

## **VORDERINGEN EN PRAKTIJK**

13 en 14 december 2012

Stadsgehoorzaal Leiden

### **DSM-5: TAAL VOOR DIAGNOSTIEK OF POLITIEK EN FARMACEUTISCH VEHICULUM?**

Prof. dr. Albert M. van Hemert, psychiater, LUMC

Dr. Berend Terluin, Huisarts, VUMC

In: Assendelft WJJ, Hoornweg J, de Meijer PHEM, Wind AW (red). Vorderingen en Praktijk. Leiden: Boerhaave Nascholing voor Postacademisch Onderwijs in de Geneeskunde – Leids Universitair Medisch Centrum, 2012: 335-48.

## **SAMENVATTING**

In mei 2013 wordt de vijfde editie verwacht van het Amerikaanse classificatie systeem voor psychiatrische stoornissen, de DSM-5. Bij de voorbereiding is er forse kritiek geweest, onder andere op de onafhankelijkheid van de werkgroepen en op de validiteit van de diagnoses.

De ontwikkeling van een betrouwbaar classificatiesysteem voor de psychiatrie is een belangrijke stap geweest in de ontwikkeling van het vakgebied. Veel meer dan in het verleden is er een eenheid van taal gekomen.

Over de validiteit van de syndroomdiagnosen is nog veel discussie gaande. In de klinische praktijk is het niet altijd goed mogelijk om alleen op basis van syndroomcriteria een onderscheid te maken tussen situaties waarin gesproken kan worden van een stoornis en situaties waarin dat niet of minder van toepassing is. Voor de eerste lijn laat dit zich goed illustreren aan de hand van de depressieve reactie en de depressieve stoornis. Alleen op basis van symptomen kan depressiviteit als reactie op gebeurtenissen en omstandigheden niet altijd worden onderscheiden van depressiviteit als ontregeling (d.w.z. een depressieve stoornis). Dit kan belangrijke consequenties hebben voor de farmacotherapeutische behandeling van depressie in de eerste lijn.

Voor een zinvol gebruik van de classificatiesystemen moeten in de klinische praktijk, naast de syndroomcriteria, steeds ook de context van de patiënt, de voorgeschiedenis, het ziektebeloop, de familieanamnese, functionele beperkingen en etiologische overwegingen bij de diagnostiek betrokken worden.

## **TAKE HOME MESSAGES**

1. Het DSM-systeem is ontworpen voor psychiatrische classificatie. Het kan de klinische diagnostiek ondersteunen, maar niet vervangen.
2. De DSM/NHG-diagnose 'depressieve stoornis' verliest haar betekenis als zij wordt losgemaakt van de levensomstandigheden van de patiënt.
3. Antidepressiva hebben alleen bij ernstige depressies een werking die meer is dan een placebo-effect.

In mei 2013 wordt de vijfde editie verwacht van het Amerikaanse classificatie systeem voor psychiatrische stoornissen, de DSM-5. Bij de voorbereiding is er forse publieke kritiek geweest, zoals blijkt uit krantenkoppen in *De Volkskrant*, zoals *'Normaal' gedrag als ziek in nieuw psychologenhandboek* (6 augustus 2011), *Psychiatrie in de greep van commercie* (14 maart 2012) en *'Nieuw handboek psychiatrie is onverantwoord'* (9 mei 2012). De toon lijkt te zijn gezet. Die DSM-classificatie 'deugt niet'. Twee belangrijke aanleidingen voor de kritiek waren een open brief van de Amerikaanse *'Society for Humanistic Psychology'*, die zich zorgen maakt over verdergaande medicalisering van psychologische problemen en een artikel in *Plos Medicine* uit 2012 over belangenverstrengeling met de farmaceutische industrie [1, 2]. Beide discussies roepen sterke emotionele reacties op en voor beide discussies is er ongetwijfeld ook wel enige grond. Immers, waar rook is, is vuur. Maar, zoals dat gaat met publieke discussies, veel nuancering wordt in de standpunten niet aangebracht. Het lijkt een beetje alles of niets. Je bent voor of je bent tegen de DSM. In de tekst die volgt gaan wij dieper in op de achtergronden van de DSM-classificatie in de psychiatrie en in de eerste lijn. Wij geven eerst een overzicht van het ontstaan van het classificatiesysteem en van de belangrijkste kracht en beperking. Vervolgens richten wij ons als voorbeeld meer specifiek op de praktische toepassing bij de diagnostiek en behandeling van de depressieve stoornis in de eerste lijn, omdat die in de praktijk veel voorkomen.

