

Geschiedenis van psychiatrische diagnostische concepten

N.J.M. van Beveren, N. Veen, T.K. Birkenhager

- Achtergrond** Wie zich bezighoudt met mentale problemen ziet zich geconfronteerd met het bestaan van DSM-categorieën en 'diagnoses'. Die situatie is het resultaat van een twee eeuwen omvattende ontwikkeling.
- Doel** Voor een goed begrip van de huidige situatie is kennis van de historische ontwikkelingen die geleid hebben tot het idee om gedragsafwijkingen te vangen in 'diagnoses' belangrijk.
- Methode** Wij beschrijven de ontwikkeling van diagnostische concepten, vanaf begin 19de eeuw tot heden, in de vorm van een narratieve review.
- Resultaten** Gedurende de 19de eeuw werd een begrippenkader geformuleerd om gedrag en syndromen te beschrijven. Op basis van beloopobservaties werd in de 20ste eeuw het onderscheid tussen stemmings- en psychotische stoornissen als fundamenteel gezien. De klinische uitwerking van de gedragspsychologie leidde tot de gedragstherapie en tot het definiëren van de groep van angststoornissen. In de jaren 1960-1970 zien we de noodzaak te komen tot standaardisering van diagnostische concepten. Dit leidde tot de publicatie van de DSM-III.
- Conclusie** De bestaande formele classificatiesystemen hebben een zekere orde gebracht in de beschrijving van gedragsstoornissen en mentale problemen. De daarbij gemaakte keuzes zijn echter niet waardevrij. De bestaande diagnostische categorieën hebben beperkte prognostische waarde en missen de rol van persoonlijke betekenis in het ontstaan van symptomen.

"the classifications made by philosophers and psychologists are as if one were to classify clouds by their shape"
(Wittgenstein, in Jablensky.¹)

Wie zich in de huidige tijd bezighoudt met mentale problemen ziet zich onvermijdelijk geconfronteerd met het bestaan van DSM-categorieën en van 'diagnoses' die overheersend aanwezig lijken te zijn. De in het DSM-systeem geformuleerde categorieën zijn niet van het ene moment op het andere tot stand gekomen. Het systeem is het resultaat van een circa twee eeuwen omvattende ontwikkeling, die uiteindelijk geleid heeft tot het classificatiemodel dat heden wereldwijd wordt gebruikt. In dit themanummer van het Tijdschrift worden verschillende specifieke 'diagnoses' kritisch belicht. Voor een goed begrip van de huidige situatie is begrip van de historische ontwikkelingen die geleid hebben tot het ontstaan van het idee om gedragsafwijkingen te vangen in 'diagnoses' belangrijk.

Methode

Wij beschrijven de historische ontwikkeling van diagnostische concepten, vanaf begin 19de eeuw, in de vorm

van een narratieve review. We gebruikten als bronmateriaal voor onze beschouwing de monografieën over de geschiedenis van de psychiatrie van Berrios, Shorter en Hovens & Van der Ploeg; van Gardner over de ontwikkeling van cognitieve neurowetenschap; en publicaties van Spitzer e.a. over de totstandkoming van het DSM-III-systeem.²⁻⁷ We formuleerden als overkoepelende tijdlijn: de 19de eeuw – het werk van Emil Kraepelin – de psychoanalyse – de ontwikkeling van de gedragspsychologie – DSM-III – recente ontwikkelingen, en vulden de tijdlijn aan met relevante literatuur uit het bronmateriaal en vanuit gerichte zoekopdrachten in PubMed.

Negentiende eeuw

Begin 19de eeuw begon een proces waarbij afwijkingen in het gedrag niet als morele afwijkingen werden gezien, maar als een medisch vraagstuk. Een belangrijke drijvende kracht achter dit proces was het verlichtingsdenken, met de ermee verbonden gedachte dat de natuur, en ook gedragsstoornissen, kunnen worden doorgrond door logisch en rationeel denken. Patiënten werden aanvankelijk gekarakteriseerd op basis van hun toestand, met gebruikmaking van overgeleverde termen, die vaak

van land tot land konden verschillen (hysterie, *delire*, *madness*, manie, *Irresein*, *melancholia*, hypochondrie of *dementia*) en op basis van het persoonlijk gezag van de geneesheer.⁸ Of deze condities voorkwamen met of zonder koorts (*fièvre*) was een belangrijk prognostisch onderscheid.

