

– PSYCHODIAGNOSTIEK ANDERS BEKEKEN –

Psychodiagnostiek anders bekeken

– Kritieken op de DSM –

*Een pleidooi voor
functiegerichte diagnostiek*

STIJN VANHEULE



Psychodiagnostiek anders bekeken draagt het GPRC label, wat staat voor 'Guaranteed Peer Reviewed Content'. Met dit kwaliteitslabel geeft de Vlaamse Uitgevers Vereniging (VUV) aan dat de publicatie die dit label draagt een peerreviewprocedure heeft doorlopen die beantwoordt aan de internationale wetenschappelijke standaarden.

D/2015/45/9 | ISBN 978 94 014 2122 5 | NUR 875

First published in English by Palgrave Macmillan, a division of Macmillan Publishers Limited under the title *Diagnosis and the DSM – A Critical Review* by Stijn Vanheule. This edition has been translated and published under the licence from Palgrave Macmillan. The author has asserted his right to be identified as the author of this Work.

VERTALING Erik Mertens, Stijn Vanheule, Lesley Van Hoey
VORMGEVING COVER Compagnie Paul Verrept
VORMGEVING BINNENWERK LetterLust | Stefaan Verboren
COVERBEELD Michaël Borremans | *The Ear* | 2011 | 42,0 x 53,0 cm,
olie op doek | foto: Peter Cox | courtesy Zeno X Gallery, Antwerpen

© Stijn Vanheule & Uitgeverij Lannoo nv, Tiel, 2015.

Uitgeverij LannooCampus maakt deel uit van Lannoo Uitgeverij,
de boeken- en multimediadivisie van Uitgeverij Lannoo nv.

Alle rechten voorbehouden. Niets van deze uitgave mag verveelvoudigd worden en/of openbaar gemaakt, door middel van druk, fotokopie, microfilm, of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Uitgeverij LannooCampus
Erasmestraat 179 bus 101 | 3001 Leuven | België

www.lannoo-campus.be

Inhoud

Inleiding	7
1 Kritiek op de wetenschappelijke betrouwbaarheid van de DSM	14
Van prototype naar checklist: een beknopt overzicht	17
Commotie in de psychiatrie, deel I: diagnostiek onder vuur tijdens de jaren 1970	27
Commotie in de psychiatrie, deel II: kritische wetenschappers doorprikken het ideaal van de psychiatrie	42
Commotie in de psychiatrie, deel III: deinstitutionalisering, rationalisering, medicalisering en vage besluitvorming	54
De neo-Kraepeliniaanse herstelbeweging	60
Diagnostische betrouwbaarheid sinds de DSM-III	70
Conclusie	79
2 Kritiek op de wetenschappelijke validiteit van de DSM	98
Hoe de DSM rekening houdt met de context	101
De paradox van polythetisch-beschrijvende diagnoses	106

Diagnostiek op basis van tekens	110
Voorbij diagnostiek op basis van tekens: symptomen als persoonlijke constructies	113
Intermezzo: Lacans benadering	125
De zoektocht naar biomedische referenten	129
De psychische stoornis: welk soort entiteit?	140
Conclusie	148
3 Een pleidooi voor functiegerichte diagnostiek	154
Fundamentele problemen met de DSM	155
Functiegerichte diagnostiek	157
Casusconstructie	161
Kwalitatief onderzoek als methodologisch kader	164
Kwaliteitsbewaking binnen de functiegerichte diagnostiek	171
Reflexiviteit	173
Reflexiviteit binnen de functiegerichte diagnostiek	177
Werken aan validiteit en betrouwbaarheid: een kwestie van zorgvuldig verifiëren	192
Betrouwbaarheid van naderbij bekeken	197
Validiteit van naderbij bekeken	201
Conclusie	208
Dankwoord	216
Referenties	218

