

## 4. De psychiatrische diagnose-bijbel DSM over dementie

*Auteur: Prof. Dr. Jan Steyaert is wetenschappelijk medewerker van het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen en verbonden aan de Master Sociaal Werk van de Universiteit Antwerpen*

Wereldwijd maken psychiaters gebruik van de *Diagnostic and Statistical Manual*, genoegzaam aangeduid als DSM. Die publicatie is de afgelopen decennia uitgegroeid tot de 'bijbel' van alle psychiaters en is ondertussen ook voor aanverwante beroepen een gezaghebbende standaard geworden. Er zijn dan ook in vakliteratuur, in opleidingen, op websites ... veelvuldige verwijzingen naar deze DSM. Meestal gaat het dan nog om verwijzingen naar DSM-IV-R. Sinds mei 2013 is er echter een nieuwe editie van deze handleiding, de DSM-5. Wat is de betekenis van deze nieuwe editie? Hoe stond dementie in vorige versies, en wat is er nu gewijzigd?

Om die vragen te beantwoorden staan we in deze tekst kort stil bij de oorsprong van DSM, hoe dementie in de vorige en de nieuwe edities van DSM stond/staat en de kritiek op DSM.

### 4.1 Oorsprong van DSM

Artsen hebben vandaag de dag de status van een echte professie. Ze hebben een stevige 'body of knowledge', de toegang tot het beroep is beperkt tot wie slaagt in een lange opleiding, er is een goed georganiseerde beroepsvereniging en een eigen beroeps-specifiek tuchtrecht. Die status van professie is echter historisch gezien vrij recent, tot een eeuw geleden waren artsen veel minder professioneel. De vakkennis en de eenheid van taal was minder ontwikkeld. In de geestelijke gezondheidszorg was dat nog sterker het geval. Een Europese psychiater kon het hebben over schizofrenie en daar iets heel anders mee bedoelen dan een collega psychiater uit Noord-Amerika. Het hoeft dan ook niet te verbazen dat de huidige DSM-5 een lange voorgeschiedenis kent.

De oorsprong van DSM gaat terug naar het werk van Emil Kraepelin (1856 – 1926) die het eerste systematische overzicht van mentale stoornissen maakte. In 1883 verscheen zijn *Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. Er werden in die tijd zeven soorten mentale aandoeningen onderscheiden: manie, melancholie, monomanie, verlamming, dementie, dipsomanie en epilepsie.

Dit klinkt als een verre uitstap in de geschiedenis, maar het wordt voor ons relevanter omdat Alois Alzheimer een belangrijk medewerker was van Kraepelin en er erg door beïnvloed werd.<sup>1</sup> Sommigen stellen zelfs dat veel eerder Kraepelin dan Alzheimer de eigenlijke 'ontdekker' is van de ziekte van Alzheimer.<sup>2</sup>

Kraepelin nam de ziekte als aparte entiteit op in de 8<sup>ste</sup> editie van zijn boek, dat verscheen in 1910.<sup>3</sup> Daarmee werd meteen de ziekte 'geclaimd' en bekend als de ziekte van Alzheimer. Naar verluidt zou dat gebeurd zijn om concurrentie tussen de neuropathologische school van München en Praag te beslechten.<sup>4</sup> Als omschrijving van de aandoening geeft Kraepelin: "Het gaat om de langzame ontwikkeling van een buitengewoon zware geestesziekte met de vage verschijnselen van een organische hersenziekte. De zieken gaan in de loop van een paar jaar geleidelijk geestelijk achteruit, hun geheugen verzwakt, ze verliezen hun denkvermogen, worden verward, onzeker en hulpeloos, hebben geen besef meer van anderen en laten alles versloffen. Later ontwikkelt zich een bepaalde onrust, de zieken bazelen, mompelen voor zich uit, zingen en lachen, lopen rond, frommelen, wrijven, plukken, worden onzindelijk ... heel ingrijpend zijn vooral de spraakstoornissen. De zieken zijn nog wel in staat af en toe een woord of een zin begrijpelijk te uiten, maar vervallen gewoonlijk tot een volkomen onzinnig gebrabbel ... waarbij de veelvuldige, ritmische herhaling van dezelfde toonloze woorden opvalt ... de klinische duiding van deze ziekte van Alzheimer is op dit moment nog onduidelijk."<sup>5</sup>