De belangrijkste thema's zijn in een eerste vorm beschreven door Philippe Pinel (1745-1826). Het werk van Pinel is van belang omdat hij probeerde stoornissen te categoriseren op basis van nauwkeurige observatie van verschijnselen en beloop.⁹ Pinel onderscheidde 'melancolie', 'manie', 'démence', en 'idiotisme'. Het onderscheid tussen stoornissen in stemming enerzijds en denken anderzijds dat de 20ste-eeuwse diagnostiek kenmerkt, is dan nog niet strikt gemaakt. Manie zegt bij Pinel iets over onrust en agitatie, de term melancolie lijkt op onze moderne waanstoornis.

Afkomstig van Pinel zijn ook pogingen de gedragingen en overtuigingen van patiënten op te delen in losse psychologische processen: 'perceptie', 'gedachtes', 'geheugen en associatie', 'oordeelsvermogen', 'emoties' en 'verbeelding'. Het is niet moeilijk om hierin de onderdelen van het huidige psychiatrisch onderzoek te herkennen.

In de eerste helft van de 19de eeuw baseerden veel van de verklaringsmodellen zich nog vrij letterlijk op het denken van de verlichting: mensen waren, in tegenstelling tot dieren, rationele wezens. Mentale stoornissen werden gezien als een uiting van verlies van rationaliteit. De behandeling moest erop gericht zijn de rationaliteit weer de overhand te doen krijgen.

In de loop van deze eeuw kregen meer complexe benaderingen de overhand, vaak geïnspireerd door de nieuwste ontdekkingen van de tijd. Rond 1880 ontdekten Koch en Pasteur de rol van bacteriën bij het ontstaan van ziektes. Het bestaande syndroom 'dementia paralytica' was in die tijd elke clinicus bekend als het eindstadium van lues. Circa 10% van de psychiatrische opnames eind 19de eeuw bestond uit vergevorderde gevallen van lues.¹⁰ De ontdekking dat lues werd veroorzaakt door een infectie met *Treponema pallidum* maakte duidelijk dat een specifiek psychiatrisch syndroom veroorzaakt kon worden door één specifieke bacteriële oorzaak en leidde tot hypothesen over een relatie tussen andere psychiatrische beelden en specifieke bacteriële verwekkers.^{11,12} Het onderzoek van Cajal naar vorm en functie van zenuwcellen richtte de aandacht op de relatie tussen de werking van zenuwcellen en psychische stoornissen. Men postuleerde dat disfuncties van zenuwcellen ten grondslag konden liggen aan tal van psychische ziektes, waarvoor een term als 'neurasthenie' ('zenuwzwakte'), werd gebruikt, gekenmerkt door verlies van energie, somberheid, gepieker, en onvermogen de gebruikelijke taken van het leven te vervullen.

De internationale uitwisseling nam toe, waardoor artsen kennisnamen van elkaars inzichten. De nadruk kwam minder te liggen op het persoonlijke gezag van de arts en meer op het nauwkeurig verzamelen van observaties

van symptomen en het bepalen van het beloop. Zo begon de 20ste eeuw, waarbij in de psychiatrie een aanname was dat psychische stoornissen een biologische oorzaak konden hebben, en dat die oorzaak gevonden kon worden in het zenuwstelsel. Onderzoek richtte zich dan ook op het bestuderen van post mortem verkregen hersenmateriaal en pogingen om syndromen te relateren aan specifieke laesies of infecties. Dat deze aanpak klinisch succesvol kon zijn, bleek uit het werk van Wagner-Jauregg, die een behandeling ontwikkelde voor neurolues waarvoor hij in 1927 de Nobelprijs ontving (<https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/1927/wagner-jauregg/facts/>).¹⁰