Inleiding

WERELDWIJD IS DE *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), het psychiatrisch handboek van de American Psychiatric Association, het meest gebruikte instrument om vormen van psychopathologie vast te stellen. Wanneer in 1952 de eerste versie verschijnt, is de DSM een bescheiden werkje. Binnen een bestek van 132 pagina's bespreekt het handboek 106 stoornissen. Vele psychiaters kijken op dat moment neer op de DSM: een noodzakelijk kwaad waar bureaucraten misschien wel tevreden mee zijn, maar waar de clinicus niets mee aan kan. Anno 2013, wanneer in Amerika de vijfde versie van de DSM (DSM-5) op de markt komt, is de situatie helemaal anders.¹ Het handboek is intussen een klepper geworden die in het Nederlands 1211 bladzijden telt en 347 stoornissen rijk is. De DSM heeft in de tussentijd ook een heel andere status gekregen. Het kneusje van weleer is de 'bijbel' van de psychiatrie geworden. Zorgmanagers en overheden gebruiken het instrument om de geestelijke gezondheidszorg aan te sturen, zorgverzekeraars baseren zich op de DSM om de terugbetaling van behandelingen te regelen, studenten leren via het handboek wat psychiatrie is en onderzoekers vertrekken van de DSM om psychische aandoeningen te bestuderen.

De DSM-5 is net zoals de vorige versies van de DSM een *classificatiesysteem*. Het handboek deelt psychische problematieken op in categorieën en voorziet ze van een naam, zoals 'depressie' of 'autisme'. De DSM-stoornissen zijn intussen gemeengoed geworden.

De populaire cultuur is dol op een vleugje gestoordheid en via internet kan zowat iedereen zonder moeite te weten komen wat die stoornissen precies inhouden. Meer nog: psychiatrische stoornissen zijn een politieke factor geworden. Wie een stoornislabel op zak heeft, krijgt toegang tot zorg en begeleiding. Een stoornis verleent een individu rechten waarop niet iedereen aanspraak kan maken.

Ondanks deze populariteit is de DSM omstreden. Het handboek kwam tot stand via overleg tussen psychiaters. Op zich is daar niets mis mee. Wetenschap boekt vaak vooruitgang door een volgehouden dialoog tussen vakgenoten (Dehue, 2014). De dialogische basis van de DSM dient ons echter ook alert te maken: de inhoud van het handboek is niet zomaar voor waar aan te nemen. Een diagnostisch instrument als de DSM-5 moet zorgvuldig gewikt en gewogen worden. Een diagnostisch instrument heeft immers maar waarde indien het een goed vertrekpunt vormt om gegronde en consistente beslissingen te nemen die passen binnen een ruimer en coherent theoretisch kader over psychopathologie. In dit boek onderzoek ik welk gewicht de DSM-5 kan leggen in de weegschaal van het professionele beslissingsproces over het al dan niet pathologisch zijn van iemands functioneren. Het handboek heeft een enorme impact op het leven van velen en precies daarom moeten we goed weten op welke basis de DSM-5 precies rust. Levert de DSM-5 effectief een goed vertrekpunt om gegronde en consistente beslissingen te nemen? Of laat het handboek ons maar wat aanmodderen in ons denken over psychische problemen? Gebruikers van de DSM gaan er vaak van uit dat het handboek wetenschappelijk gezien in orde is. Het is het vlaggenschip van een erg prestigieuze professionele vereniging en het woordje *'statistical'* uit de titel van het handboek doet vermoeden dat er heel wat cijferwerk aan voorafgegaan is. In werkelijkheid is de DSM helemaal niet

opgebouwd op basis van onderzoek, maar via stemming in commissies die werken met geheimhouding. Al te vaak functioneert de DSM effectief als een bijbel: een geschrift dat zou openbaren hoe de wereld van het psychisch leed precies in elkaar zit. Het gevolg is navenant. Zowel professionals als mensen zonder speciale scholing gaan veelal resoluut en onbedachtzaam om met de stoornislabels uit het handboek.

Dit boek vertrekt van de idee dat het niet zo verstandig is om kritiekloos te ‘geloven’ in de DSM. Dominante denkkaders moeten niet zomaar voor waar aangenomen worden. Bij tijd en wijle leggen we ze best eens op de rooster, zodat we effectief blijven nadenken over de wijze waarop die kaders vorm geven aan de realiteit die we menen te percipiëren. De DSM vertrekt van een hele reeks aannames over wetenschap en over psychisch disfunctioneren. Deze aannames zijn geworteld in historische discussies die hebben geleid tot tal van keuzes, waarmee men het al dan niet eens kan zijn. Gebruikers van de DSM-5 denken daarom best goed na over de fundamenten van het systeem. Verder staat de ontwikkeling van de DSM duidelijk ook in dialoog met wetenschappelijk onderzoek in de psychiatrie en in de klinische psychologie. De DSM is niet gebaseerd op onderzoek, maar kan er wel aan worden onderworpen, en kan anderzijds ook gebruikt worden als vertrekpunt voor wetenschappelijk studiewerk. Dit boek houdt de DSM tegen het licht van een aantal fundamentele wetenschappelijke bevindingen en nodigt de lezer uit om mee te reflecteren over de wetenschappelijke waarde van de DSM.