Het werk van Kraepelin was voornamelijk een poging om eenheid te scheppen in de Babylonische spraakverwarring tussen professionals die zich bezig hielden met de mentale gezondheid van mensen. Na het werk van Kraepelin werd het stokje overgenomen door de American Medico-Psychological Association die in 1917 het *Statistical manual for the use of hospitals for mental disease* uitbracht. Doordat Wereldoorlog II nieuwe ziektebeelden onder de aandacht bracht (bv. posttraumatisch stress syndroom) en de spraakverwarring opnieuw toenam, installeerde de American Psychiatric Association<sup>6</sup> een commissie met de opdracht een nieuw overzicht te maken. Ondertussen was ook vanuit de medische wereld de 6<sup>de</sup> editie verschenen van *International Classification of Diseases* (ICD) met daarin aandacht voor mentale aandoeningen. In 1952 verschijnt dan de eerste editie van de *Diagnostic and Statistical Manual*, DSM I. Er worden 127 categorieën voorzien in 8 groepen van mentale aandoeningen.

---

1 Weber, 1997.

2 Berchtold & Cotman, 1998; Ramirez-Bermudez, 2012.

3 Berchtold & Cotman, 1998, p. 179.

4 Engstrom, 2007.

5 Jürigs, 2001, p. 38.

6 Opvolger van de eerder genoemde *American Medico-Psychological Association*, en niet te verwarren met APA, de *American Psychological Association*.

In 1968 verschijnt DSM II en in 1980 de DSM-III. Bij die versie worden vijf assen geïntroduceerd: persoonlijkheidsstoornissen, klinische stoornissen, medische toestand, omgevingsproblemen en het globaal functioneren (de Global Assessment of Functioning, bekend als GAF). Bovendien blijft men ver van mogelijke verklaringen voor mentale aandoeningen, maar beperkt men zich tot het benoemen van symptomen en die herleiden tot 'ziektes'. Daardoor wordt DSM-III a-theoretisch, en wint het aan draagvlak.

In 1987 verscheen een nieuwe versie van DSM maar omdat het een beperkte herwerking betrof, krijgt die de aanduiding DSM-III-R (r voor revisited). Pas daarna komt in 1994 DSM-IV, die een tekstherziening krijgt in 2000. Dat is de DSM-IV-TR (tr voor text revision). En in mei 2013 verscheen dus de huidige DSM-5.

DSM-5 verschilt in een aantal opzichten van zijn voorgangers. Zo wordt er afscheid genomen van de Romeinse cijfers en overgeschakeld op gewone cijfers. Op die manier kan een kleine update betere in beeld gebracht worden, bv. door dan een DSM-5.1 uit te geven. DSM wordt zo een levend document.

Meer inhoudelijk wordt de indeling in 5 assen losgelaten. De vroegere assen persoonlijkheidsstoornissen, klinische stoornissen en medische toestand worden samengevoegd en de 5<sup>de</sup> as globaal functioneren verdwijnt. Wat voorheen as 4 was, omgevingsproblemen, wordt nu 'significant psychosocial and contextual features'.

DSM-5 introduceert ook gradaties voor sommige aandoeningen. In de vorige versies had je bv. een eetstoornis, of je had het niet. Nu kan je een eetstoornis in een bepaalde heftigheid hebben.