Kraepelin

Aan het einde van de 19de eeuw had diagnostiek een sterk crosssectioneel karakter. Deze kijkt op diagnostiek lijkt logisch vanuit het gezichtspunt van de wetenschapper, die zich geconfronteerd ziet met de vraag of een verzameling symptomen een valide syndroom vormt, met een aantoonbare onderliggende afwijking. Met een dergelijke blik mis je echter een aspect van diagnostiek dat voor de patiënt en de clinicus het belangrijkste is, namelijk de prognose. Het wordt aan het werk van Kraepelin toegeschreven dat aan deze situatie een einde kwam.^{3,8}

Kraepelin kwam op basis van beloopobservaties tot de overtuiging dat er twee belangrijke psychiatrische stoornissen konden worden onderscheiden: één stoornis met zowel kenmerken van melancolie alsmede van datgene wat in de 19de eeuw *mania* werd genoemd. Het onderscheidende beloopkenmerk is dat de patiënten weer terug konden keren tot hun oude niveau van functioneren. Kraepelin trok hieruit de conclusie dat er bij deze patiënten blijkbaar sprake was van een tijdelijke verstoring in de mentale functies. Dit vormde een tegenstelling tot de andere stoornis die hij onderscheidde, *dementia praecox*. Deze patiënten keerden niet terug tot hun 'oude' niveau, en Kraepelin concludeerde dat er sprake was van een gestage achteruitgang die wees op een degeneratieve hersenziekte. In de ontwikkeling van zijn denken vond overigens later een relativering van deze absolute tweedeling plaats.¹³

De melancolie-manie ontwikkelde zich uiteindelijk tot de categorie bipolaire stoornis. 'Dementia praecox' werd later vervangen door 'schizofrenie'.¹⁴ Vanuit historisch perspectief is van belang dat het werk van Kraepelin voor de samenstellers van het in 1980 gepubliceerde DSM-III-systeem de basis vormde voor het onderscheid tussen affectieve en niet-affectieve psychotische stoornissen.⁶

Het neurasthenieconcept en de ontwikkeling van de psychoanalyse

Kraepelin hield zich bezig met stoornissen die zo ernstig waren dat een opname in een 'asiel' noodzakelijk was. Tegelijkertijd zien we aan het einde van de 19de eeuw toename in de aandacht voor minder ernstige stoornissen. De kennis van de werking van het zenuwstelsel

zorgde er in de tweede helft van de 19de eeuw voor dat behandelingen werden gezocht voor die groep van mensen met klachten zoals chronische moeheid, zorgelijk gepieker, angst voor onbestemde dreigingen en lichamelijke klachten waarvoor geen oorzaak gevonden kon worden. Het is een misvatting om te denken dat zulke klachten iets van de laatste tijd zijn. De term '*neurasthenie*' ('zenuwzwakte') kwam voor deze groep patiënten in zwang. Aanvankelijk werd daadwerkelijk gedacht dat de oorsprong van de klachten in disfunctionerende, 'verzwakte' zenuwen lag. De behandeling van klachten bestond uit een combinatie van rust, en het energiek maken van patiënten door diëten en ontspanning.⁸ De tot op heden in Duitsland bestaande bad- en spacultuur is er een overblijfsel van.

Het is in deze periode van aandacht voor '*neurasthenie*' dat Freud een theoretisch kader en een behandelwijze voor deze groep patiënten ontwikkelde: de psychoanalyse.¹⁵ Van historisch belang in het werk van Freud voor de ontwikkeling van diagnostische concepten zijn vier aspecten. Ten eerste dat de term '*neurasthenie*' vervangen werd door de term '*neurose*'. Ten tweede het bestaan van continuïteit van gezond naar pathologisch: iedereen is tot op zekere hoogte kwetsbaar voor neurose, en Freud kan daarmee als de grondlegger gezien worden van het continuümdenken. Ten derde dat het erom gaat individuele onderliggende, niet-waarneembare psychologische processen te identificeren, minder om een individu door een generieke diagnose tot een diagnostische groep te laten behoren. Ten vierde dat het psychoanalytisch gedachtegoed de psychiatrie van de 20ste eeuw en de maatschappelijke perceptie van het vakgebied diepgaand heeft beïnvloed. Wanneer in een talkshow een gedragsdeskundige wordt gevraagd naar 'de eigenlijke' beweegredenen van mensen, dan wordt er een vraag naar veronderstelde dieptepsychologische processen gesteld die direct te herleiden is tot het psychoanalytische gedachtegoed.