### *CLASSIFICATIE IN DE PSYCHIATRIE*

Een betrouwbare classificatie is voor iedere kennisgebied noodzakelijk om zich te kunnen ontwikkelen [3]. Als twee dokters eenzelfde patiënt onderzoeken, dan moeten zij beiden tot eenzelfde bevinding kunnen komen. In de periode voor 1980 was daar in de psychiatrie nog geen sprake van. Er was wel een zekere overeenstemming over de namen en beschrijvingen van de grote ziektebeelden, zoals bijvoorbeeld de dementie, de schizofrenie en de depressie, maar er was internationaal geen overeenstemming tussen psychiaters over het betrouwbaar vaststellen van de ziektebeelden. Dat werd pijnlijk duidelijk in een reeks van onderzoeken aan het einde van de jaren 60 van de vorige eeuw, toen werd vastgesteld dat in de psychiatrische ziekenhuizen in Amerika naar verhouding veel schizofrenie voorkwam, terwijl in Engeland de manisch-depressieve psychose vaker werd gezien [4, 5]. Bij nader onderzoek bleek dat deze verschillen waren terug te voeren op verschillen in de diagnostische praktijk van Engelse en Amerikaanse psychiaters. Een patiënt die van een psychiater in Amerika de diagnose schizofrenie kreeg werd door de Engelse collega eerder als manisch-depressief gezien en vice versa. Het moge duidelijk zijn dat de ontwikkeling van generaliseerbare kennis over de ziektebeelden door deze situatie ernstig werd belemmerd.

De ontwikkeling van de DSM-III was het antwoord op deze observaties [6]. Ziektebeelden werden omschreven aan de hand van voldoende en noodzakelijke criteria die in principe door iedere dokter konden worden vastgesteld. Dankzij deze ontwikkeling kwam er voor de psychiatrie een einde aan een periode van Babylonische spraakverwarring die de groei van kennis ernstig in de weg had gestaan [7]. Het systeem bracht eenheid van taal en het werd in korte tijd een wereldstandaard voor psychiatrische classificatie. Het systeem biedt een stelsel van begrippen, dat als het ware als een meetstelsel langs het verhaal van een patiënt gelegd kan worden, teneinde betrouwbaar te kunnen vaststellen welke formulering volgens de classificatie van toepassing is.

Het vakgebied van de psychiatrie is door deze ontwikkeling in de afgelopen dertig jaar enorm gestimuleerd. De psychiatrische praktijkvoering van vandaag is sinds de invoering van de DSM in 1980 totaal veranderd. Net als in de andere specialismen zijn wetenschappelijke evidentie en praktijkrichtlijnen leidend geworden voor de uitoefening van het vak. Dankzij de DSM-systematiek konden gestructureerde interviews worden ontwikkeld, waarmee de criteria van de classificatie systematisch konden worden vastgesteld. Er konden vragenlijsten worden ontwikkeld waarvan de betrouwbaarheid getoetst kon worden tegen de uitkomst van de interviews. Er kon in een internationale beweging op allerlei manieren onderzoek gedaan worden naar de verspreiding van stoornissen in de bevolking en naar de risicofactoren die daarmee samenhangen en er is een groot aantal vergelijkende behandelstudies uitgevoerd, waarmee de werkzaamheid van behandelingen kon worden vastgesteld. Dankzij deze inspanningen weten wij nu veel meer van de objectiveerbare werkzaamheid van medicijnen en verschillende vormen van psychotherapie. Voor de veel voorkomende aandoeningen zijn, op basis van de best beschikbare evidentie, genuanceerde multidisciplinaire behandelrichtlijnen opgesteld. In deze zin heeft de ontwikkeling van een betrouwbare diagnostiek het vakgebied van de psychiatrie krachtig gestimuleerd.