Verder komt overall de categorie NOS (not other specified) te vervallen (in het Nederlands NAO, niet anders omschreven). Deze leidde in het verleden tot kritiek omdat het tot nodeloos toewijzen van diagnoses zou leiden. Zo zou de restcategorie PDD-NOS (*Pervasive developmental disorder – not otherwise specified*) te makkelijk leiden tot diagnoses zonder dat er hard omschreven symptomen aan ten grondslag liggen en dat leidt dan weer tot overconsumptie van zorg. Echter, de categorie NOS valt weg, maar wordt vervangen door 2 andere 'open' categorieën: *other specified disorder* en *unspecified disorder*. In het eerste geval kan de psychiater zelf een nadere specificering opgeven, in het tweede geval laat men die expliciet onbenoemd.

DSM-5 heeft ook heel wat diagnoses en categorieën herzien en gewijzigd. Zo is mentale achterstand vervangen door intellectuele beperking, zijn alle subcategorieën van schizofrenie verdwenen, verdwijnt het syndroom van Asperger in de bredere categorie autisme spectrum stoornis en verschijnt de nieuwe diagnose 'premenstrual dysphoric disorder' (p. 171-175 van DSM-5).

## 4.2 Dementie in DSM

In *DSM-I* werd dementie of de ziekte van Alzheimer niet bij naam genoemd, maar opgenomen onder de omschrijving 'organic brain syndrome' met als kenmerk dat het chronisch was en min of meer onomkeerbaar.<sup>1</sup> Het kreeg de omschrijving 'organic' omdat er een bekende hersenziekte als oorzaak in beeld was. Sindsdien heeft de psychiatrie het onderscheid tussen organische en functionele stoornissen losgelaten. Het woord dementie komt wel voor in *DSM-I*, maar dan als 'dementia praecox', de oude benaming van Kraepelin voor die stoornissen die nu bekend zijn onder de term schizofrenie.

*DSM-II* vernoemde wel dementie in een seniele (vanaf 65) en pre-seniele (voor 65) variant, maar nog steeds als psychose gerelateerd aan 'organic brain syndrome'.

Door kritiek op het concept 'organic brain syndrome' komt dit in latere versies van DSM te vervallen. In *DSM-III* wordt dementie opgenomen onder de term dementia, en omschreven als "a loss of intellectual abilities of sufficient severity to interfere with social or occupational functioning".<sup>2</sup>

In deze versie van DSM zijn de volgende diagnostische criteria opgenomen:

- A. A loss of intellectual abilities of sufficient severity to interfere with social or occupational functioning.
- B. Memory impairment.
- C. At least one of the following:
  - (1) impairment of abstract thinking, as manifested by concrete interpretation of proverbs, inability to find similarities and differences between related words, difficulty in defining words and concepts, and other similar tasks
  - (2) impaired judgment
  - (3) other disturbances of higher conical function, such as aphasia (disorder of language due to brain dysfunction), apraxia (inability to carry out motor activities despite intact comprehension and motor function), agnosia (failure to recognise or identify objects despite intact sensory function), "constructional difficulty" (e.g., inability to copy three-dimensional figures, assemble blocks, or arrange sticks in specific designs)
  - (4) personality change, i.e., alteration or accentuation of premorbid traits

---

<sup>1</sup> Boller & Forbes, 1998, p. 127.

<sup>2</sup> Boller & Forbes, 1998, p. 127.

- D. State of consciousness not clouded (i.e., does not meet the criteria for Delirium or Intoxication, although these may be superimposed).
- E. Either (1) or (2):
- (1) evidence from the history, physical examination, or laboratory tests, of a specific organic factor that is judged to be etiologically related to the disturbance
  - (2) in the absence of such evidence, an organic factor necessary for the development of the syndrome can be presumed if conditions other than Organic Mental Disorders have been reasonably excluded and if the behavioral change represents cognitive impairment in a variety of areas.

