

Diagnostiek II

Psychische diagnostiek

INHOUD

Psychische diagnostiek	2
De geschiedenis - we komen weer iets bekends tegen	4
Pinel, Tuke en Kraepelin	4
Drie belangrijke figuren voor de psychische diagnostiek	4
Sigmund Freud	5
De vader van de psychische diagnostiek.	5
Het DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders	7
Meyer en Spitzer - de twee verlangen een beetje uitleg	7
De Rosenhan Studie. Van hoe moeilijk het is het uit elkaar te houden	8
Het Manual. Hoe zit het in elkaar?	9
Het DSM - Catalogus van aandoeningen of behandelhandleiding	9
Voorbeelden van stoornissen	10
Historische fouten in de psychische diagnostiek - of wees niet zo hysterisch	10
Gendersverschil - ook vandaag nog te vinden, en nog steeds een probleem	11
Nog een korte uitleg, voordat je je kinderen naar de doctor sleurt:	11
Psychische Diagnostiek	12
Flauwekul of serieuze wetenschap?	12
Nog even over homoseksualiteit gesproken: Hoe lang was het zelf strafbaar?	12
LINKS:	13

Psychische diagnostiek

Inleiding

In de afgelopen aflevering hadden we het over de diagnostiek. Met name over de medische diagnostiek. Dus de diagnostiek waar vooral naar je lichaam en je klachten daarmee gekeken wordt. Vandaag willen we het nu over een andere tak van de diagnostiek hebben, waar het niet zomaar over het lichaam gaat, maar over de ziel. Want hier kunnen ook een hele hoop klachten zitten waar een diagnose nodig zou zijn om ze op te lossen.

Wat is psychische diagnostiek?

Psychische diagnostiek is het proces waarbij een clinicus bepaalt of iemand een **psychische aandoening** heeft, en zo ja, welke. Het grote verschil met somatische diagnostiek is dat er **geen bloedtest of scan** bestaat die een depressie of schizofrenie aantoon. De diagnose is gebaseerd op:

- **Klinische observatie**
- **Gestructureerde bevraging**
- **Gedrag en functioneren**
- **Uitsluitingsdiagnose** — eerst organische oorzaken uitsluiten

De twee grote classificatiesystemen

1. DSM — Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

Uitgegeven door de **American Psychiatric Association (APA)**. Momenteel in de vijfde editie: **DSM-5** (2013), met een tekstherziening DSM-5-TR (2022).

- Beschrijft exact welke criteria vervuld moeten zijn voor een diagnose
- Zeer gedetailleerd en operationeel
- Dominant in de Verenigde Staten en veel onderzoek
- Werkt met **categorieën** — je hebt een stoornis of je hebt ze niet

2. ICD — International Classification of Diseases

Uitgegeven door de **Wereldgezondheidsorganisatie (WHO)**. Momenteel **ICD-11** (2022).

- Breder dan de DSM — omvat alle ziektes, niet alleen psychische
- Meer gebruikt in Europa en internationaal
- Hoofdstuk 6 is gewijd aan psychische aandoeningen
- Iets meer dimensioneel van aanpak

Dimensioneel versus categorisch denken

Dit is een belangrijk debat in de psychische diagnostiek:

- **Categorisch** — je hebt een stoornis of je hebt ze niet, zoals een gebroken been
- **Dimensioneel** — psychische kenmerken bestaan op een continuüm, iedereen heeft in bepaalde mate angst of somberheid

De moderne diagnostiek verschuift steeds meer naar een **dimensionele aanpak**

De psychiatrische anamnese

Gelijkaardig aan de medische anamnese, maar met extra aandacht voor:

- **Hoofdklacht** — wat ervaart de patiënt zelf?
- **Huidige episode** — wanneer begonnen, hoe evolueert het?
- **Psychiatrische voorgeschiedenis** — vroegere episodes, opnames, behandelingen
- **Medicatie** — psychiatrische en somatische
- **Familiale anamnese** — psychische aandoeningen in de familie
- **Sociale anamnese** — relaties, werk, wonen, trauma
- **Ontwikkelingsanamnese** — jeugd, school, mijlpalen
- **Middelengebruik** — alcohol, drugs

Het psychiatrisch onderzoek

In plaats van percussie en auscultatie heeft de psychiater het **mentaal statusonderzoek (MSO)**:

- **Uiterlijk en gedrag** — verzorging, psychomotoriek, oogcontact
- **Spraak** — tempo, volume, coherentie
- **Stemming en affect** — wat voelt de patiënt, wat toont de patiënt?
- **Gedachtegang** — logisch, geordend, of chaotisch?
- **Gedachte-inhoud** — wanen, obsessies, suïcidale gedachten?
- **Perceptie** — hallucinaties?
- **Cognitie** — geheugen, concentratie, oriëntatie
- **Inzicht en oordeel** — begrijpt de patiënt dat hij ziek is?