#### *DE KEERZIJDEN VAN CLASSIFICATIE*

Het classificatiesysteem van de DSM-III was in eerste instantie ontwikkeld als een beschrijvende classificatie ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek. Het systeem is welbewust opgezet zonder etiologische overwegingen, omdat daarnaar nu juist veel meer en veel beter onderzoek moest worden gedaan. Bij gebrek aan voldoende kennis kon de DSM-classificatie niet, zoals bij veel andere ziektes, worden gebaseerd op etiologische overwegingen. Reproduceerbaarheid en betrouwbaarheid tussen onderzoekers is de leidraad geweest bij het ontwerp. Zo lang in verschillende onderzoeken maar helder was hoe de classificatie tot stand was gekomen, werd het wetenschappelijke doel van onderlinge vergelijkbaarheid voldoende gediend.

Het systeem werd echter ook al snel omarmd voor de kliniek. Het werd door velen ten onrechte beschouwd als de gouden standaard voor diagnosen. Dat heeft geleid tot grote verwarring over de reikwijdte van wetenschappelijke bevindingen. Het systeem biedt op basis van symptomen weliswaar een betrouwbare classificatie van syndromen, maar daarmee valt niet altijd onderscheid te maken tussen normale reacties op gebeurtenissen, en de vaak ernstig invaliderende psychiatrische ziekten. Het is vrijwel zeker dat onderzoeken die met eenzelfde instrumentarium worden uitgevoerd in de algemene bevolking, in de huisartspraktijk, bij de psychiatrische poliklinieken of in de psychiatrische klinieken geheel andere ziektebeelden zullen identificeren. Als we bijvoorbeeld alleen zouden kijken naar klachten van de bovenste luchtwegen, dan leidt dat tot heel verschillende bevindingen in de algemene bevolking en de huisartspraktijk, waar het meestal om een verkoudheid zal gaan, dan bij een polikliniek voor infectieziekten of een kliniek voor oncologie, waar meestal veel ernstiger ziektebeelden bestaan. Bevindingen voor de ene setting laten zich nu eenmaal niet eenvoudig generaliseren naar de andere.

Het probleem van de betrouwbaarheid van de classificatie is met de komst van de DSM weliswaar goed opgelost, maar daar is een probleem met de klinische validiteit van de diagnostiek voor in de plaats gekomen. Dat is niet een probleem dat met beschrijvende classificatieprincipes kan worden opgelost. Naast het toepassen van classificatieprincipes is het voor de diagnostiek en indicatiestelling in verschillende settings noodzakelijk om inhoudelijke

afwegingen te maken, die betrekking hebben op de actuele context, de voorgeschiedenis en de beloopaspecten van de problematiek. De a-theoretische benadering van de DSM biedt daarvoor onvoldoende aanknopingspunten [15-17]. Door de psychiatrische diagnose los te maken van de levensomstandigheden van de patiënt verliest zij haar betekenis. Datzelfde geldt overigens voor andere classificatiesystemen. Ook in het domein van de infectieziekten maakt de arts tal van inhoudelijke afwegingen over diagnose en behandeling die in de ICD-classificatie niet vervat zijn. Het is een schadelijk misverstand om de classificatie van een stoornis te beschouwen als het volledige antwoord op het proces van diagnostiek. De ene depressie is nu eenmaal de andere niet, net zoals de ene longontsteking de andere niet is.