Er bestaan uitgebreide beschouwingen over het gebrek aan wetenschappelijke validiteit van de psychoanalyse.³ Voor de geschiedenis van diagnostische concepten zijn met name de eerste drie van de vier genoemde aspecten van belang: het gebruik van neurose als paraplueterm voor lichtere psychische problemen gedurende een groot deel van de 20ste eeuw, de notie dat psychische problemen in een continuüm van gezond naar disfunctioneel bestaan, en de beperkte aandacht voor specifieke diagnostiek: het persoonlijke is in de psychoanalyse belangrijker dan het algemene. We zien dit spanningsveld ook nu nog terug in de tegenstelling tussen de als onpersoonlijk 'etiket' ervaren diagnose, versus de persoonsgerichte individuele beschrijving van problemen, los van classificaties.

Gedragspsychologie en angststoornissen

De twee wereldoorlogen brachten aandacht van militaire artsen voor gedragsstoornissen bij militairen, zowel tijdens de actieve dienst als daarna. Gedragsstoornissen

bij militairen werden geruime tijd beschouwd als morele zwakte. Na de Eerste Wereldoorlog werden echter concepten uit de zich ontwikkelende gedragswetenschappen toegepast op wat onder militairen bekend stond als '*shellshock*'.¹⁶

De onderzoekers die zich bezighielden met wat we nu getraumatiseerde militairen zouden noemen, worstelden aanvankelijk met de juiste insteek voor de beelden die ze zagen. Termen als '*war hysteria*' of '*war neurosis*' wijzen op pogingen die beelden in een bekend begripkader te gieten.¹⁶ In de vroeg-twintigste-eeuwse psychiatrie zag men als oorzaken voor psychische stoornissen infecties, degeneratie of men kon te rade gaan bij de recente psychoanalyse. Geen van deze modellen kon een goede verklaring bieden voor de relatie oorlog en gedragsstoornis.

Een bruikbaar theoretisch kader werd wel gevonden in de zich ontwikkelende gedragspsychologie. Dit onderzoeksveld beschouwde ontoetsbare bespiegelingen over de innerlijke gedachtewereld, zoals die centraal staan in de psychoanalyse, als onwetenschappelijk. De grondslagen voor het vakgebied werden gelegd door Pavlov en in de VS door Skinner.^{17,18} De kern van de aanpak ziet organismen (en dus ook de mens) als stimulus-responsmachines. De innerlijke werking van het organisme was met de beschikbare onderzoeksmethodes ontoegankelijk en onderzoek diende zich te richten op het in kaart brengen van objectief meetbare variabelen: responsen als reactie op stimuli.

Oorlogstrauma's kunnen in dit model worden gezien als verstoringen in de stimulus-responsreactie. Onderzoek in de gedragspsychologie richtte zich vanuit het centrale paradigma op stimuli die een duidelijke respons gaven, zoals het opwekken van een schrikreactie bij een fysieke prikkel. De klinische uitwerking van de gedragspsychologie door onder anderen Joseph Wolpe leidde tot de ontwikkeling van de gedragstherapie, en, – in de periode 1950-1960 – tot het herkennen van verschillende vormen van pathologische angsten.¹⁹ Uiteindelijk heeft deze ontwikkeling geleid tot de DSM-categorie 'angststoornissen'.⁶ Vanaf 1970 werden verschillende beeldvormende technieken ontwikkeld, en al eerder gebruikten psychologen computersimulaties als model van menselijke informatieverwerking om aan de beperkingen van de klassieke gedragspsychologie te ontsnappen.²⁰ Daarmee ontstond de mogelijkheid om wetenschappelijk valide uitspraken te doen over innerlijke processen ('cognities') en ontstond het vakgebied 'cognitieve neurowetenschap'.⁵ Voor de therapeutische praktijk was het effect dat de gedragstherapie doorontwikkeld werd tot cognitieve gedragstherapie, waarvan Beck als een van de grondleggers beschouwd wordt.²¹