Gestandaardiseerde instrumenten

Naast het klinisch gesprek zijn er vele **gevalideerde vragenlijsten**:

- **BDI / PHQ-9** — depressie
- **GAD-7** — angststoornis
- **MMSE / MoCA** — cognitieve screening bij dementie
- **PANSS** — ernst van psychose bij schizofrenie
- **AUDIT** — alcoholgebruik

Deze zijn geen diagnose op zich, maar een **hulpmiddel** bij de klinische beoordeling.

Uitsluitingsdiagnose

Heel belangrijk — eerst biologische oorzaken uitsluiten:

- Schilddieraandoeningen kunnen depressie of angst veroorzaken
- Hersentumoren kunnen gedragsveranderingen geven
- Vitaminetekorten zoals B12 kunnen cognitieve problemen geven
- Drugs en medicatie kunnen psychische symptomen uitlokken

Daarom omvat een psychiatrische evaluatie vaak ook **bloedonderzoek en soms beeldvorming**

De grote uitdagingen

Psychische diagnostiek is complex om verschillende redenen:

- **Stigma** — patiënten durven niet altijd eerlijk te zijn
- **Subjectiviteit** — symptomen zijn moeilijker te meten dan bloedwaarden
- **Comorbiditeit** — meerdere stoornissen tegelijk komen vaak voor
- **Culturele factoren** — wat normaal is verschilt per cultuur
- **Evolutie** — psychische aandoeningen veranderen in de tijd

De geschiedenis

Een kijk in de geschiedenis laat zien hoe ons huidige denken over psychische stoornissen is ontstaan, en waarom dat soms nog wringt.

Lange tijd werd “geestesziekte” niet als medisch probleem gezien. In de oudheid verklaarde men afwijkend gedrag via de leer van de vier lichaamssappen (we herinneren de vier Humoren en Hippocrates en Galenus) — een teveel aan “zwarte gal” gaf bijvoorbeeld melancholie. In de middeleeuwen overheerste vaak een religieus of moreel kader: bezetenheid, zonde, straf van God. Pas vanaf de Verlichting kwam er een omslag richting menselijker behandeling, met figuren als Pinel en Tuke die pleitten voor “moral treatment” in plaats van opsluiting en ketenen.

De echte basis voor diagnostiek zoals we die nu kennen, legde Emil Kraepelin eind 19e eeuw. Hij begon stoornissen systematisch te beschrijven op basis van symptomen en verloop, en maakte het beroemde onderscheid tussen dementia praecox (later schizofrenie) en manisch-depressieve stoornis. Dit was een belangrijke stap richting een medisch-classificerende benadering.

In de 20e eeuw kreeg de psychoanalyse (Freud en navolgers) lange tijd veel invloed, ook op de eerste DSM's (1952, 1968) — die waren nog vrij theoretisch en weinig betrouwbaar tussen verschillende clinici. De grote ommezwaai kwam met DSM-III (1980): een veel meer beschrijvende, atheoretische benadering met heldere criteria, vooral om de betrouwbaarheid van diagnoses te verbeteren. Daarna volgden DSM-IV, DSM-5 en parallel de ontwikkeling van de ICD door de WHO.

Pinel, Tuke en Kraepelin

Drie belangrijke figuren voor de psychische diagnostiek

Drie heel verschillende figuren, maar allemaal cruciaal voor de omslag van “gekken opsluiten” naar iets dat meer op zorg en wetenschap begon te lijken.

Philippe Pinel (1745-1826) was een Franse arts die tijdens de Franse Revolutie hoofd werd van de Bicêtre en later de Salpêtrière in Parijs — grote instellingen waar “gekken” vaak werden vastgeketend. Pinel (samen met zijn collega Pussin, die vaak wordt vergeten) liet patiënten van hun kettingen bevrijden en pleitte voor wat men “traitement moral” noemde: behandeling op basis van observatie, gesprek, rust en menselijke waardigheid in plaats van straf. Hij maakte ook een van de eerste systematische indelingen van stoornissen, zoals manie, melancholie en dementie.

