



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

De laatste der DSM's

MARK VAN DER GAAG

Het blijft een vreemd boek, de *Diagnostic Statistical Manual*. Er staan geen diagnoses in maar classificaties; statistiek komt nergens ter sprake en het is ook geen handleiding. Toch is er nu al de vijfde editie van een boek met een foutieve titel. En dat is niet de enige fout.

De DSM-I (1952) omvatte 106 classificaties. De DSM-IV (1994) 201 classificaties. DSM-5 (2014) weer 15 extra classificaties. Een verdubbeling van het aantal classificaties in krap zestig jaar; zo snel gaat de evolutie niet. Hier is een industrie werkzaam die menselijke problemen in hoog tempo medicaliseert, menen veel critici.

De kritiek uit de hoek van de wetenschap richt zich vooral op het ontbreken van evidentie. De betrouwbaarheid bij het stellen van classificaties is meestal laag. Veel stukken tekst in de DSM zijn slecht geschreven, verwarrend en vol tegenstellingen. De farmaceutische industrie heeft een zichtbaar grote invloed gehad. De 'experts' die de DSM-5 vormden, moesten geheimhouding ondertekenen. Van hen onderhield zeventig procent financiële relaties met de farmaceutische industrie (Cosgrove & Burstajn, 2009). De procedures en uitkomsten zijn met geheimzinnigheid omgeven geweest. De resulterende DSM-5 dwingt tot onderscheidingen die geen evidentie kennen, maar die wel behandelconsequenties heb-

ben, inclusief farmacologische gevolgen en verzekeringsdekkingen.

Meer dan 15.000 mensen (<http://dsm5-reform.com>) hebben een petitie ondertekend (<http://www.ipetitions.com/petition/dsm5>) voor een review van de DSM buiten de sekte die de DSM-5 heeft vormgegeven. De petitie is ook door instanties voor geestelijke gezondheidszorg ondersteund. De internetpetitie uit 2008 om meer openheid spreekt van *junk science* en *hurtful theories*. Allan Frances (2009), de opsteller van de DSM-IV, spreekt van serieuze en gevaarlijke consequenties zoals nieuwe 'valse epidemieën'.

De DSM-5 weigert met regelmaat wetenschappelijk onderbouwde feiten te erkennen. Het is een pragmatisch diagnostisch systeem om publiek, psychiater en farmacie te dienen, niet de wetenschap: 'If scientific evidence, to the best of our knowledge at any point in time, is not deemed to be in the best interest of the profession or the public, then it is a matter of fact, not opinion, that the final judgments in the DSM process are made by the American Psychiatric Association (APA) Board of Trustees and other groups (such as the APA General Assembly), not by scientific experts' (Ghamei, 2014).

Ik noem twee van de vele voorbeelden met betrekking tot het terzijde leggen van de wetenschap. In 1980 is het honderd jaar oude con-

cept van de manische-depressieve stoornissen in twee stukken geknipt: de bipolaire stoornis en de unipolaire stoornis, nu *major depressive disorder*. Dat is gebeurd op grond van onderzoek van Angst en van Perris. Na drie decennia aanvullend prospectief onderzoek op hetzelfde cohort komt Angst met de tegengestelde conclusie: alle stemmingsstoornissen moeten gezien worden als één spectrum, zoals in Kraepelins oorspronkelijke opvatting (Angst & Cassano, 2005).

Het tweede voorbeeld zijn de persoonlijkheidsstoornissen. In de afgelopen vijftig jaar hebben duizenden studies bijgedragen aan de validiteit van dimensionele persoonlijkheidstrekken. In schril contrast hiermee staat de gebrekkige validiteit van de acht persoonlijkheidsstoornissen die ongewijzigd zijn ten opzichte van DSM-IV en slechts gering ten opzichte van DSM-III. De DSM-5-commissie weigerde wederom een dimensionele aanpak op 'pragmatische gronden'. De psychiatrie zet zich daarmee als onwetenschappelijk te kijk en maakt met de DSM-5 geen deel meer uit van een wetenschappelijke medische discipline. Misschien komt dat wel door het dilemma dat het medische model niet past bij psychische aandoeningen. Er is geen fenotype in het substraat, zoals in de andere medische disciplines. Honderd jaar hersenonderzoek heeft niet geleid tot het kunnen diagnosticeren op grond van hersenkenmerken, maar ook niet op grond van bloed of genen. Twintig jaar onderzoek naar biomarkers heeft nog geen enkele marker gevonden voor geen enkele

classificatie in de DSM. Alle biomarkers zijn namelijk transdiagnostisch van aard. Alle classificaties zijn eigenlijk *fuzzy sets* van symptoomnetwerken die elkaar grotendeels overlappen en beïnvloeden, terwijl er geen onderliggende ziekte is. Netwerkmodellen kunnen symptoomnetwerken van elkaar onderscheiden, terwijl er tevens overlap is en er geen onderliggende factor of ziekte verondersteld hoeft te worden (Borsboom, Cramer, Schmittmann, Epskamp & Waldorp, 2011).

De *stratified psychiatry* hanteert een even radicale strategie. Zij verworpt de bestaande classificaties en begint bij een biologisch substraat. Er zijn namelijk wel biomarkers, maar er is geen match met de classificaties. Bijvoorbeeld: bij PTSD, schizofrenie, depressie en nog wat aandoeningen is in sterke mate een gekrompen hippocampus te zien. In deze stratified aanpak worden psychiatrische patiënten met een meetbaar gekrompen hippocampus als transdiagnostische groep onderzocht naar kenmerken, beloop en behandelbaarheid (Kapur, Phillips & Insel, 2012).

Inmiddels heeft de National Institute of Mental Health (NIMH) besloten dat de DSM-5 onwetenschappelijk is en dat subsidieaanvragen die zich baseren op de classificaties van de DSM niet meer gehonoreerd zullen worden. De NIMH wil onderzoek naar transdiagnostische biologische substraten (<http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/strategic-objectives/strategic-objective-1.shtml>). De omwenteling is begonnen. De toekomst is anders dan het verleden.

Referenties

- Angst, J. & Cassano, G. (2005). The mood spectrum: Improving the diagnosis of bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 7, Suppl 4, 4-12.
- Borsboom, D., Cramer, A.O., Schmittmann, V.D., Epskamp, S. & Waldorp, L.J. (2011). The small world of psychopathology. *PLoS One*, 6, e27407.
- Cosgrove L. & Burstajn, H.J. (2009). Toward credible conflict interest policies in clinical psychiatry. *Psychiatric Times*. <http://www.psychiatrictimes.com/articles/toward-credible-conflict-interest-policies-clinical-psychiatry/page/0/1>
- Frances, A.A. (2009). Warning sign on the road to DSM-5: Beware of its unintended consequences. *Psychiatric Times*. <http://www.psychiatrictimes.com/articles/warning-sign-road-dsm-v-beware-its-unintended-consequences/page/0/1>
- Ghaemi, S.N. (2014). DSM-5 and the miracle that never happens. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, in press.
- Kapur, S., Phillips, A.G. & Insel, T.R. (2012). Why has it taken so long for biological psychiatry to develop clinical tests and what to do about it? *Molecular Psychiatry*, 17, 1174-1179.