Op de omschrijving van dementie in DSM-III komt kritiek omdat de belangrijkheid van de verschillende diagnostische criteria niet aangegeven is en er per criteria geen schaal en kritische grenswaarde benoemd is: "despite the dimensional nature of the criteria, DSM-III leads to problems in this regard by imposing a dichotomy on them: e.g. memory is either impaired or it is not".<sup>1</sup> Voor hun kritiek op DSM-III verwijzen deze auteurs naar de *mini mental state examination* en de studie van de ontwerpers van dit diagnostisch instrument waaruit blijkt dat er een geleidelijke schaal is van dementie en geen echte kritische waarde op die schaal vanaf dewelke er wel of geen dementie aanwezig is.<sup>2</sup> Dat betekent dat dementie essentieel een gradueel iets is, en geen dichotomie zoals DSM-III het omschrijft. Dergelijke situatie geeft aanleiding tot onbetrouwbare diagnosestelling omdat elke professional zijn eigen interpretatie van de criteria zal hanteren.

De diagnosecriteria voor dementie zijn in *DSM-IV* wat anders verwoord. Het gaat nu om:

- Criterion A1: memory impairment
- Criterion A2:
  - Criterion A2a: deterioration of language function (aphasia)
  - Criterion A2b: individuals with dementia may exhibit apraxia (i.e., impaired ability to execute motor activities despite intact motor abilities, sensory function, and comprehension of the required task)
  - Criterion A2c: individuals with dementia may exhibit agnosia (i.e., failure to recognize or identify objects despite intact sensory function)
  - Criterion A2d: disturbances in executive functioning are a common manifestation of dementia
- Criterion B: the items in both criterion A1 and criterion A2 must represent a decline from a previous level of functioning.

---

<sup>1</sup> Jorm & Henderson, 1985, p. 394.

<sup>2</sup> Folstein, Folstein, & McHugh, 1975.

De eerder beschreven kritiek die op DSM-III geformuleerd werd, over de vage grenzen rond de criteria en de problematische betrouwbaarheid die er noodzakelijk het gevolg van is, blijft ook op deze versie van toepassing.

In **DSM-IV-TR** wordt dementie opnieuw opgenomen en onderverdeeld naar oorzaak. Daarbij hoort de observatie dat ondanks de vooruitgang van medische beeldvorming en inzicht in biomarkers niet elke oorzaak van dementie met zekerheid vóór overlijden/autopsie vastgesteld kan worden. Er is ook voorzien in een categorie dementia NOS: not otherwise specified. Bovendien is er binnen elk subtype dementie onderscheid tussen wel of niet aanwezig zijn van gedragsstoornissen, wat niet verwonderlijk is aangezien een groot deel van de mensen met dementie ook gedragsstoornissen heeft. Dat leidt tot volgende classificatie:

- Dementia of the Alzheimer's Type, with early onset
  - 294.10 Without behavioral disturbance
  - 294.11 With behavioral disturbance
- Dementia of the Alzheimer's Type, with late onset
  - 294.10 Without behavioral disturbance
  - 294.11 With behavioral disturbance
- Vascular dementia
  - 290.40 Uncomplicated
  - 290.41 With delirium
  - 290.42 With delusions
  - 290.43 With depressed mood
- Dementia due to HIV disease
  - 294.10 Without behavioral disturbance
  - 294.11 With behavioral disturbance
- Dementia due to head trauma
  - 294.10 Without behavioral disturbance
  - 294.11 With behavioral disturbance
- Dementia due to Parkinson's disease
  - 294.10 Without behavioral disturbance
  - 294.11 With behavioral disturbance
- Dementia due to Huntington's disease
  - 294.10 Without behavioral disturbance
  - 294.11 With behavioral disturbance
- Dementia due to Pick's disease
  - 294.10 Without behavioral disturbance
  - 294.11 With behavioral disturbance
- Dementia due to Creutzfeldt-Jakob Disease
  - 294.10 Without behavioral disturbance
  - 294.11 With behavioral disturbance
- Dementia due to... [indicate other general medical condition]
  - 294.10 Without behavioral disturbance
  - 294.11 With behavioral disturbance
- 294.8 Dementia NOS