### *DEPRESSIEVE STOORNISSEN*

Het probleem laat zich goed illustreren aan de hand van de depressieve episode [8]. De negen symptomen daarvan in de laatste versie van de DSM zijn:

1. sombere stemming
2. vermindering van interesse of plezier in (bijna) alle activiteiten
3. vermindering of toename van eetlust of gewicht
4. slapeloosheid of overmatig slapen
5. psychomotorische agitatie of remming
6. moeheid of verlies van energie
7. gevoelens van waardeloosheid of onterechte schuldgevoelens
8. verminderd vermogen tot nadenken of concentreren, of besluiteloosheid
9. gedachten aan de dood, suïcidegedachten of -plannen, of suïcidepoging.

Wanneer iemand gedurende twee weken bijna elke dag gedurende vrijwel de hele dag flink last heeft van tenminste vijf van deze symptomen dan is aan een hoofdcriterium van een depressieve episode voldaan. In de vierde editie van de DSM (DSM-IV, 1994) is de eis van significant lijden (distress) of sociaal disfunctioneren (disability) aan de criteria toegevoegd. Dit laatste is overigens in de NHG-standaard depressie niet overgenomen [9]. Wel is in de laatste herziening een hulpvraag toegevoegd en is distress/disfunctioneren vereist voor psychotherapie of antidepressiva. De symptomen mogen geen uiting zijn van een organische aandoening, of “ongecompliceerde rouw” (d.w.z. verlies van een dierbare minder dan 2 maanden geleden).

Een voorbeeld is een vrouw van middelbare leeftijd die nu voor de derde keer in acht jaar bemerkt dat zij last krijgt van de genoemde verschijnselen. De laatste weken kan zij moeilijk haar bed uitkomen. Ze is in de ochtend om 5 uur wakker en het lukt haar niet meer om in slaap te komen. Ze piekert veel over haar dochter, die onlangs op kamers is gaan wonen. Ze heeft het gevoel dat zij in de opvoeding tekort is geschoten. Ze ziet als een berg op tegen de dag en ze voelt niet de energie om er doorheen te komen. In de loop van de dag klaart dat wel een beetje op, maar er is toch weinig waar ze plezier aan kan beleven. Haar werk in de winkel heeft ze moeten neerleggen en aan het huishouden komt ze niet meer toe. Zij piekert geregeld over de vraag wat het leven haar nog waard is. Soortgelijke klachten, die zij enkele jaren eerder had gingen gepaard met aanhoudende suïcidale gedachten en ook een suïcidepoging. Zij is toen met medicatie goed hersteld. Het is zeer waarschijnlijk dat hier sprake is van een recidief depressie, waarbij een behandeling, mogelijk met antidepressiva, kan bijdragen aan een goed herstel.

Maar hoe zit het met het optreden van deze zelfde klachten na het overlijden van een dierbare? Stelt u zich de dramatische situatie voor dat dezelfde vrouw dergelijke klachten nooit eerder

heeft gehad en dat de klachten nu optreden nadat haar echtgenoot bij een ongeval is omgekomen. Depressieve verschijnselen die kunnen optreden na een ernstige verlieservaring blijken niet te onderscheiden van de symptomen van een depressieve episode [10, 11]. Maar het “behandelen” van een rouwreactie als een ziekte is geen goed idee. De normale rouwreactie wordt om die reden in de huidige classificatie aangemerkt als uitsluitingscriterium voor een depressie episode. Toen in de discussies die gaande zijn over de DSM-5 werd geopperd om dit criterium los te laten vanwege de overeenkomst in de verschijnselen heeft dat begrijpelijk tot felle publieke discussies geleid [12]. Vooralsnog is het onduidelijk hoe deze en andere kritiek zal doorwerken in de uiteindelijke formulering van de DSM-5.

### *DE DEPRESSIEVE STOORNIS IN DE HUISARTSPRAKTIJK*

Traditioneel, vanaf de Oude Grieken, wordt een onderscheid gemaakt tussen depressiviteit als reactie op een situatie van verlies of tegenslag en depressiviteit als een stoornis. Normale depressiviteit is de uiting van een in de menselijke biologie verankerd reactiemechanisme dat in bepaalde situaties wordt geactiveerd [13]. Bij een depressieve stoornis veronderstelt men een disfunctie van het reactiemechanisme dat na het meemaken van een verlies of tegenslag in werking treedt.