William Tuke (1732-1822) was een Engelse quaker die in 1796 The Retreat in York oprichtte, geïnspireerd door zijn geloof. Ook hij geloofde in menswaardige behandeling: geen dwangmiddelen, een rustige omgeving, structuur en arbeid als therapie. Het was eigenlijk een soort tegenbeweging tegen de gruwelijke praktijken in de gekkenhuizen van die tijd.

Emil Kraepelin (1856-1926) komt een eeuw later en is van een heel ander kaliber: een Duitse hoogleraar psychiatrie die de basis legde voor de moderne, wetenschappelijke classificatie. Hij observeerde patiënten heel systematisch over de tijd — niet alleen welke symptomen ze hadden, maar ook hoe het beloop was. Daaruit kwam zijn beroemde onderscheid tussen dementia praecox (nu schizofrenie) en manisch-depressieve krankzinnigheid (nu bipolaire stoornis), gebaseerd op verloop en prognose. Zijn aanpak — kijken naar patronen van symptomen en beloop, zo objectief mogelijk — is eigenlijk de directe voorloper van hoe DSM-III en latere DSM's zijn opgezet.

Pinel en Tuke zorgden dus vooral voor humanisering van de zorg, Kraepelin voor de wetenschappelijke/classificerende kant.

Sigmund Freud

De vader van de psychische diagnostiek.

Freud was zeker een **bijzondere figuur** — geniaal, controversieel, en soms ronduit bizar. Laat ons hem even voorstellen.

Sigmund Freud (1856-1939)

Wie was hij?

Freud was een Oostenrijkse neuroloog die de grondlegger werd van de **psychoanalyse**. Hij werkte vooral in Wenen, en zijn ideeën schudden de westerse wereld door elkaar — niet alleen de geneeskunde, maar ook de cultuur, literatuur en filosofie.

Zijn grote ideeën

Het onbewuste

Zijn belangrijkste bijdrage. Freud stelde dat het grootste deel van ons mentaal leven zich **buiten ons bewustzijn** afspeelt. Hij vergeleek de geest met een ijsberg:

- Het topje boven water = het bewuste
- De grote massa onder water = het onbewuste
- Daartussenin = het voorbewuste

De structuur van de persoonlijkheid

Freud verdeelde de psyche in drie instanties:

- **Het Es** — de primitieve driften, lustprincipe, volledig onbewust
- **Het Ik** — de realiteitszin, bemiddelaar tussen Es en Super-Ego
- **Het Super-Ego** — het geweten, de geïnternaliseerde normen en waarden

De driften

Freud geloofde dat twee basisdriften alles sturen:

- **Eros** — de levensdrift, seksualiteit, liefde
- **Thanatos** — de doodsdrift, agressie, zelfdestructie

De psychoseksuele ontwikkeling

En hier wordt het al wat... eigenaardig. Freud stelde dat kinderen een aantal **psychoseksuele fases** doorlopen, en dat problemen in deze fases later psychische stoornissen veroorzaken:

- **Orale fase** (0-1 jaar) — genot via de mond
- **Anale fase** (1-3 jaar) — controle over de darmen
- **Fallische fase** (3-6 jaar) — ontdekking van de geslachtsdelen
- **Latentiefase** (6-12 jaar) — rust
- **Genitale fase** (puberteit) — volwassen seksualiteit

Het Oedipuscomplex

Dit is waarschijnlijk zijn meest controversiële idee. Freud stelde dat jongens in de fallische fase **onbewust verliefd worden op hun moeder** en de vader als rivaal zien. Ze vrezen castratie door de vader — de **castratieangst**.

Bij meisjes was er de **penisnijd** — het besef dat ze geen penis hebben en dit als een verlies ervaren.

Je begrijpt dat dit voor heel wat wenkbrauwengefrons zorgde, en nog steeds doet.

De therapie — de psychoanalyse

Freud ontwikkelde ook een **behandelmethode**:

- **Vrije associatie** — de patiënt zegt alles wat in hem opkomt, zonder censuur
- **Droomanalyse** — dromen zijn de “koninklijke weg naar het onbewuste”
- **Overdracht** — de patiënt projecteert gevoelens over vroegere figuren op de therapeut
- De therapie kon **jaren duren** en was zeer intensief

De bizarre kantjes

En dan zijn er de dingen die hem inderdaad een “raar mannetje” maken:

- Hij was **zwaar verslaafd aan cocaïne** en promootte het aanvankelijk als wondermiddel
- Hij rookte enorm veel sigaren — tot 20 per dag — en kreeg uiteindelijk **kaakkanker**
- Hij interpreteerde **alles** in seksuele termen — wat voor critici al snel een karikatuur werd
- Zijn beroemde uitspraak over een sigaar: toen een student vroeg of zijn sigaar een fallisch symbool was, zou hij gezegd hebben “**Soms is een sigaar gewoon een sigaar**” — al is het twijfelachtig of hij dat echt zei
- Hij had een **zeer gecompliceerde relatie** met zijn vrouw en schoonzus

Zijn erfenis — wat blijft?