De eerst twee hoofdstukken gaan in op de betrouwbaarheid en de validiteit van de DSM. Betrouwbaarheid en validiteit zijn twee methodologische begrippen die iets vertellen over de kwaliteit van wetenschappelijke instrumenten. Een meetinstrument is

betrouwbaar indien het ons toelaat om consistente vaststellingen te doen: telkens wanneer we hetzelfde fenomeen beschouwen, komen we tot dezelfde vaststelling. Validiteit gaat over het goed gefundeerd zijn van metingen. Een meetinstrument is valide als het ons toelaat om gegronde uitspraken te doen over fenomenen die echt bestaan in de werkelijkheid.

Hoofdstuk 1 richt zich op de betrouwbaarheid van de DSM-5 en de voorgaande versies van het handboek. In de beginnaden van de psychiatrie vertrok de psychodiagnostiek niet van de checklists met symptomen die we nu kennen uit de DSM-5, maar van prototypische beschrijvingen of klinische beelden van diverse vormen van psychopathologie. Door tal van administratieve bekommernissen werden vanuit deze beschrijvende beelden classificatiesystemen ontwikkeld, zoals de DSM. Geleidelijk aan haalden de classificatiesystemen de overhand boven beschrijvende benaderingen. Striemende kritieken op de gangbare diagnostiek in de jaren 1960 en 1970 gaven een belangrijke stimulans aan deze omslag. De psychiatrie verkeert op dat moment volop in crisis: onderzoekers tonen aan dat de psychiatrische diagnostiek onbetrouwbaar is, kritische denkers geven aan dat de psychiatrie wordt gedreven door motieven die minder nobel zijn dan velen denken, en maatschappelijke veranderingen plaatsen de toenmalige psychiatrie in nauwe schoentjes. Een groep zogenaamde neo-Kraepeliniaanse psychiaters reageren op deze crisis door sterker dan ooit te hameren op het medische karakter van de psychiatrie. Zij stellen voor om in de diagnostiek niet langer te vertrekken van algemeen geschetste ziektebeelden, maar van specifieke stoorniscriteria per aandoening. Hiermee is de checklistdiagnostiek geboren. Vaak wordt gedacht dat checklistdiagnostiek wetenschappelijk veel solider is dan vormen van diagnostiek die vertrekken van verhalend materiaal. In het

eerste hoofdstuk toon ik aan dat deze veronderstelling niet klopt. Onderzoek toont aan dat de psychiatrische diagnostiek met de DSM-5 geenszins betrouwbaarder is dan de diagnostiek tussen de late jaren 1950 en de vroege jaren 1970. Wat in de tussentijd wel wijzigde, zijn de criteria aan de hand waarvan betrouwbaarheidsstatistieken worden beoordeeld. Die werden steeds minder streng, waardoor het lijkt dat de kwaliteit van ons werk nu veel beter is dan toen. Dit is echter een illusie. Meer nog, veel van de problemen die kritische onderzoekers in de jaren 1970 aanhaalden, zoals de tendens tot haastige besluitvorming en de neiging tot reïficatie, zijn helemaal niet opgelost en blijven een fundamentele uitdaging voor de hedendaagse psychodiagnostiek.

Het tweede hoofdstuk gaat na op welke manier de DSM-5 omgaat met de inbedding van psychische problemen in levenscontexten, en bespreekt welk soort entiteit psychische stoornissen volgens de DSM zijn. Ik schuif hierbij naar voren dat de DSM ervan uitgaat dat de levenscontext van het individu (zoals de levensgeschiedenis, sociale omstandigheden, en de culturele achtergrond) slechts een beperkt modererende invloed heeft op het tot stand en tot uitdrukking komen van symptomen. Het handboek gaat er heel sterk van uit dat symptomen slechts tekens zijn die primair wijzen op verstoord neurobiologisch functioneren. In het verlengde hiervan cultiveert de DSM een vrij naïeve essentialistische visie op psychische stoornissen, die maar weinig wordt ondersteund door onderzoeksgegevens. Vertrekkend vanuit de fenomenologische psychiatrie en de Lacaniaanse psychoanalyse pleit ik in dit hoofdstuk voor een *reflexieve* benadering van psychopathologie. Een dergelijke benadering miskent niet dat psychische problematieken gekenmerkt worden door probleemspecifieke of stoornisspecifieke patronen, maar gaat ervan uit dat typische configuraties nooit

zomaar toe te passen zijn op specifieke casussen, wat dan aanleiding geeft tot een casuïstische benadering van psychodiagnostiek.