Het ligt in de rede om te verwachten dat depressiviteit als normale reactie in de huisartspraktijk naar verhouding veel vaker voorkomt dan in de tweede lijn. De huisarts maakt immers de selectie van de patiënten die de psychiater ziet. In het weinige vergelijkende onderzoek tussen de eerste en de tweede lijn wordt dit ook bevestigd. In de huisartspraktijk wordt naar verhouding veel meer lichte depressiviteit met hooguit geringe functionele beperkingen gezien en een depressie in de huisartspraktijk was ook vaker gerelateerd aan voorafgaande gebeurtenissen [14]. De prognose in de eerste lijn is naar verhouding ook gunstiger, met een beduidend lager recidieve risico [15]. Dit sluit aan bij bevindingen in de bevolking in het algemeen, waar blijkt dat de prognose van een depressieve stoornis volgens de DSM-criteria zeer sterk uiteen kan lopen. In de Nederlandse bevolking is gevonden dat 50% van de mensen met een depressieve stoornis binnen 3 maanden weer herstelt, in de meeste gevallen zonder enige vorm van behandeling. Aan de andere kant bleek dat bij 20% van deze groep de klachten na 2 jaar nog niet waren hersteld [16]. Qua prognose identificeren de DSM-criteria voor een depressieve stoornis dus een zeer heterogene groep van depressieve personen, waarvan velen snel en spontaan “genezen” terwijl anderen chronisch depressief blijven. Voor de huisarts is het de kunst om het onderscheid te maken tussen de self-limiting depressieve reactie aan de ene kant en de invaliderende depressieve stoornis, soms met ernstige suïcidaliteit, aan de andere kant [17].

### *DIAGNOSTIEK*

De beschrijvende benadering, zoals die in de psychiatrische classificaties wordt gebruikt, is ongeschikt om het onderscheid tussen depressiviteit als normale reactie en depressiviteit als stoornis eenduidig te maken. Beiden kunnen gepaard gaan met verlies van interesse, moeheid, concentratieproblemen, agitatie, slaapstoornissen en verminderde eetlust. En het één kan ook overgaan in het ander. Van Weel-Baumgarten et al. hebben er daarom voor gepleit om bij een patiënt die bij de huisarts komt met psychosociale problemen, eerst maar eens het verhaal van de patiënt aan te horen en de hulpvraag te exploreren [18]. Gestoorde depressiviteit is alleen te

herkennen als de symptomen worden beoordeeld in de context van de patiënt. Het stellen van een DSM diagnose heeft in de eerste contacten vaak weinig meerwaarde. De diagnose depressie zou huisarts en patiënt slechts op het verkeerde been kunnen zetten als er feitelijk sprake is van een normale reactie. Alleen als het beloop ongunstig is – dus als het beloop anders is dan men mag verwachten bij een normale reactie – zou het nuttig kunnen zijn om de DSM erbij te pakken. Het gaat dan om een depressiviteit die te intens is en/of te lang duurt in verhouding tot de gebeurtenissen en omstandigheden. De depressieve reactie is ontregeld. De depressiviteit is als het ware “doorgeschoten” en een eigen leven gaan leiden. De patiënt heeft er geen controle meer over en ervaart dit zelf ook vaak als een stoornis.