1970-1980: problemen in de specificiteit van psychiatrische concepten

In de jaren 50 kwamen de eerste op psychiatrische beelden gerichte medicijnen op de markt: chloorpromazine in 1952 en imipramine in 1958. Het werkingsmecha-

nisme was aanvankelijk niet goed bekend, maar de ogenschijnlijke specificiteit ('neuroleptica' voor schizofrenie, tricyclische antidepressiva voor ernstige depressies) leek de door Kraepelin gesignaleerde tweedeling in affectieve en niet-affectieve stoornissen te bevestigen. Tegelijkertijd bleek de betrouwbaarheid van bestaande diagnoses niet zo goed. Kendell e.a. beschreven een vergaande discrepantie tussen Engelse en Amerikaanse psychiaters bij het diagnosticeren van enkele veelvoorkomende stoornissen.²² Zo diagnosticeerden in één casus 75% van de Engelse psychiaters een persoonlijkheidsstoornis, terwijl 69% van de Amerikanen dezelfde casus kwalificeerden als schizofrenie.²²

Een aparte vermelding verdient in dit verband de antipsychiatrie. Binnen deze stroming was men van mening dat psychiatrische stoornissen kunstmatige constructies waren, en 'in werkelijkheid' non-existent. Hoewel de antipsychiatrie vaak is geridiculiseerd, dwong ze de psychiatrie wel zich te bezinnen op de validiteit van de concepten waarmee gewerkt werd.

DSM-III

De American Psychiatric Association meende dat betere standaardisering van diagnostische concepten nodig was. De vooraanstaande deskundige op het gebied van psychiatrische classificatiesystemen Robert Spitzer kreeg de opdracht tot een zo valide mogelijk en door de (Amerikaanse) beroepsgroep geaccepteerd diagnostisch systeem te komen.²³ Werkgroepen waarin experts deelnamen, creëerden op basis van consultatie van klinici consensus over een diagnostisch systeem. Uiteindelijk leidde dit in 1980 tot de publicatie van de DSM-III.²⁴ Hoewel er veel kritiek was, en nog steeds is, op het DSM-systeem, geldt de publicatie ervan als een revolutie in het diagnostisch denken in de psychiatrie.

In een ook nu nog zeer lezenswaardig artikel beschrijven Spitzer e.a. de overwegingen en uitgangspunten die de grondslag vormden voor de DSM-III.⁷ Een belangrijk uitgangspunt was de tweedeling in affectieve en niet-affectieve stoornissen. Verder was een uitgangspunt dat de oorzaak van verreweg de meeste psychiatrische stoornissen niet bekend was, en dat daarom terminologie of criteria die naar een mogelijke oorzaak zouden verwijzen, vermeden moesten worden. Verwijzingen naar jarenlang gebruikte termen als hysterie of neurose verdwenen vanwege de sterke associatie met niet bewezen oorzaken, namelijk psychoanalytische concepten. 'Neuroses' raakten verspreid over verschillende categorieën op basis van dominante symptomen: 'somatoform disorders', 'dissociative disorders', 'psychosexual disorders', en deels bij stemmingsstoornissen. De ernstiger vormen van neuroses ('karakterneuroses') werden grotendeels geïncorporeerd in de cluster B-persoonlijkheidsstoornissen. Nieuw waren de categorieën 'attention deficit disorder', 'infantile autism' en 'pervasive developmental disorder'.

DSM-III: diagnostische categorieën door consensus

Nieuw in de DSM-III was het gebruik van enquêtes onder de beroepsgroep om de status te bepalen van controversiële of onvoldoende onderzochte, maar in de klinische praktijk vaak toegepaste categorieën. Op basis van een raadpleging van leden van de APA werd in de DSM-III voor het eerst de borderlinepersoonlijkheidsstoornis formeel vastgelegd voor patiënten die symptomen van zowel neurose als psychose vertoonden.²⁵ De begeleidende tekst geeft een inkijkje in de werkwijze: *'Despite the task force's initial reluctance to include this category because of the difficulty in defining the boundaries of the concept and the admittedly ambiguous name of the category, the results of a study [...] that involved over 800 members of APA were used to describe the category.'*²⁶