Freud is wetenschappelijk gezien grotendeels **achterhaald**. Zijn theorieën zijn moeilijk of niet empirisch te testen. Maar zijn invloed is onmiskenbaar:

- Het concept van het **onbewuste** is nog altijd relevant
- **Afweermechanismen** zoals verdringing, projectie en rationalisatie worden nog gebruikt
- Hij opende de deur voor het idee dat **vroege ervaringen de persoonlijkheid vormen**
- Hij maakte van psychische problemen een **serieus medisch onderwerp**

Het DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

De DSM-geschiedenis is in feite het verhaal van een voortdurende slingerbeweging tussen de twee benaderingen die we net bespraken: de psychoanalytische traditie en de meer Kraepeliniaanse, beschrijvende benadering.

DSM-I (1952) en **DSM-II (1968)** waren sterk psychoanalytisch gekleurd. Stoornissen werden beschreven als “reacties” (bijvoorbeeld “schizofrene reactie”), in lijn met het idee van Adolf Meyer dat psychische problemen reacties zijn van de persoon op biologische, psychologische en sociale invloeden. DSM-II is ook berucht omdat homoseksualiteit er nog in stond als stoornis — pas in 1973 werd dat na flinke maatschappelijke druk verwijderd.

De grote omslag kwam met **DSM-III (1980)**, onder leiding van Robert Spitzer. Twee dingen speelden hierbij: de Rosenhan-studie (1973), waarin “gezonde” mensen zich lieten opnemen en vervolgens als psychotisch werden behandeld, en een Amerikaans-Brits onderzoek waaruit bleek dat psychiaters in beide landen heel verschillend diagnosticeerden bij dezelfde patiënten. De betrouwbaarheid was dus een groot probleem. DSM-III liet de psychoanalytische taal vrijwel volledig vallen en koos voor expliciete, beschrijvende criteria — heel Kraepeliniaans dus: symptomen tellen, geen uitspraken over onderliggende oorzaken. Ook werd het multiaxiale systeem geïntroduceerd (verschillende “assen” voor klinische stoornissen, persoonlijkheid, lichamelijke factoren, etc.).

Daarna kwamen **DSM-III-R (1987)** en **DSM-IV (1994)** als verfijningen, meer gebaseerd op onderzoek en veldstudies, met **DSM-IV-TR (2000)** als kleine tekstuele update. **DSM-5 (2013)** was weer een grotere stap: het multiaxiale systeem verdween, er kwam meer aandacht voor dimensionele/spectrumbenaderingen (denk aan autismespectrumstoornis), en sommige criteria werden aangepast — wat tot de nodige controverses leidde over “medicalisering” van normaal gedrag. In 2022 kwam nog **DSM-5-TR**, vooral een tekstuele update met enkele toevoegingen.

Meyer en Spitzer - de twee verlangen een beetje uitleg

Adolf Meyer (1866-1950) was een Zwitsers-Amerikaanse psychiater die decennialang de scepter zwaaide aan Johns Hopkins, en daarmee een van de invloedrijkste figuren in de Amerikaanse psychiatrie van de eerste helft van de 20e eeuw werd. Zijn visie, “psychobiologie”, hield in dat je een stoornis niet moest zien als een vast omlijnde ziekte (zoals Kraepelin deed), maar als een reactie van de hele persoon — lichamenlijk, psychisch en sociaal — op zijn levensgeschiedenis. Daarom werkte hij met uitgebreide “life charts”: de hele levensloop van een patiënt in kaart brengen om te begrijpen hoe de klachten zijn ontstaan. Die holistische, individuele blik verklaart waarom DSM-I en DSM-II zo’n nadruk legden op “reacties” in plaats van strakke ziekte-categorieën.