Depressie diagnostiek vereist dus meer dan het inventariseren en turven van depressieve klachten [19]. Het vereist een zorgvuldig klinisch oordeel van de reactie van de patiënt in verhouding tot de context. De huisarts maakt daarbij vaak gebruik van de langer bestaande arts-patiënt relatie, kennis van de voorgeschiedenis en de familieanamnese [20]. Soms kunnen bepaalde ernstige symptomen zoals vroeg ontwaken, dagschommeling van de stemming ('s avonds beter), zichtbare psychomotorische remming of vermagering wijzen in de richting van een stoornis. Wellicht het meest kenmerkend is de anhedonie, het geheel of grotendeels verdwijnen van het vermogen om plezier te hebben in gewone dingen [21]. Wanneer het plezier in het leven verloren gaat, komen automatisch negatieve gedachten over het leven/de wereld, de eigen persoon en de toekomst (trias van Beck) naar boven [22]. Suïcidaliteit wordt bij de normale reactie op verlieservaringen naar verhouding weinig gezien en moet altijd een reden zijn voor nader onderzoek [23]. Psychotische verschijnselen zoals de overtuiging niets meer waard te zijn, of geen bezittingen meer te hebben komen in de huisartspraktijk zelden voor, maar zijn wel vrij zekere aanwijzing voor een ernstige depressieve stoornis. De Tabel geeft een overzicht van relevante overwegingen die in aanvulling op de criteria van de DSM bij de diagnostiek worden betrokken.

Naarmate het depressieve klachtenpatroon ernstiger is, is de kans groter dat het gaat om een depressie als stoornis. De multidisciplinaire richtlijn voor depressie beveelt aan om de ernst van een depressiviteit niet alleen te baseren op het aantal symptomen (zoals de DSM aanbeveelt), maar ook op het functioneren, mate van lijden, de aard van de symptomen (suïcidaliteit, psychotische kenmerken), beloopkenmerken en co-morbiditeit. Een depressieve stoornis moet als ernstiger worden omschreven naarmate deze met meer en ernstiger symptomen gepaard gaat, langer duurt, vaker recideert, meer aantasting geeft van het algemeen functioneren en tussen de episoden door niet volledig herstelt [19].

### *BEHANDELING*

Voor de behandeling is het onderscheid tussen depressiviteit als normale reactie en depressiviteit als stoornis belangrijk. Bij depressiviteit als normale reactie is de patiënt vooral gebaat bij erkenning van het leed, ondersteuning en eventueel adviezen om erger te voorkomen. Het medicaliseren van verlies is ongewenst. Het kan de uitkomst mogelijk zelfs ongunstig beïnvloeden. De persoon wordt ondersteund om in de eigen kring en met de eigen vaardigheden een nieuw evenwicht te hervinden [24].

Uiteenlopende psychologische behandeling zijn in onderzoek werkzaam gebleken bij de depressieve stoornis. Bij sommige patiënten kan behandeling een heel goed resultaat hebben, maar het resultaat kan ook tegenvallen. Behandelingen met een bewezen effectiviteit zijn onder

andere cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke therapie, lichttherapie, problem solving therapie, kortdurende psychologische behandeling, en zelfhulp al of niet met begeleiding. De meeste technieken zijn weinig specifiek voor depressie en ook werkzaam bij andere problemen (angst, stress). Welke behandeling voor welke depressieve patiënt het meest is aangewezen is niet bekend. Lichte depressies reageren vaak al goed op voorlichting, eventueel adviezen over dagstructurering, activiteiten planning en eventueel begeleide zelfhulp [9]. Alleen bij ernstige depressieve stoornissen hebben antidepressiva een klinisch relevant effect [25]. Bij lichtere depressies is het placebo effect net zo groot als het medicatie effect. Bij ernstige depressies, met veel depressieve symptomen, is het placebo effect beduidend kleiner.

### *DE DSM-5: MEDICALISERING EN DE FARMACEUTISCHE INDUSTRIE*

Gaat er aan de diagnose depressieve stoornis veel veranderen in de vijfde revisie van de DSM (DSM-5) die in mei 2013 moet gaan uitkomen. Helemaal zeker is dat nog niet, want de werkgroepen zijn nog volop bezig om alle commentaren te verwerken. In die zin zijn de kranten misschien een beetje te snel als er verre gaande conclusies worden getrokken. Maar een aardverschuiving wordt niet voorzien. Het is mogelijk dat het ernst-criterium anders wordt gedefinieerd en het is waarschijnlijk dat anders zal worden omgegaan met functionele beperkingen. Maar net als in de voorgaande versies zal ook de DSM-5 overwegend gebaseerd zijn op beschrijvende criteria, met alle beperkingen van dien.