Op een vergelijkbare manier werd het in die tijd controversiële onderwerp homoseksualiteit behandeld. Tot begin jaren 70 gold homoseksualiteit als een psychische stoornis. Kritiek hierop gaf aanleiding tot een enquête onder de leden van de APA om de status van homoseksualiteit te beoordelen.²⁶ Na ledenraadpleging komt de DSM-III-werkgroep uiteindelijk in 1980 tot de stellingname dat er 'twee soorten' homoseksualiteit bestaan. Een niet-pathologische variant, wanneer mensen hun seksuele oriëntatie als niet-problematisch, bij de eigen persoonlijkheid passend onderdeel van zichzelf zien en 'egodystone' homoseksualiteit die wél als pathologisch wordt geclassificeerd. Van belang voor de historische ontwikkeling is niet zozeer de discussie over homoseksualiteit, maar het voor de tijd revolutionaire aspect dat de subjectieve overtuiging van de patiënt een formele rol krijgt.

In de periode voorafgaand aan DSM-III was het, bij welke stoornis dan ook, de deskundige die bepaalde óf er überhaupt iets aan de hand was, en zo ja, welk probleem of diagnose daar dan bij hoorde. Spitzer realiseerde zich terdege het revolutionaire van de oplossing: *'[...] in this controversial condition it is the patient who judges whether or not the absence of his or her heterosexual functioning represents impairment in an important area of functioning.'*²⁶ Als zodanig laat deze aanpak een emancipatie van de patiënt zien, door het belang van de subjectieve beleving van de patiënt een plaats te geven. Dit aspect is tot op de dag van vandaag relevant, getuige de discussie over euthanasie bij jongeren en de weging van behandeling van genderidentiteit.

Uiteindelijk komt de APA in de DSM-III tot het identificeren van 17 'major diagnostic classes'.

ICD

Het DSM-systeem is zeker niet het eerste diagnostische systeem voor mentale stoornissen. Reeds sinds 1892 bestaat een voorloper van de huidige *International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death* (ICD). In 1935 verscheen in ICD-5 de eerste sectie over mentale stoornissen. Op basis van een uitgebreide wereldwijde inventarisatie van psychiatrische stoornis-

sen bevatte de in 1967 verschenen ICD-8 een geheel gereviseerde classificatie.^{27,28} De classificatie in DSM-II, de weinig bekende en gebruikte voorloper van DSM-III, was nagenoeg gelijk aan die in ICD-8.²⁷⁻³⁰

In DSM-III werd de overeenkomst met het ICD-systeem losgelaten. Spitzer verantwoordt zich in 2001: *'[...] despite the value of a single international system [...] it was more important that psychiatric classification benefit from new developments in American psychiatry [...].'*²⁹ Het DSM-III-systeem wilde gericht zijn op innovatie, en op het geven van handvatten voor (Amerikaanse) onderzoekers.²⁹ Wie tussen de regels door leest, krijgt de indruk dat Spitzer vooral een einde wilde aan de invloed van psychoanalytische concepten.

Het ICD-systeem is vergeleken met DSM meer gericht op klinische toepasbaarheid, en men probeert hierin categorieën zodanig te definiëren dat klinici zich erin kunnen 'herkennen'. Het ICD-systeem is dus meer gericht op het vastleggen van de bestaande praktijk. In de latere ICD-10 bestaan overigens aparte modules voor klinici en onderzoekers.³¹ Het ICD-systeem wordt wereldwijd het meest gebruikt, waarbij klinici aangeven zowel DSM als ICD te gebruiken voor administratie, diagnostiek, communicatie en opleiding. Beide systemen worden, volgens een enquête onder 1764 psychiaters, minder gebruikt voor het kiezen van een behandeling of het geven van een prognose.³¹

Recente ontwikkelingen en kritiek

De periode 1980 tot heden zien we een doorontwikkeling van het DSM-systeem. Er ontstond aandacht voor lichtere varianten van de archetypische beelden, die gevangen werden onder de term 'spectrum'. Een aparte vermelding verdient het onderzoek van Volkow op het gebied van verslavingen.³² Inzicht in de werking van het dopaminesysteem, in combinatie met het gebruik van beeldvormende technieken, leidde tot de notie dat het ontstaan van verslaving gepaard gaat met duidelijk aantoonbare veranderingen in hersenfunctie. Dit heeft geleid tot het zien van verslaving als psychiatrische stoornis en dat verslavingen verder geïncorporeerd zijn in het DSM-systeem.