In hoofdstuk 3 formuleer ik de kernpunten voor een alternatieve casuïstische benadering in de psychodiagnostiek: functiegerichte diagnostiek. De achterliggende gedachte is dat psychodiagnostiek zich beter niet richt op het klasseren van entiteiten (individuen, problematieken) binnen categorieën, maar op het ophelderen van dynamische processen waarbinnen iemands psychische problematiek is ingebed. Hierbij moet bijzondere aandacht worden besteed aan contextualisering. Actieve kwaliteitsbewaking is belangrijk bij deze fundamenteel andere benadering van psychodiagnostiek. Betrouwbaarheid en validiteit zijn niet zomaar gegeven, maar krijgen gestalte via werkvormen die aanleunen bij methoden uit kwalitatief onderzoek. In het slothoofdstuk licht ik toe hoe hiermee pragmatisch aan de slag gegaan kan worden.

Dit boek is een bewerkte vertaling van mijn boek *Diagnosis and the DSM – A Critical Review* (Palgrave Macmillan, 2014). De hoofdstukken 1 en 2 figureren ook in de Engelstalige versie, maar hoofdstuk 3 werd toegevoegd aan deze Nederlandstalige bewerking. Hierdoor ontstond een compleet ander boek: een dat niet enkel kritisch reflecteert over DSM-diagnostiek, maar ook uitlegt waarom de clinicus best functiegericht werkt, en welke methodische gestrengheid noodzakelijk is.

NOTEN

1 De Nederlandse vertaling verscheen in het voorjaar van 2014.





**Kritiek op de
wetenschappelijke
betrouwbaarheid
van de DSM**

IN BRONNEN OVER PSYCHIATRIE EN KLINISCHE PSYCHOLOGIE is vaak te lezen dat de DSM-III een stimulans gaf aan de betrouwbaarheid van de psychiatrische diagnostiek. Zo meldt de inleiding van de DSM-5 (p. 53) bijvoorbeeld: 'De DSM heeft steeds gezorgd voor een aanzienlijke verbetering van de betrouwbaarheid van de classificaties.' Hier en daar worden wel eens vragen gesteld bij de validiteit van het handboek ('benoemen de DSM-categorieën échte onderliggende realiteiten?'), maar velen gaan ervan uit dat de DSM ons in staat stelt om op een eenduidige manier te spreken over psychische problemen. Aan de basis van deze optimistische opvatting ligt de idee dat de psychiatrie voor het DSM-tijdperk werd gekenmerkt door een Babylonische spraakverwarring: verschillende auteurs vertrokken van verschillende theorieën, en al te vaak gaven ze allemaal een eigen invulling aan begrippen zoals schizofrenie en neurose. Daardoor is het niet ondenkbaar dat diagnostici zich veel te sterk lieten leiden door persoonlijke interpretaties. Verschillende vormen van psychopathologie waren immers niet voldoende eenduidig gedefinieerd. Velen denken dat dit probleem grotendeels werd verholpen door de DSM-III. Vanaf dan begon men immers diagnoses te stellen op basis van lijsten met specifieke diagnostische criteria. Deze *checklists* geven het gevoel

eindelijk te beschikken over een heldere taal die zou toelaten om menselijk gedrag consequenter te beoordelen. Echter, de stelling, of veronderstelling, dat er sinds de DSM-III werkelijk sprake is van een 'aanzienlijke verbetering van de betrouwbaarheid' is ongegrond. Het is niets meer dan een aanname die kritisch onderzocht moet worden.