In de voorbereidende fase zijn de werkgroepen wel op zoek gegaan naar een betere etiologische onderbouwing van ziektebeelden, maar het algemene beeld is dat het nog veel te vroeg is om een ziekteclassificatie daar op te kunnen baseren. Helaas, zo moeten we constateren, heeft 30 jaar onderzoek naar potentiële biomarkers (hormonen, genen, functionele hersenscans) nog niet veel opgeleverd dat in de klinische praktijk bruikbaar is. Er worden wel afwijkingen gevonden maar deze zijn nooit zo specifiek voor depressie dat ze gebruikt kunnen worden voor de diagnostiek. Er zijn sceptici die er niet meer in geloven, maar er zijn ook nog omvangrijke onderzoeksinitiatieven die nog goede aanknopingspunten zien [26-29].

In voorgaande jaren is mogelijk ten onrechte de indruk gewekt dat de aanwezigheid van de kenmerken van een depressieve stoornis altijd zou wijzen op een ernstige ziekte. Met voortschrijdend inzicht kan geconstateerd worden dat dat soms wel en soms niet het geval is. Herkenning van depressieve beelden blijft van belang, maar net zo belangrijk is om het kaf van het koren te scheiden als het gaat om de etiologie en de ernst van het beeld.

De invloed van de farmaceutische industrie verdient wel speciale aandacht. Het gebruik van antidepressiva bij alle vormen van MDD is lange tijd gepromoot door de farmaceutische industrie en sommige psychiatrische opinieleiders. Het is aannemelijk dat de diagnose depressieve stoornis niet zo populair was geworden zonder de SSRI's en dat de SSRI's niet zo populair waren geworden zonder de DSM-diagnose depressieve stoornis. Het gebruik van antidepressiva neemt, ondanks de groeiende media-aandacht voor de negatieve kanten ervan, nog steeds toe [30]. Het verdient nog steeds aanbeveling om zeer alert te blijven op de rol die de farmaceutische industrie speelt bij onderzoek, nascholing, patiënten- en belangenorganisaties, en publieksvoorlichting. Dat geldt voor de ontwikkelingen rond de DSM-classificatie, maar onverkort ook voor ieder ander medisch veld waar door de industrie veel geld aan wordt verdiend.



## REFERENTIES

1. Society for Humanistic Psychology. Division 32 of the American Psychological association. Open letter to the DSM-5 ( <http://www.ipetitions.com/petition/dsm5/>)
2. Cosgrove L, Krinsky S. A comparison of DSM-IV and DSM-5 panel members' financial associations with industry: a pernicious problem persists. *Plos Medicine* 2012; 9(3): e1001190.
3. Hempel CG. Fundamentals of taxonomy. In: Aspects of scientific explanation and other essays in the philosophy of science. New York, NY, Free Press, 1965. Herdrukt in: Sadler JZ, Wiggins OP, Schwartz MA (eds). Philosophical perspectives on psychiatric diagnostic classification. Baltimore and London: The John Hopkins University Press, 1994.
4. Sandifer MG, Hordern A, Timbury GC, Green LM. Psychiatric diagnosis: a comparative study in North Carolina, London and Glasgow. *Br J Psychiatry* 1968; 114: 1-9.
5. Gurland BJ, Fleiss JL, Cooper JE, Sharpe L, Kendell RE, Roberts P. Cross-national study of diagnosis of mental disorders: hospital diagnoses and hospital patients in New York and London. *Compr Psychiatry* 1970; 11(1): 18-25.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980.
7. Mayes R, Horwitz A. DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *J Hist Behav Sciences* 2005; 41 (3): 249-67.
8. American Psychiatric Association. Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR. Amsterdam: Harcourt Book Publishers, 2001.
9. Van Weel-Baumgarten E, Van Gelderen G, Grundmeijer H, Licht-Strunk E, Van Marwijk H, Van Rijswijk E, Tjaden B, Verduijn M, Wiersma T, Burgers J, Van Avendonk M, Van der Weele G. NHG-standaard depressie (tweede herziening). *Huisarts Wet* 2012; 55(6): 252-9.
10. Zisook S, Shear K, Kendler KS. Validity of the bereavement exclusion criterion for the diagnosis of major depressive episode. *World Psychiatry* 2007; 6: 102-7.
11. Kendler KS, Myers J, Zisook. Does bereavement-related major depression differ from major depression associated with other stressful life events? *Am J Psychiatry* 2008; 165: 1449-55.
12. Friedman RA. Grief, depression, and the DSM-5. *N Engl J Med* 2012; 366: 1855-6.
13. Horwitz AV, Wakefield JC. The loss of sadness. How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder. New York: Oxford University Press, 2007.
14. Schwenk TL, Klinkman MS, Coyne JC. Depression in the family physician's office: what the psychiatrist needs to know: the Michigan Depression Project. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (suppl 20): 94-100.
15. Van Weel-Baumgarten E, van den Bosch W, van den Hoogen H, Zitman FG. Ten year follow-up of depression after diagnosis in general practice. *Brit J Gen Pract* 1998; 48: 1643-6.
16. Spijker J, De Graaf R, Bijl RV, Beekman ATF, Ormel J, Nolen WA. Duration of major depressive episodes in the general population: results from the Netherlands general population: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Brit J Psychiatry* 2002; 181: 208-13.