Alles overziend kunnen we stellen dat de periode 1980 tot heden in termen van geschiedenis van de psychiatrische diagnostiek 'het DSM-tijdperk' is. Het DSM-systeem ontwikkelt zich in deze periode tot een alomtegenwoordige, maar ook dwingende standaard.

Sinds het verschijnen van DSM-III is er een voortdurende onderstroom van kritiek geweest op het systeem en de ermee verbonden wijze van kijken naar mentale problemen. Dit geldt de beperkte integratie van cross-sectionele symptomen met beloop en etiologie en het gebrek aan aandacht voor levensgeschiedenis en persoonlijke betekenis in het ontstaan van symptomen.^{33,34}

Ook de neiging om de grenzen van diagnostische 'bassins' op te rekken tot spectra wordt bekritiseerd vanwege het pathologiseren van normale gedragingen.³⁵ Sommige critici bespeuren hierin de invloed van de far-

maceutische industrie, die om redenen van marktaandeel belang zou hebben bij zo breed mogelijke definities.³⁶ Verder wordt vrijwel nooit rekening gehouden met man-vrouwverschillen in de beschrijving van uitingsvormen en beloop van psychiatrische stoornissen.³⁷ De term 'diagnostic' in de titel suggereert een diagnostisch systeem terwijl het in feite gaat om classificaties.³⁸

Beschouwing

De eerste auteur van dit artikel begon zijn carrière in de psychiatrie ruim 35 jaar geleden op een afdeling voor langdurig verblijf. Pogingen om uit te zoeken wat er met mijn patiënten aan de hand was, leidden niet altijd tot meer duidelijkheid. Ik trof in de oude, met vulpen ingevulde dossiers 'hebefrenen', 'latent schizofrenen', 'Bleulers', almede 'een goede jongen die leiding nodig heeft'. Bij vrouwelijke patiënten bleken vaak uitgebreide beschouwingen over het innerlijk geestesleven aanwezig, waarbij zij vooral vatbaar leken voor 'ik-zwakke' en leden aan 'infantiele hysteriforme neuroses'. Zo beschouwd heeft het DSM-systeem een bepaalde orde gecreëerd in een eerdere chaos, waarbij ook een paternalistische 'demannelijke-dokter-weet-het'-houding nooit ver weg was. Veel bespiegelingen over diagnostiek, zowel in het publieke debat als onder wetenschappers, missen aandacht voor datgene wat klinisch het belangrijkste is, namelijk de relatie tussen diagnose en natuurlijk beloop. Een conceptueel valide diagnose kunnen we beschouwen als een hypothese over een te verwachten beloop.³⁹ Vanuit het perspectief van de patiënt is dat het belangrijkste: de diagnose vertelt wat je boven het hoofd hangt, en daarmee hoe ingrijpend een behandeling kan en mag zijn. Er is daarom niemand die beweert dat een infarct 'maar een etiket is'. Het is echter juist die voorspellende waarde wat betreft het natuurlijke beloop die voor veel diagnoses in de psychiatrie beperkt is en waar critici terecht op wijzen. Tegelijkertijd is het een feit dat sommige mensen ontegenzeggelijk ernstige gedragsstoornissen vertonen en ernstig subjectief psychisch lijden ervaren. Diagnoses zouden daarbij een middel moeten zijn, geen doel, in het streven de juiste hulp te verlenen.

Beperkingen

Wij wijzen op drie beperkingen die voortkomen uit keuzes in de selectie van ons materiaal. Ten eerste bespreken we niet de wijze van kijken naar mentale stoornissen voor de negentiende eeuw. Ten tweede hebben we niet de ontwikkeling van kinderpsychiatrische diagnoses besproken. Ten derde behandelen we exclusief de ontwikkeling van de westerse manier van kijken. Voor de lezer die aan deze beperkingen wil ontsnappen, geven we in **tabel 1** een aantal publicaties en monografieën, die deels ook de periode voor 1800 bespreken.