Betrouwbaarheid is een complex gegeven en kan niet losgekoppeld worden van de vraag hoe we meer globaal denken over de diagnostiek van psychische problemen. Aanvankelijk maakte de psychiatrische diagnostiek gebruik van een prototypische aanpak. In oudere psychiatrische handboeken vinden we dan ook terug dat auteurs het ruime klinische beeld van verschillende vormen van psychopathologie uitvoerig beschrijven en deze uitleg rijkelijk illustreren met klinische voorbeelden. In praktijksituaties baseerden klinici zich op deze prototypes. Wanneer ze diagnoses stelden, vergeleken ze hun eigen patiënt met de beschrijvingen uit een handboek en gingen ze na in welke mate geobserveerde klachten overeenkwamen met wat de leermeesters te boek hadden gesteld.

In dit hoofdstuk bespreek ik hoe en waarom de prototypische diagnostiek in de loop van de tijd plaats ruimde voor *checklistdiagnostiek*. Deze omschakeling gebeurde niet op basis van klinische argumenten en gaf dan ook aanleiding tot een eenzijdige focus op classificatie. In de eerste twee versies van de DSM (DSM-I, 1952; DSM-II, 1968) zien we deze gerichtheid op classificatie reeds opduiken. De grote kanteling naar checklistdiagnostiek komt er in de jaren 1970. Op dat moment wint de kwestie van de betrouwbaarheid van diagnostiek sterk aan belang. Tijdens deze periode bevond de psychiatrie zich in een crisis, die aan minstens drie factoren te wijten was: empirische studies toonden aan dat de psychiatrische besluitvorming onbetrouwbaar was, academici gaven

striemende kritieken op het hele opzet van de psychiatrie, en een aantal maatschappelijke veranderingen gaf aanleiding tot een kwantitatieve visie op het beleid in de geestelijke gezondheidszorg. De DSM-III (1980) pikte in op deze crisis en beloofde een nieuw tijdperk van wetenschappelijke gestrengheid. De diagnostiek op basis van prototypes was kop van jut, en werd verdrongen door een aanpak die veel transparanter en eenduidiger zou zijn: checklistdiagnostiek. Vaak denkt men dat de psychiatrie dankzij deze omschakeling vanaf de jaren 1980 grote vooruitgang boekte. Ik zal echter beargumenteren dat de betrouwbaarheid van de DSM sterk wordt overschat. In 1997 signaleerden Kutchins en Kirk dit reeds voor de DSM-III, maar eigenlijk wordt pas met het veldonderzoek van de American Psychiatric Association naar hun eigen DSM-5 duidelijk dat de goednieuwsshow over de DSM compleet misplaatst is. We beginnen echter bij het begin.

VAN PROTOTYPE NAAR CHECKLIST:

EEN BEKNOPT OVERZICHT

De checklistbenadering die we kennen uit de laatste versies van de DSM is een relatief recente uitvinding. Voor de DSM-III werden psychiatrische diagnoses meestal gesteld op basis van prototypes. Psychiatrische handboeken omvatten toen geen lijsten met criteria, maar ‘klinische beelden’: narratieve beschrijvingen van verschillende vormen van psychopathologie. De prototypische benadering ontstond samen met de psychiatrie zelf. Men vindt ze reeds terug in het werk van de aliënist Philippe Pinel. In zijn boek *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie* schetst Pinel (1800) niet enkel de centrale ideeën van deze

nieuwe discipline, zoals principes voor de morele en medische behandeling van waanzin, maar geeft hij ook een overzicht van verschillende ‘soorten’ psychische ziekten (Pigeaud, 2001). Geleid door Immanuel Kants (1764) stelling dat diagnostische redeneringen uit de algemene geneeskunde toegepast kunnen worden op waanzin, en geïnspireerd door Thomas Sydenhams aanbeveling (1624-1689) om ziektes te klasseren zoals botanisten doen met planten, veronderstelt Pinel dat verschillende soorten van waanzin kunnen worden onderscheiden.