In de meest recente editie van DSM, de **DSM-5**, zijn opnieuw een aantal wijzigingen aangebracht ten aanzien van dementie. Zo krijgt het hoofdstuk waarin deze aandoening staat een andere titel. In DSM-IV-TR was het nog "Delirium, dementia, amnestic, and other cognitive disorders", nu wordt het algemener "Neurocognitive disorders".<sup>1</sup> Het gaat dan om die situaties waarin de neurocognitieve stoornis dominant aanwezig is (en dus niet een bijverschijnsel van schizofrenie) en waarin die stoornis niet sinds de geboorte of erg jonge leeftijd aanwezig was. Er moet sprake zijn van een daling van een eerder wel aanwezig cognitief niveau.

Binnen dat hoofdstuk verdwijnt de term dementie, die zou te stigmatiserend geweest zijn ten aanzien van mensen die de aandoening op jongere leeftijd krijgen. De nieuwe term/categorie wordt "neurocognitive disorder". DSM-5 kiest hiermee voor een naamsverandering waarvan het maar de vraag is of die gaat bekliven. De term dementie heeft immers de afgelopen decennia behoorlijke bekendheid gekregen, zowel bij professionals uit de zorgsector als onder burgers. Ze lijken dat zelf ook wel te beseffen: "The term dementia is retained in DSM-5 for continuity and may be used in settings where physicians and patients are accustomed to this term".<sup>2</sup>

Verder is opvallend dat onder neurocognitieve stoornissen onderscheid gemaakt wordt tussen enerzijds het 'major' niveau en anderzijds het 'mild' niveau, waarbij dementie tot het niveau major behoort en eerste signalen tot mild. De auteurs over de invoering van deze opdeling: "A major innovation, for which we have received considerable support, is our proposal to recognize neurocognitive impairment as a focus for diagnosis (and treatment) even if it does not rise to the threshold of affecting everyday functioning."<sup>3</sup> De voorzitter van de werkgroep wijst later ook op klinische en empirische argumenten voor het opnemen van de stoornis 'mild neurocognitive disorder' in DSM-5.<sup>4</sup>

Met de vooruitgang in vroegdiagnose (biomarkers voor de ziekte van Alzheimer, medische beeldvorming) en de consensus dat medische behandeling tegen dementie altijd zo vroeg mogelijk zal moeten beginnen om effectief te zijn, is het zaak ook de diagnose te kunnen stellen voordat geheugenproblemen manifest invloed hebben op zelfstandig leven. Men verwijst ook naar vier medicijnen die enige vertraging van de ziekte van Alzheimer zouden mogelijk maken (donepezil, rivastigmine, galantamine (merknaam: Reminyl) en memantine). Anderen twijfelen erg aan de werkzaamheid van deze medicijnen. Het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie bijvoorbeeld geeft in haar jaarlijkse 'transparantiefiches' over de werkzaamheid van medicijnen bij (beginnende)

---

<sup>1</sup> American Psychiatric Association, 2013, pp. 591-643.

<sup>2</sup> American Psychiatric Association, 2013, p. 591.

<sup>3</sup> Ganguli et al., 2011.

<sup>4</sup> Blazer, 2013.

dementie aan dat er nog weinig onderzocht is, en wat onderzocht is weinig klinische resultaten lijkt te hebben.