Robert Spitzer (1932-2015) is de tegenpool, zou je kunnen zeggen: hij was de Amerikaanse psychiater die als voorzitter van de DSM-III-taskforce de hele omslag naar criteria-gebaseerde, beschrijvende diagnostiek doorvoerde. Spitzer wilde af van de vage, theoretisch geladen Meyeriaanse en psychoanalytische taal, en koos voor heldere, telbare criteria — terug naar de geest van Kraepelin, maar dan systematischer. Hij speelde ook een hoofdrol in 1973 bij het verwijderen van homoseksualiteit uit de DSM, en ontwikkelde gestructureerde interviews om diagnoses betrouwbaarder te maken. Interessant detail: later in zijn leven was hij juist weer kritisch op hoe DSM-5 tot stand kwam, vanwege gebrek aan openheid in dat proces.

Het mooie is dus dat Meyer en Spitzer eigenlijk de twee uitersten symboliseren waartussen de DSM steeds heen en weer beweegt: de holistische “hele mens”-benadering versus de strakke, telbare criteria.

De Rosenhan Studie. Van hoe moeilijk het is het uit elkaar te houden

De Rosenhan-studie (“On Being Sane in a Place Insane”, gepubliceerd in 1973 in *Science*) is een van de beroemdste — en meest controversiële — experimenten in de geschiedenis van de psychiatrie.

David Rosenhan liet acht “gezonde” mensen (waaronder hijzelf) zich aanmelden bij twaalf verschillende psychiatrische ziekenhuizen in de VS. Ze claimden allemaal slechts één symptoom: ze hoorden stemmen die woorden zeiden als “leeg” en “hol”. Verder vertelden ze gewoon hun eigen, ware levensverhaal en gedroegen ze zich normaal. Resultaat: alle acht werden opgenomen, bijna allemaal met de diagnose schizofrenie. Eenmaal binnen stopten ze met het rapporteren van symptomen en gedroegen ze zich weer als zichzelf — maar het personeel bleef normaal gedrag interpreteren binnen het kader van de diagnose (bijvoorbeeld: aantekeningen maken in een schriftje werd genoteerd als “schrijfgedrag”, een symptoom). Ze zaten gemiddeld 19 dagen vast, en werden uiteindelijk allemaal ontslagen met het label “schizofrenie in remissie” — het label verdween dus niet, ook al was er nooit echt iets aan de hand geweest.

In een tweede deel waarschuwde Rosenhan een ziekenhuis dat er in de komende maanden pseudopatiënten zouden worden aangemeld. Het personeel beoordeelde vervolgens tientallen echte patiënten als (waarschijnlijk) pseudopatiënt — terwijl Rosenhan er in werkelijkheid niemand had gestuurd. De conclusie: psychiaters konden “gezond” en “gestoord” niet goed van elkaar onderscheiden, en eenmaal geplakte labels bleven sterk kleuren hoe gedrag werd geïnterpreteerd.

Deze studie (samen met het Amerikaans-Britse onderzoek dat we eerder noemden) zette de betrouwbaarheid van psychiatrische diagnoses flink onder druk en gaf mede de aanzet voor de DSM-III-revolutie. Interessant is wel dat de studie zelf later ook stevig onder vuur kwam te liggen — onder andere door Spitzer zelf, en recenter door onderzoeksjournalistiek die twijfels zaaide over hoe accuraat Rosenhan zijn eigen resultaten heeft weergegeven.

Het Manual. Hoe zit het in elkaar?

De DSM-5 (en de TR-versie van 2022) is eigenlijk opgebouwd uit drie grote delen, plus binnen elke diagnose een vast format.

Sectie I is de inleiding: hier staat uitgelegd hoe je het boek moet gebruiken, wat een “stoornis” eigenlijk is volgens de DSM, en wat de basisprincipes zijn.

Sectie II is het hart van het boek — de daadwerkelijke diagnostische criteria, ingedeeld in grote hoofdstukken per categorie. Denk aan: neurobiologische ontwikkelingsstoornissen (zoals ADHD en autisme), schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen, bipolaire stoornissen, depressieve stoornissen, angststoornissen, trauma- en stressorgerelateerde stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, en zo nog veel meer hoofdstukken. Bij elke afzonderlijke stoornis vind je dezelfde opbouw: eerst de diagnostische criteria (genummerd A, B, C... — bijvoorbeeld “minstens 5 van de volgende 9 symptomen, gedurende minstens 2 weken”), daarna specificaties (bijvoorbeeld de ernst, of het beloop), en vervolgens uitleg over kenmerken, prevalentie, beloop, risicofactoren, cultuur- en genderverschillen, differentiaaldiagnose en comorbiditeit.