Conclusie

In het voorgaande hebben we de geschiedenis van de recente psychiatrische diagnostiek beschreven. In de 19de eeuw zien we de toepassing van de wetenschap-

pelijke methode op mentale problemen. In deze tijd worden in de westerse wereld de fundamentele gelegd voor de huidige diagnostische modellen. De 20ste eeuw laat de ontwikkeling van de psychoanalyse zien, met aandacht voor de persoonlijke levensgeschiedenis van de patiënten, terwijl in een voortdurende onderstroom

de bestaande, deels 19de-eeuwse concepten worden verfijnd. Een voortdurend aanwezige factor bij het ontstaan van diagnostische concepten is de wisselwerking tussen ontwikkelingen in fundamentele kennis, therapeutische opties, en maatschappelijke opvattingen over pathologisch mentaal functioneren.

Tabel 1. Aanbevolen literatuur

W. Tseng. The development of psychiatric concepts in traditional Chinese medicine. ⁴⁰	<i>Over Chinese concepten aangaande mentale stoornissen.</i>
T.A. Lambo. Psychotherapy in Africa. ⁴¹	<i>Lambo, psychiater en bestuurder bij de WHO, wijst op belang van familie bij behandelen van niet-westerse patiënten.</i>
H. Gardner. The mind's new science. A history of the cognitive revolution. ⁵	<i>Computer als model voor menselijk brein en voor primitieve vormen van AI, vormde opstap naar psychologie waarbij men niet alleen naar gedrag keek, maar ook hypothetiseerde over 'gedachten': cognitieve psychologie en neuroscience. Gardner beschrijft eerste ontwikkeling van het vakgebied.</i>
G.E. Berrios. The history of psychiatric symptoms: descriptive pathology since the nineteenth century. ²	<i>Berrios is expert op het gebied van de geschiedenis van de psychiatrie en de beschrijvende psychopathologie. Standaardwerk over geschiedenis van psychische symptomen en hun historische context.</i>
E. Shorter. A history of psychiatry: from the era of the asylum to the age of Prozac. ⁸	<i>Monografie over geschiedenis van de psychiatrie in brede zin, van uitgesproken tegenstander van te brede ('spectra') diagnostische concepten.</i>
R.L. Spitzer e.a. DSM-III: the major achievements and an overview. ⁶	<i>Uitgebreide, lezenswaardige verantwoording van grondleggers van DSM-III over de gemaakte keuzes. O.a. plaatsbepaling van borderlineconcept, introductie van attention deficit disorder, plek van autisme en verdwijnen van 'neuroses'.</i>
A. Frances. The past, present and future of psychiatric diagnosis. ³⁵	<i>Frances, voorzitter van werkgroep die DSM-IV voorbereidde, geeft in dit artikel kritische analyse van DSM-5, met bezwaren tegen verbreding van criteria die zouden leiden tot overdiagnostiek van relatief lichte klachten, ten koste van patiënten met ernstige stoornissen.</i>
Kramer e.a. The ICD-9 classification of mental disorders. ⁴²	<i>Overzicht van historische ontwikkeling van mentale stoornissen in ICD-systeem. Co-auteurs Sartorius en Jablensky zijn grondleggers bij aandacht voor mentale stoornissen en gezondheid binnen WHO.</i>
Spitzer e.a. The DSM-III classification of the psychiatric disorders of infancy, childhood, and adolescence. ⁷	<i>Verantwoording van kinderpsychiatrische concepten in DSM-III.</i>

De literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.

AUTEURS

Nico van Beveren, psychiater en hoofdopleider, Parnassia Groep, regio Rijnmond.

Natalie Veen*, psychiater en hoofdopleider, GGZ Delfland.

Tom Birkenhager*, psychiater, Erasmus MC Rotterdam.

*Gedeeld laatste auteurs.

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 12-8-2025.

CITEREN

Tijdschr Psychiatr. 2025;67(8):420-425

Correspondentie

Dr. Nico van Beveren (N.beveren@parnassiagroep.nl).