Een aantal vooraanstaande dementie-onderzoekers zijn erg cynisch omtrent de opname van 'mild neurocognitive disorder' en omschrijven het vooral als een commerciële kans: "Expanding the diagnosis of dementia mostly increases profit for corporations and industries involved with developing screening and early-diagnosis tests, and pharmaceutical and complementary medicines marketed to maintain cognition in old age. It also provides work for clinicians specialising in dementia."<sup>1</sup>

De diagnostische criteria voor 'major neurocognitive disorder' en 'mild neurocognitive disorder' zijn opgenomen in tabel 1. Verschillen tussen beide zijn gemarkeerd. Wat daarbij opvalt is dat het gaat om nauwelijks hard omschreven accentverschillen: 'significant' ten opzichte van 'modest': dat zijn ruime begrippen die veel marge laten voor interpretatie. Wat de ene psychiater 'significant' vindt, kan een andere snel als 'modest' omschrijven. Iets concreter is de toevoeging dat bij milde neurocognitieve stoornissen het dagelijks leven wel moeizamer gaat, maar er nog onafhankelijkheid is.

**Tabel 1: DSM-5, Major & mild neurocognitive disorder**

Major neurocognitive disorder	Mild neurocognitive disorder
<p>A. Evidence of <b>significant</b> cognitive decline from a previous level of performance in one or more cognitive domains (complex attention, executive function, learning and memory, language, perceptual-motor, or social cognition) based on:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Concern of the individual, a knowledgeable informant, or the clinician that there has been a <b>significant</b> decline in cognitive function; and</li> <li>2. A <b>substantial</b> impairment in cognitive performance, preferably documented by standardized neuropsychological testing or, in its absence, another quantified clinical assessment.</li> </ol>	<p>A. Evidence of <b>modest</b> cognitive decline from a previous level of performance in one or more cognitive domains (complex attention, executive function, learning and memory, language, perceptual-motor, or social cognition) based on:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Concern of the individual, a knowledgeable informant, or the clinician that there has been a <b>mild</b> decline in cognitive function; and</li> <li>2. A <b>modest</b> impairment in cognitive performance, preferably documented by standardized neuropsychological testing or, in its absence, another quantified clinical assessment.</li> </ol>

<sup>1</sup> Le Couteur, Doust, Creasey, & Brayne, 2013, p. 3.



<p>B. The cognitive deficits <b>interfere</b> with <b>independence</b> in everyday activities (i.e., <b>at a minimum, requiring assistance with</b> complex instrumental activities of daily living such as paying bills or managing medications).</p> <p>C. The cognitive deficits do not occur exclusively in the context of a delirium.</p> <p>D. The cognitive deficits are not better explained by another mental disorder (e.g., major depressive disorder, schizophrenia).</p>	<p>B. The cognitive deficits <b>do not interfere</b> with <b>capacity for independence</b> in everyday activities (i.e., complex instrumental activities of daily living such as paying bills or managing medications <b>are preserved, but greater effort, compensatory strategies, or accommodation may be required</b>).</p> <p>C. The cognitive deficits do not occur exclusively in the context of a delirium.</p> <p>D. The cognitive deficits are not better explained by another mental disorder (e.g., major depressive disorder, schizophrenia).</p>
---	--

Bron: American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association, p. 602-605).

Binnen zowel de major als mild neurocognitieve stoornis worden subtypes onderscheiden op basis van de bekende of veronderstelde oorzaken van de stoornis. DSM-5 voorziet niet minder dan 13 subtypes (p. 603):

- Ziekte van Alzheimer
- Frontotemporale lobaire degeneratie
- Lewy body ziekte
- Vasculaire ziekte
- Traumatische hersenbeschadiging
- Middelen/medicatie gebruik
- HIV besmetting
- Prion ziekte
- Ziekte van Parkinson
- Ziekte van Huntington
- Andere medische conditie<sup>1</sup>
- Meervoudige etiologie
- Onbenoemd

Opvallende wijziging in dit lijstje ten opzichte van DSM-IV-TR zijn de verschuiving van ziekte van Pick naar frontotemporale degeneratie (aanslui-

<sup>1</sup> Een hele reeks andere medische aandoeningen kan dementie veroorzaken, maar komen erg weinig voor. Daarom worden ze in deze restcategorie ondergebracht.

tend bij de verschuiving in taalgebruik in het werkveld, zo verwijst [www.pick.nl](http://www.pick.nl) al enige tijd automatisch door naar [www.ftdlotgenoten.nl](http://www.ftdlotgenoten.nl) en het opnemen van Creutzfeldt-Jakob in de ruimere categorie prion ziekte (naast onder meer het syndroom van Gerstmann-Sträussler-Scheinker).