Volgens Pinel is waanzin een psychische toestand waarbij het samenspel tussen hartstochten (*passions*) verstoord verloopt. Kenmerkend voor zijn benadering is dat hij de ziektegeschiedenis van patiënten gedetailleerd documenteert en ernaar streeft om patiënten binnen de muren van de kliniek heel nauwkeurig te observeren en te beluisteren. Op die manier tracht Pinel te vatten hoe het samenspel tussen hartstochten en omstandigheden leidt tot het ontstaan van psychische ziekten (Pigeaud, 2001). Hij maakt in die context niet alleen een onderscheid tussen behandelbare en onbehandelbare patiënten, maar ook tussen soorten aandoeningen ‘die afhankelijk zijn van verschillen in temperament, leefgewoontes, intellectuele bekwaamheid, de functies die aangetast zijn, en dergelijke meer’ (D.D. Davis in: Pinel, 1806, p. i.i.). Pinel onderscheidt meer bepaald vijf psychische ziekten: melancholie, manie zonder delier, manie met delier, dementie en idiotie. Hij onderscheidt deze aandoeningen op basis van de symptomen die patiënten rapporteren, aangevuld met klinische observatiegegevens. Elke specifieke aandoening wordt gekenmerkt door typisch gedrag en door een karakteristieke manier van omgaan met anderen. Pinel illustreert dit met klinische vignetten van patiënten uit het Hôpital Bicêtre in Parijs en met historische casussen die hij

haalt uit de literatuur. Pinels benadering beperkt zich echter niet tot het beschrijvende, maar heeft ook de ambitie om te vatten welke bredere patronen onderliggend zijn aan een bepaalde psychische aandoening. Zo besteedt hij bijvoorbeeld aandacht aan het typische verloop of aan de prognose die hoort bij specifieke ziektebeelden. Kenmerkend voor Pinels benadering is vooral dat hij zich richt op de *essentiële vorm* of het *basistype* van de vijf aandoeningen die hij onderscheidt. Vandaar ook de idee dat hij de grondlegger is van een *prototypische benadering* in de diagnostiek.

Na Pinel blijft de prototypische benadering lange tijd overheersend in de psychiatrische diagnostiek. In psychiatrische handboeken van voor 1980 vinden we vooral klinische beelden van verschillende mentale aandoeningen die worden beschreven met aandacht voor de actuele mentale toestand van de patiënt, etiologie, ziektegeschiedenis, prognose en uitkomst. Sommige auteurs, zoals Eugen Bleuler (1934), die bij het opbouwen van psychiatrische kennis vooral een inductieve werkwijze volgt (Moskowitz & Heim, 2011), leggen heel sterk de nadruk op de psychologische mechanismen die verbonden zijn met bepaalde aandoeningen, zoals verstoringen van de gedachteassociaties bij schizofrenie. Anderen, zoals Emil Kraepelin (1921), die een meer deductieve benadering volgt, besteden vooral aandacht aan biologische factoren die een aandoening zouden kunnen veroorzaken (Weber & Engstrom, 1997).

Het grootste verschil tussen een prototypische methode en de checklistbenadering van de DSM, is dat de prototypische diagnostiek zich richt op *een geheel van kenmerken*. Specifieke gedragingen en klachten worden niet afzonderlijk beoordeeld, maar worden beschouwd in het licht van *patronen* in het functioneren van een individu. Prototypische diagnoses gaan uit van illustratieve

casussen en klinische vignetten die in de literatuur beschreven staan. Op basis daarvan beslist de clinicus of en in hoeverre de problemen van een patiënt overeenkomen met de beschreven gedragspatronen. Diagnostiek die vertrekt van de DSM, daarentegen, richt zich op afzonderlijke symptomen en criteria en besteedt geen aandacht aan de manier waarop verschillende symptomen wederzijds verbonden zijn via een onderliggende structuur. De DSM veronderstelt dat diagnostische criteria losstaan van elkaar en hierdoor *additief* van aard zijn: diagnoses worden gesteld door op te tellen aan hoeveel criteria iemands functioneren voldoet.

In de DSM-5 komt deze additieve visie ook tot uiting in de dimensionale beoordeling van ernst. Vorige versies van de DSM houden strikt vast aan een categoriale benadering, en gaan ervan uit dat patiënten ofwel een stoornis hebben, ofwel een stoornis niet hebben. De DSM-5 daarentegen neemt aan dat sommige stoornissen trapsgewijs tot uiting komen. Dit is bijvoorbeeld het geval bij de DSM-5-categorie 'stoornis in alcoholgebruik' (pp. 667-669), waarbij men aanneemt dat de stoornis ernstiger is naarmate iemand aan meer criteria¹ voldoet. Zo'n aanpak kan adequaat lijken, maar laat het kwalitatieve gewicht van de diagnostische criteria buiten beschouwing: sommige patiënten hebben slechts een beperkt aantal symptomen, maar lijden heel ernstig onder hun toestand. Omdat ze echter voldoen aan te weinig stoorniscriteria zullen individuen binnen een puur additieve visie geen diagnose krijgen, of beschouwd worden als personen met een lichte problematiek. Aangezien de DSM-5 (pp. 72-73) zelf aangeeft dat men bij het stellen van diagnoses de psychische lijdensdruk centraal moet stellen, lijkt het louter tellen van het aantal symptomen niet de beste strategie om de ernst van een psychische stoornis te bepalen.

