederlands Comité voor de Rechten van de Mens. ADHD, de leugen rond leer- en gedragsstoornissen. Internet site Nederlands Comité voor de Rechten van de Mens. Beschikbaar via: <http://www.ncrm.nl/ADHDpage.html>. Geraadpleegd op 21 juli 2015.
- ³⁴ Stichting Nederlands Comité voor de Rechten van de Mens. ADHD in Nederland: Kinderen verdienen beter; een oproep voor een gezonde aanpak van de ADHD-epidemie. 2011. p. 20.
- ³⁵ Zorginstituut Nederland. Methylfenidaat. Internet site Farmacotherapeutisch Kompas 2015. Beschikbaar via: <https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/Preparaatteksten/M/methylfenidaat.asp>. Geraadpleegd 20 juli 2015.

³⁶ Stichting Nederlands Comité voor de Rechten van de Mens. ADHD in Nederland: Kinderen verdienen beter; een oproep voor een gezonde aanpak van de ADHD-epidemie. 2011. p. 20.

³⁷ Stichting Nederlands Comité voor de Rechten van de Mens. ADHD in Nederland: Kinderen verdienen beter; een oproep voor een gezonde aanpak van de ADHD-epidemie. 2011. p. 20.

³⁸ *Op cit.*, Dr. Mary Ann Block, p. 32.

5. Literatuurlijst

- American Psychiatric Association (2014). Beknopt overzicht van de criteria (DSM-5). Nederlandse vertaling van de Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5. Amsterdam: Boom. p. 576.
- American Psychiatric Association. Belangrijkste wijzigingen van DSM-IV naar DSM-5. Amsterdam: Boom uitgevers; 2013. p. 12.
- Beaufort I de, Hilhorst H, Vandamme S, Vathorst S van de. *De Kwestie*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers; 2011. p. 427.
- Cok J. Rode vlag gaat uit voor stijging van ADHD-diagnoses. Internet site Gewoonnieuws.nl 2013. Beschikbaar via: <http://www.gewoonnieuws.nl/2013/11/rode-vlag-gaat-uit-voor-stijging-van-adhd-diagnoses/#.Va5YU8sw-Uk>.
- De Commissie Herziening Artseneed. *Nederlandse artseneed*. Houten: Drukkerij Badoux; 2010. p. 28.
- Dopper J. Nieuw ggz-beleid gevaar voor de toekomst. *Medisch Contact* 2014; 6: 254-256.
- Dorsselaer S van, Graaf R de, Verdurmen J, Land H van 't, Have M ten, Vollebergh W. Trimbos Kerncijfers psychische stoornissen: Resultaten van NEMESI (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study). Utrecht: Trimbos-instituut; 2006. P. 114
- Frances A. Problems in Defining Clinical Significance in Epidemiological Studie. *Archives of General Psychiatry* 1998, 55(2): 119.
- Frances A. *Terug naar normaal*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds; 2013. p. 318.
- Houtekamer C, Rusman F. Psychologen geven zware diagnoses - 'dan wordt therapie vergoed'. Internet site nrc.nl. Beschikbaar via: <http://www.nrc.nl/nieuws/2013/12/21/psychologen-geven-zware-diagnoses-dan-wordt-therapie-vergoed/>.
- iThenticate. White paper: The ethics of self-plagiarism. Beschikbaar via: <http://www.du.ac.in/du/uploads/research/06122014ithenticate-selfplagiarism.pdf>.
- Graaf R de. De evolutie van de DSM. Internet site Blind. Beschikbaar via: <https://www.ziedaar.nl/article.php?id=431>.
- Graaf R de, Have M ten, Gool C van, Dorsselaer S van. Prevalentie van psychische aandoeningen en trends van 1996 tot 2009; resultaten van nemesis-2. *Tijdschrift voor psychiatrie* 54(2012)1, 27-38.
- Graaf R de, Have M ten, Tuithof M, Dorsselaer S van. Incidentie van psychische aandoeningen. Opzet en eerste resultaten van de tweede meting van de studie NEMESIS-2. Utrecht: Trimbos-instituut; 2012. p. 79.
- Kerncijfers psychische stoornissen: Resultaten van Nemesis (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study). Utrecht: Trimbos-instituut; 2006. p. 114.
- Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen. Zelfplagiat is geen plagiaat. Beschikbaar via: <https://www.knaw.nl/nl/actueel/nieuws/zelfplagiat-is-geen-plagiat>.
- Nationale Zorggids. Diagnose blijkt een knelpunt in vergoeding jeugd-ggz. Website Nationale Zorggids. Beschikbaar via: <http://www.nationalezorggids.nl/ggz/nieuws/18940-diagnose-blijkt-een-knelpunt-in-vergoeding-jeugd-ggz.html>.

-
- Nederlands Comité voor de Rechten van de Mens. ADHD, de leugen rond leer- en gedragsstoornissen. Internet site Nederlands Comité voor de Rechten van de Mens. Beschikbaar via: <http://www.ncrm.nl/ADHDpage.html>.
 - *Op cit.*, Dr. Mary Ann Block, p. 32.
 - Pratt LA, Brody DJ, Gu Q. Antidepressant use in persons aged 12 and over: United States, 2005-2008. *NCHS Data Brief* 2011, (76): 1-8.
 - Sleep Review. In Children, REM Sleep-Disrupting Medications May Interfere with Brain Development. Internet site Sleep Review Mag 2015. Beschikbaar via: <http://www.sleepreviewmag.com/2015/07/children-rem-sleep-disrupting-medications-may-interfere-brain-development/>.
 - Stichting Nederlands Comité voor de Rechten van de Mens. ADHD in Nederland: Kinderen verdienen beter; een oproep voor een gezonde aanpak van de ADHD-epidemie. 2011. p. 20.
 - Thoutenhoofd E, Batstra L. Overleeft de psychiatrie de DSM-5?. *De psycholoog* 2013; maart: 10-17.
 - Victoria Tennant. The powerful impact of stress. Internet site John Hopkins School of Education 2005. Beschikbaar via: <http://education.jhu.edu/PD/newhorizons/strategies/topics/Keeping%20Fit%20for%20Learning/>
 - Vollebergh W, Graaf R de, Have M ten, Schoemaker C, Dorsselaer S van, Spijker J et al. Psychische stoornissen in Nederland: Overzicht van de resultaten van NEMESIS. Utrecht: Trimbos-instituut; 2003. p. 90.
 - Wakefield JC. The myth of DSM's invention of new categories of disorder: Houts's diagnostic discontinuity thesis disconfirmed. *Behaviour Research and Therapy* 2001, 39(5): 575-624.
 - Zorginstituut Nederland. Methylfenidaat. Internet site Farmacotherapeutisch Kompas 2015. Beschikbaar via: <https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/Preparaatteksten/M/methylfenidaat.asp>.