17. Jones P. Task of primary care is to grade depression. *Brit Med J* 2007; 413.
18. Van Weel-Baumgarten E, Lucassen P, Hassink-Franke L, Schers H. A different way of looking at depression. *Int J Clin Pract* 2010; 64(11):1493-5.
19. Multidisciplinaire richtlijn depressie. Tweede revisie. Utrecht: Trimbos Instituut, 2011.
20. Schuman I, Schneider A, Kantert C, Lowe B, Linde K. Physicians's attitudes, diagnostic process and barriers regarding depression diagnosis in primary care: a systematic review of qualitative studies. *Fam Practice* 2012; 29: 255-63.
21. Snaith RP. The concepts of mild depression. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 387-93.
22. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press, 1979.
23. Van Hemert AM, Kerkhof AJFM, de Keijser J, Verhey B. *Multidisciplinaire richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Utrecht: de Tijdstroom, 2012.
24. De Monnik HJ. *Verlieskunde. Handreiking voor de beroepspraktijk*. Maarsen: Elsevier, 2008.
25. Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med* 2008; 5(2):e45.
26. Lakhan SE, Vieira K, Hamlat E. Biomarkers in psychiatry: drawbacks and potential for misuse. *Int Arch Med* 2010; 3:1.
27. Miller G. *Psychiatry. Beyond DSM: seeking a brain-based classification of mental illness*. *Science* 2010; 327: 1437.
28. Insel T, Cuthbert B. Research domain criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am J Psychiatry* 2010; 167: 748-50.
29. Sanislow CA, Pine DS, Kessler J, et al. Developing constructs for psychopathology research: research domain criteria. *J Abnorm Psychol* 2010; 119: 631-9.
30. Hernandez JF, Mantel-Teeuwisse AK, van Thiel GJMW, Belitser SV, Warmerdam J, de Valk V, Raaijmakers JAM, Pieters T. A 10-Year Analysis of the Effects of Media Coverage of Regulatory Warnings on Antidepressant Use in The Netherlands and UK. *PLoS ONE* 2012; 7(9): e45515.

**TABEL**

Verschijselen die passen bij een (ernstige) depressieve stoornis

---

De reactie is niet in verhouding met de context

De patiënt kent zichzelf zo niet

De reactie is niet in verhouding met het gebruikelijke reactiepatroon

De reactie is langdurig

Voorgeschiedenis van depressieve stoornissen

Familieanamnese met depressieve stoornissen

Specifieke symptomen: anhedonie, suïcidaliteit en psychotische verschijnselen

“Vitale” kenmerken: vroeg ontwaken, dagschommeling van de stemming, zichtbare psychomotorische remming, vermagering

---