De eerste twee edities van de DSM (DSM-I en -II) vertrekken weliswaar nog steeds van prototypische beschrijvingen van mentale stoornissen, maar werken deze slechts in geringe mate uit. Zo wordt schizofrenie in de DSM-II (p. 33) bijvoorbeeld beschreven met een paragraaf van amper 128 woorden, waarin niet wordt verwezen naar enig klinisch materiaal. Op dezelfde manier worden ook de subtypes van schizofrenie bijzonder kort beschreven. Zo worden aan de specifieke omschrijving van het gedesorganiseerde type van schizofrenie slechts 35 bijkomende woorden² besteed. Hierin wordt gesteld dat er sprake is van ‘gedesorganiseerd denken’ of van ‘zielig en regressief gedrag’, maar wordt niet aangegeven hoe deze kenmerken zich kunnen manifesteren in de kliniek. Verwijzingen naar auteurs die in eerdere werken wel gedetailleerde omschrijvingen gaven, ontbreken eveneens, waardoor de diagnosticus enkel kan terugvallen op zijn eigen invulling van deze begrippen. Als we de vergelijking maken met de gedetailleerde beschrijvingen in klinische handboeken zoals dat van Bleuler (1934), die 72 pagina’s besteedt aan zijn bespreking van schizofrenie, kunnen we enkel besluiten dat de beschrijving van specifieke psychiatrische aandoeningen in de vroegere versies van de DSM bijzonder beknopt is. Eerder dan de diagnosticus aan het werk te zetten met prototypes, promoten de DSM-I en -II *stereotypes* die nooit kunnen leiden tot een verfijnde beoordeling van iemands problematiek.

Een van de redenen waarom de eerste versies van de DSM slechts zo summier uitgewerkt zijn, is dat Amerikaanse psychiaters aanvankelijk niet geloofden in de relevantie van diagnostische classificatiesystemen (Strand, 2011). Enerzijds vertrokken ze van een holistische opvatting over geestelijke gezondheid en gingen ze ervan uit dat psychische stoornissen ‘tot stand kwamen door een combinatie van psychologische en omgevingsgebonden oorzaken

die vorm kregen door de constitutie of predispositie van het individu' (Grob, 1991, p. 422). Anderzijds beschouwden ze ziekte als een individuele aangelegenheid, waardoor ze zich richtten op de patiënt, eerder dan op de stoornis als abstracte categorie (Grob, 1991). Ondanks deze beperkte interesse in categoriale classificatie, kwam de American Psychiatric Association in de jaren 1950 toch met een handboek als de DSM op de proppen. Dit kan verwonderen. Echter, de reden hiervoor is niet te vinden in het veld van de klinische psychiatrie, maar in het werk van epidemiologen en statistici, die het project hadden opgevat om psychische problemen cijfermatig in kaart te brengen. Om een overzicht te kunnen maken van welke psychiatrische aandoeningen zoal voorkomen in de algemene bevolking, was er nood aan een eenvoudig en duidelijk afgebakend classificatiesysteem, dat relatief gemakkelijk gescoord kon worden door iemand die geen doorgedreven psychiatrische scholing genoten had. De DSM-I kwam hieraan tegemoet.

De interesse om het veld van de psychiatrie statistisch in kaart te brengen, ontstond in het midden van de 19de eeuw. In het begin van de 20e eeuw kwam daar nog een groeiende belangstelling voor populatiestudies bij. Op grote schaal wou men allerlei kenmerken van de algemene bevolking meten. Om zicht te krijgen op de frequentie van psychische aandoeningen had men gestandaardiseerde classificatiesystemen nodig. In 1918 publiceerde de American Medico-Psychological Association en het US National Committee for Mental Hygiene een eerste handleiding om psychiatrische problematieken te inventariseren: de *Statistical Manual for the Use of Institutions for the Insane*. Deze handleiding telt 37 pagina's en kan gebruikt worden als basis voor kwantitatieve dataverzameling. Het boekje bestaat uit een reeks sjablonen om patiënten te