## 4.3 Kritiek op DSM

Op vorige versies van DSM kwam al veel kritiek<sup>1</sup>, en eigenlijk komt DSM 5 niet tegemoet aan die kritieken. Dat was rond de tijd van lanceering (mei 2013) aanleiding tot de nodige berichten in de nieuwsmedia, en al langer tot kritische bijdragen in de vakliteratuur. We zetten de belangrijkste punten van kritiek op een rij.

Elke editie staat symbool voor groei van professionaliteit, niet alleen kwantitatief (het toenemend aantal pagina's staat daar symbool voor), maar vooral kwalitatief. Dat is echter volgens de critici slechts schijnbaar zo omdat er in de praktijk nog relatief weinig eenduidig gebruik wordt gemaakt van de opgeschreven definities. Er worden dikwijls boterzachte criteria gehanteerd die door verschillende psychiaters net iets anders geïnterpreteerd kunnen worden. Zo ontstaat een lage 'inter-rater reliability' (of, in goed Nederlands, interbeoordelaarbetrouwbaarheid). De betrouwbaarheid dat twee verschillende professionals in eenzelfde situatie tot eenzelfde diagnose komen is dus nog beperkt. Daarmee is aangegeven dat DSM haar oorspronkelijke doelstellingen nog niet gehaald heeft.

Bovendien zijn de wijzigingen tussen versies van DSM niet zozeer het gevolg van wetenschappelijk onderzoek dat de nodige empirische onderbouwing levert voor de wijziging, maar meer van een consensusmodel en uitvoerig overleg in werk- en studiegroepen.

Meteen ligt daar een volgend punt van kritiek: veel van deze deelnemers aan werk- en studiegroepen zouden banden hebben met de farmaceutische industrie en hun inbreng in het wordingsproces van DSM-5 hebben laten beïnvloeden door de belangen van die sector. Hoewel DSM nooit informatie geeft over behandelingsvormen (het blijft een diagnostisch handboek) en er dus nooit verwezen zal worden naar medicijn x of y, is het voor de farmaceutische industrie wel noodzakelijk wel een diagnoseselabel te hebben voor elke aandoening waarvoor één van hun medicijnen kan helpen. Zo zou de opname van het nieuwe label 'premenstrual dysphorid disorder' de weg kunnen openen tot gebruik van antidepressiva in dergelijke situaties.

---

<sup>1</sup> Kirk & Kutchins, 1992.

Een kritiek die hiermee nauw verwant is, is die van het gevaar op overdiagnose door het steeds opnemen van nieuwe diagnoses en het vlotter toegankelijk maken van de criteria van bestaande diagnoses. Daarmee zou 'het normale' gedrag uit beeld verdwijnen en steeds meer problematisch en psychiatrisch worden, het leidt tot 'diagnostische inflatie'.<sup>1</sup> En dat leidt dan weer tot gevaar op stigma voor die mensen die een onnodig label krijgen en tot overconsumptie van geneesmiddelen. Die kritiek wordt nu geformuleerd, maar eerder ook al ten aanzien van DSM-IV-TR. Bekend in ons taalgebied is de scherpe analyse van Trudy Dehue over 'de depressie-epidemie' (2008).