Sectie III is wat nieuwer en experimenteler: hier staan dingen als de “culturele formulering” (een interview om culturele context mee te nemen), een alternatief dimensioneel model voor persoonlijkheidsstoornissen, en condities die nog verder onderzoek nodig hebben voordat ze een officiële diagnose worden.

Eén belangrijke verandering ten opzichte van DSM-IV: het multiaxiale systeem (vijf assen, waarbij je bijvoorbeeld op as I de klinische stoornis noteerde en op as V het functioneren scoorde) is verdwenen. Alles staat nu meer geïntegreerd, en voor het functioneren gebruikt men nu optioneel andere meetinstrumenten. Ook zijn de codes afgestemd op de ICD, zodat ze in de praktijk (denk aan verzekeringen) op elkaar aansluiten.

Het DSM

Catalogus van aandoeningen of behandelhandleiding?

Het antwoord is: het is vooral het eerste — een soort catalogus, geen behandelhandleiding.

De DSM is in essentie een classificatiesysteem. De arts of psycholoog gebruikt het om, op basis van anamnese, observatie en eventueel vragenlijsten, te bepalen of de klachten van een patiënt voldoen aan de criteria voor een bepaalde categorie — bijvoorbeeld “voldoet deze persoon aan minstens 5 van de 9 criteria voor een depressieve stoornis, gedurende minstens 2 weken?”. Het is dus een soort gestructureerde checklist om tot een label te komen, en dat label dient vooral om: collega’s onderling een gemeenschappelijke taal te geven, onderzoek consistent te maken (zodat studies vergelijkbaar zijn), en administratief/verzekeringstechnisch iets vast te leggen (vaak is een DSM-diagnose nodig voor vergoeding van zorg).

Wat er in de DSM zelf expliciet niet in staat, is hoe je iemand moet behandelen. Er staan geen behandelprotocollen, medicatieadviezen of therapierichtingen in. Daarvoor bestaan apart richtlijnen — in Nederland bijvoorbeeld de zorgstandaarden van Akwa GGZ, of multidisciplinaire richtlijnen per stoornis. Die richtlijnen verwijzen wel naar DSM-diagnoses, maar zijn los gepubliceerde documenten die regelmatig worden bijgewerkt op basis van nieuw onderzoek.

Er is hier ook een stevig kritiekpunt: de stap van “diagnose” naar “behandeling” is in de praktijk vaak minder direct dan je zou denken. Veel behandelingen (zoals cognitieve gedragstherapie) werken voor meerdere diagnoses tegelijk, en sommige onderzoekers (denk

aan het RDoC-initiatief van het Amerikaanse NIMH) vinden dat DSM-categorieën te weinig aansluiten bij onderliggende biologische of psychologische mechanismen om er behandeling echt op te baseren.

Voorbeelden van stoornissen

Hier een paar aandoeningen vanuit het DSM die vaak voor verbazing zorgen:

- **Cafeïne-intoxicatie** — ja echt, te veel koffie drinken kan technisch een DSM-diagnose zijn, met symptomen als rusteloosheid, hartkloppingen en slapeloosheid.
- **Jetlagtype (circadiane ritmestoornis)** — jetlag staat er ook gewoon in, als variant van een slaap-waakritmestoornis.
- **Kleptomanie** — een onweerstaanbare drang om dingen te stelen, niet omdat je het nodig hebt of het waardevol vindt, maar puur vanwege de drang en de spanning eromheen.
- **Pyromanie** — een vergelijkbare drang, maar dan voor het stichten van brandjes en de fascinatie met vuur.
- **Trichotillomanie** — dwangmatig je eigen haren (of wenkbrauwen, wimpers) uittrekken.
- **Pica** — het herhaaldelijk eten van niet-voedingsstoffen, zoals krijt, aarde of papier.
- **Hoarding disorder** (verzamelstoornis) — extreme moeite om spullen weg te doen, waardoor huizen vol raken — bekend van die “hoarder”-realityshows.

Het is wel goed om erbij te zeggen: hoe “leuk” of curieus deze ook klinken, voor de mensen die er daadwerkelijk last van hebben is het vaak heel ingrijpend en beperkend. Maar het laat wel mooi zien hoe breed het spectrum is dat de DSM probeert te vangen — van zware psychoses tot dit soort heel specifieke gedragspatronen.

Historische fouten in de psychische diagnostiek

Hysterie is inderdaad een van de meest opvallende voorbeelden, en het verhaal erachter is best wrang.