Er is met andere woorden veel en vooral indringende kritiek op DSM en de nieuwe versie DSM-5 in het bijzonder, maar die kritiek situeert zich op algemeen niveau en minder op het terrein van dementie. De kritiek van invloed van de farmaceutische industrie zou wel doorgetrokken kunnen worden naar het opnemen van de diagnose 'mild neurocognitive disorder', men zou er een poging in kunnen zien om een grotere markt te creëren voor een paar medicijnen. Verder is het opvallend dat de internationale dementiezorg zich weinig druk maakt over DSM-5, in tegenstelling tot bijvoorbeeld de sector van zorg voor mensen met autisme.

## Conclusie

Wat betreft dementie kunnen we blijven verwijzen naar DSM, en dan naar de meest recente versie daarvan, de DSM-5. We kunnen ook benoemen dat de psychiatrische vaktaal nu veeleer spreekt over majeure neurocognitieve stoornis dan over dementie.

In de praktijk zal deze verschuiving weinig implicaties hebben. De diagnose dementie wordt immers niet hoofdzakelijk door psychiaters gesteld, maar is een multidisciplinair gebeuren waar neurologen, geriateren en neuropsychologen bij betrokken zijn naast psychiaters. Het is maar de vraag in welke mate die andere beroepsgroepen de komende tijd de oude term dementie loslaten en het nieuwe begrip majeure neurocognitieve stoornis overnemen.

Dit is wel een punt van aandacht. Als in diagnosestelling en -communicatie richting burgers gesproken wordt over neurocognitieve stoornis en niet langer over dementie gaat de winst van de afgelopen decennia inzake bekendheid en correctere beeldvorming rond dementie mogelijk helemaal verloren, terwijl de wijziging van term juist deels bedoeld was om het stigma verder te verkleinen.

---

<sup>1</sup> Frances, 2013.

# Verwijzingen

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Berchtold, N. C., & Cotman, C. W. (1998). Evolution in the Conceptualization of Dementia and Alzheimer's Disease: Greco-Roman Period to the 1960s. *Neurobiology of Aging*, 19(3), 173-189.
- Blazer, D. G. (2013). Neurocognitive disorders in DSM-5. *American journal of psychiatry*, 170(6), 585-587.
- Boller, F., & Forbes, M. M. (1998). History of dementia and dementia in history: an overview. *Journal of Neurological Science*, 158, 125-133.
- Dehue, T. (2008). *De depressie-epidemie*. Amsterdam: Augustus.
- Engstrom, E. J. (2007). Researching dementia in imperial Germany: Alois Alzheimer and the economies of psychiatric practice. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 31(3), 405-413.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975 ). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3), 189-198.
- Frances, A. (2013). *Terug naar normaal: inside informatie over de epidemie van psychische stoornissen, DSM-5, Big Pharma en de medicalisering van het dagelijks leven*. Amsterdam Nieuwezijds.
- Ganguli, M., Blacker, D., Blazer, D. G., Grant, I., Jeste, D. V., Paulsen, J. S.,... Sachdev, P. S. (2011). Classification of neurocognitive disorders in DSM-5: a work in progress. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 205-210.
- Jorm, A. S., & Henderson, A. S. (1985). Possible improvements to the diagnostic criteria for dementia in DSM-III. *British journal of psychiatry*, 147, 394-399.
- Jürgs, M. (2001). *Alzheimer. De man, zijn leven*. Baarn: Tirion.
- Kirk, S., & Kutchins, H. (1992). *The selling of DSM, the rhetoric of science in psychiatry*. Hawthorne: Aldine de Gruyter.

- Le Couteur, D., Doust, J., Creasey, H., & Brayne, C. (2013). Political drive to screen for pre-dementia: not evidence based and ignores the harms of diagnosis. *British medical journal* 347, 1-6.
- Ramirez-Bermudez, J. (2012). Alzheimer's disease: critical notes on the history of a medical concept. *Archives of Medical Research*, 43(8), 595-599.
- Weber, M. M. (1997). Aloys Alzheimer, a coworker of Emil Kraepelin. *Journal of psychiatric research*, 31(6), 635-643.