Hysterie komt van het Griekse “hystera” (baarmoeder) — de oude Grieken dachten dat de baarmoeder kon “ronddwalen” door het lichaam en daardoor allerlei klachten veroorzaakte: toevallen, verlammingen, flauwvallen, emotionele uitbarstingen. In de 19e eeuw werd dit een van de meest gestelde diagnoses bij vrouwen, met Charcot en de jonge Freud als belangrijke onderzoekers. Het probleem: “hysterie” werd zo’n breed containerbegrip dat het bijna elke afwijking van het verwachte vrouwelijke gedrag kon dekken — emotioneel zijn, ongelukkig zijn in een huwelijk, seksuele verlangens hebben (of juist niet) konden allemaal als “hysterisch” worden gelabeld. Pas met DSM-III (1980) verdween de term officieel, en werd opgesplitst in onder andere conversiestoornis en somatische-symptoomstoornis.

Een ander bekend voorbeeld is **homoseksualiteit**, dat tot 1973 letterlijk in de DSM stond als seksuele afwijking — niet gebaseerd op onderzoek naar lijden of disfunctioneren, maar puur op de maatschappelijke norm van die tijd.

Een nog extremer en duisterder voorbeeld is **drapetomanie**, een “diagnose” uit de jaren 1850 in de VS (door arts Samuel Cartwright), die de drang van tot slaaf gemaakte mensen om te vluchten omschreef als een geestesziekte — letterlijk gebruikt om slavernij te rechtvaardigen.

Ook later zie je dit patroon terug: in de Sovjet-Unie werd “sluimerende schizofrenie” gebruikt om politieke dissidenten te laten opsluiten in psychiatrische instellingen, en in de jaren

'50-'60 kreeg de "refrigerator mother"-theorie veel aanhang — het idee dat autisme werd veroorzaakt door koude, afstandelijke moeders, wat enorm veel onterechte schuldgevoelens veroorzaakte.

Het gemeenschappelijke punt: diagnoses zijn nooit volledig los te zien van de maatschappelijke en culturele context waarin ze ontstaan.

Gendersverschil - ook vandaag nog te vinden, en nog steeds een probleem

Dit sluit eigenlijk heel direct aan op het hysterie-verhaal — alleen is het nu subtieler.

Het meest besproken voorbeeld is **autisme**. De diagnostische criteria zijn historisch grotendeels gebaseerd op onderzoek bij jongens, en die presenteren zich vaak op een "klassieke" manier — beperkte interesses (treinen, getallen), duidelijke sociale moeite. Meisjes met autisme blijken vaak beter te "maskeren": ze imiteren sociaal gedrag van leeftijdsgenoten, hun speciale interesses lijken minder afwijkend (bijvoorbeeld dieren of personages, in plaats van treinen), en ze worden daardoor vaak pas op latere leeftijd — soms pas als volwassene — gediagnosticeerd, als de last van het maskeren te groot wordt.

Iets vergelijkbaars zie je bij **ADHD**: de criteria leggen veel nadruk op hyperactiviteit en impulsiviteit, vaak typischer voor jongens, terwijl meisjes vaker het overwegend onaanachtige type hebben — dagdromen, moeite met concentratie, maar zonder dat het opvalt of voor overlast zorgt. Daardoor worden zij minder snel doorverwezen.

Bij **persoonlijkheidsstoornissen** zie je het andere patroon: borderline persoonlijkheidsstoornis wordt veel vaker bij vrouwen vastgesteld, antisociale persoonlijkheidsstoornis veel vaker bij mannen — ook al overlappen de onderliggende problemen (emotieregulatie, impulsiviteit) deels. Sommige onderzoekers vermoeden dat hetzelfde gedrag bij een vrouw sneller als "borderline" en bij een man sneller als "antisociaal" wordt geïnterpreteerd. En de histrionische persoonlijkheidsstoornis — met criteria als overdreven emotioneel, aandachtzoekend, verleidelijk gedrag — wordt door critici wel gezien als een soort moderne herincarnatie van "hysterie".

Tot slot, bij **depressie**: de criteria leggen vooral nadruk op verdriet, terugtrekken, huilen — symptomen die vaker bij vrouwen passen. Mannen uiten depressie soms meer via prikkelbaarheid, woede of verslavingsgedrag, wat minder snel als depressie wordt herkend.

Het patroon is steeds hetzelfde: de "norm" waarop criteria zijn gebaseerd, is vaak impliciet één geslacht — en wie daar net anders uitziet, valt buiten de boot of krijgt het verkeerde label.

Nog een korte uitleg, voordat je je kinderen naar de doctor sleurt:

Een interesse in treinen of paarden is op zichzelf volkomen normaal kinderlijk gedrag — de meeste kinderen met zo'n fascinatie hebben helemaal niets aan de hand. Wat we bedoelden was iets subtielers: bij autisme is een van de criteria "beperkte, repetitieve patronen van gedrag, interesses of activiteiten" — en dan gaat het om de intensiteit, de starheid en de impact op het dagelijks functioneren, niet om het onderwerp zelf. Een jongen met autisme die alles over treinen weet, valt vaak sneller op omdat dit beeld bij veel mensen (en klinici) al "klikt" met hoe ze autisme verwachten. Een meisje met een vergelijkbaar intense, starre

interesse in paarden wordt eerder gezien als “ach, ze houdt gewoon van paarden, zoals zoveel meisjes” — waardoor diezelfde intensiteit minder snel als signaal wordt opgepikt.

Het gaat dus om het hele plaatje: is er ook moeite met sociale interactie en communicatie, zijn er sensorische gevoeligheden, is er behoefte aan routines en moeite met verandering, en is dit er al sinds de vroege ontwikkeling? Alleen dan, en als dit ook echt beperkingen geeft in het dagelijks leven, komt een diagnose autisme in beeld — nooit op basis van één interesse alleen.

Dus: een interesse is hoogstens een puzzelstukje, en bij de meeste kinderen betekent een hobby gewoon... een hobby.

Psychische Diagnostiek

Flauwekul of serieuze wetenschap?

Een mooie vraag — en het antwoord ligt, zoals zo vaak, ergens in het midden, maar wel met een duidelijke richting.

Het is geen flauwekul, in de zin dat de patronen die met diagnoses worden beschreven wel degelijk bestaan: clusters van symptomen die vaak samen voorkomen, een herkenbaar beloop, een zekere erfelijkheid, en — heel belangrijk — behandelingen die voor mensen met die diagnose vaak echt verschil maken. Voor veel mensen is een diagnose ook waardevol op zichzelf: het geeft taal aan iets dat ze vaak al jaren ervaren zonder het te kunnen benoemen, en het kan de weg openen naar erkenning, begrip en zorg.

Maar — en dat is waar Rosenhan, de gender-bias, histerie en al die andere voorbeelden binnenkomen — het zijn geen natuurwetten die we “ontdekken” zoals een scheikundige een element ontdekt. Het zijn categorieën die mensen construeren om iets ongrijpbaars (innerlijke ervaring en gedrag) te ordenen, en die constructies zijn altijd gekleurd door de tijd, cultuur en aannames van de mensen die ze maken. De grens tussen “normaal” en “stoornis” is vaak vloeïend, niet scherp — en dat maakt het systeem gevoelig voor fouten, vooroordelen en misbruik.

Misschien is de beste vergelijking een landkaart: een kaart is niet de werkelijkheid zelf, en kan fouten bevatten of verouderd zijn — maar dat betekent niet dat je hem maar weg moet gooien. Je gebruikt hem met een kritische blik, je past hem aan als blijkt dat hij niet klopt (zoals met DSM-III gebeurde na Rosenhan), en je blijft je bewust van zijn beperkingen. Psychische diagnostiek is dus een werkbaar, nuttig, maar onvolmaakt en voortdurend evoluerend instrument — geen waarheid in steen gehouwen, maar ook niet zonder waarde.

Nog even over homoseksualiteit gesproken: Hoe lang was het zelf strafbaar?

En dit is opmerkelijk:

Nederland strafte homoseksuele handelingen niet meer sinds 1811, al bleef er later nog een aparte strafbaarstelling voor seks tussen mannen boven en onder de 21 jaar bestaan tot 1971.

België kende in de 19e eeuw geen algemene strafbaarstelling van homoseksuele handelingen; pas in 1965 kwam er een specifieke strafbaarstelling voor seks tussen personen van hetzelfde geslacht van 16 tot 18 jaar, en die verdween in 1985.

Duitsland maakte homoseksuele handelingen tussen mannen strafbaar sinds 1871 via paragraaf 175, die na verzwaring in 1935 nog strenger werd; de kern van die strafbaarstelling werd pas veel later afgeschaft, met namen in 1994.

LINKS:

[De pseudo-onderzoeker: David Rosenhan | De Psycholoog](#)