



Universiteit  
Leiden

The Netherlands

## Toekomst van de psychiatrie

Hemert, A.M. van

### Citation

Hemert, A. M. van. (2024). Toekomst van de psychiatrie. In . Leiden. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/3728501>

Version: Publisher's Version

License: [Leiden University Non-exclusive license](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/3728501>

**Note:** To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Prof. dr. Albert M. van Hemert

# Toekomst van de psychiatrie



Universiteit  
Leiden

Discover the world at Leiden University

# Toekomst van de psychiatrie

Rede uitgesproken door

prof. dr. Albert M. van Hemert

ter gelegenheid van zijn afscheid als

hoogleraar Psychiatrie

aan de Universiteit Leiden

op donderdag 4 april 2024.



Universiteit  
Leiden



*Onwetendheid van de gebeurtenissen voor je geboorte is voor altijd een kind blijven. Want wat is een leven als het niet door de geschiedenis is verweven met dat van onze voorouders.*

Cicero, Orator 46 VGJ

*De ideale diagnostische classificatie geeft informatie over de prognose, behandeling, juridische verantwoordelijkheid en wetenschappelijk onderzoek. De classificatie helpt de communicatie, omdat zij betrouwbaar en valide is, en door iedereen wordt begrepen en geaccepteerd.*

Gittleson, Br J Psychiatry 1971

Leden van de Raad van Bestuur van het LUMC, zeer gewaardeerde toehoorders,

Ik wil de gelegenheid van mijn afscheidscollege graag gebruiken om vanuit het verleden te kijken naar de toekomst van de psychiatrie. Ik weet het, voorspellen is moeilijk – volgens Godfried Bomans vooral waar het de toekomst betreft – maar zonder kennis van het verleden zijn wij gedoemd om altijd kind te blijven. Ik wil terugkijken op mijn loopbaan in de psychiatrie, op zoek naar richtingen die ons verder kunnen helpen in de toekomst. Voor mij is dit een afsluiting, voor de jongere generatie hopelijk een perspectief op nieuwe richtingen, zoals ik die zelf heb ervaren aan het begin van mijn loopbaan in de psychiatrie. Ik zal hier beginnen met een kort overzicht.

Als eerste zal ik stilstaan bij een aantal oude problemen van de psychiatrie uit de zestiger en zeventiger jaren van de vorige eeuw. Er waren toen grote wetenschappelijk en maatschappelijke problemen, in een tijd die ook wel de periode van de antipsychiatrie wordt genoemd. Mijn belangstelling voor de psychiatrie is in de nadagen hiervan begonnen en de problemen uit die tijd en de oplossingen die werden gekozen hebben mijn visie op de psychiatrie, mijn wetenschappelijk denken en mijn dagelijkse praktijk van patiëntenzorg in grote mate bepaald.

Na een schets van deze oude problemen zal ik ingaan op de oplossingsrichting die vanaf de tachtiger jaren werd gevolgd en die in termen van Thomas Kuhn valt te typeren als een paradigmaverschuiving. De diagnostiek werd niet meer gebaseerd op de moeilijk objectiveerbare theoretische termen van het psychoanalytisch denken, maar op het atheoretische beschrijvende systeem van diagnostische criteria, aanvankelijk volgens de DSM-III en later de DSM-IV, de ICD-10, de DSM-5 en de ICD-11.<sup>1-5</sup> De diagnostiek werd met deze benadering reproduceerbaar en er kwam een stevige basis voor wetenschappelijk onderzoek. Er volgde een bloeiende periode van wetenschappelijk onderzoek die Thomas Kuhn zou typeren als normale wetenschap. Net als de rest van de geneeskunde werd ook de psychiatrie een evidence-based specialisme.

Het systeem van de atheoretische beschrijvende diagnostiek van de DSM heeft echter ook evidente beperkingen. Er zijn hardnekkige problemen in de afgrenzing van stoornissen met normaal en van stoornissen onderling, er zijn langlopende discussies over de heterogeniteit en de stabiliteit van de diagnostische categorieën en er zijn groeiende discussies over de therapeutische specificiteit en de therapeutische generaliseerbaarheid. Het voert te ver om al deze problemen hier uitputtend te bespreken. Ik zal mij beperken tot het probleem van de afgrenzing van stoornissen, vanwege de gevolgen die dit heeft gehad voor de epidemie van psychische stoornissen waar wij momenteel middenin zitten.

Net als in de zestiger en zeventiger jaren van de vorige eeuw is er nu weer grote wetenschappelijke en maatschappelijke kritiek. De criticasters, vaak van buiten de psychiatrie, pleiten er geregeld voor om het gangbare diagnostische systeem geheel af te schaffen. Ik ben daar absoluut geen voorstander van, omdat we daarmee het kind met het badwater weggoien en terug zullen vallen in de chaos van de vorige eeuw. Het kan altijd slechter. Mijn standpunt is dat de DSM-systematiek in haar wetenschappelijke onderbouwing van de psychiatrie halverwege is. In termen van de wetenschapsfilosoof Gustav Hempel

heeft de DSM wel een empirische systematisering gebracht, maar nog onvoldoende theoretische systematisering. Waar ik voor de toekomst van de psychiatrie voor pleit is om de beperkingen van het DSM-systeem onder ogen te zien en om van daaruit nieuwe richtingen te zoeken, om de problemen van vandaag te ondervangen.

### **Oude problemen van de psychiatrie**

Ik studeerde geneeskunde van 1977 tot 1984. Vanaf het tweede jaar van mijn studie volgde ik colleges eerst in de psychologie en later in de psychiatrie. Ik vond het fascinerend om te ervaren hoe zoiets ongreijpbaars als de menselijke geest wetenschappelijk gsystematiseerd kon worden, zodanig dat individuen, elk met hun eigen problematiek, op een min of meer generieke en reproduceerbare wijze geholpen konden worden. Althans, die indruk werd gewekt.

4 In de periode van mijn studie hoorde ik ook grote kritiek op de psychiatrie. Wat op mij veel indruk maakte was een discussie binnen de geneeskunde faculteit over de positie van de vakgroep Sociale Psychiatrie, die werd geleid door prof. Kees Trimbos. Vanuit de faculteit kwam het verwijt dat de Sociale Psychiatrie niet wetenschappelijk genoeg zou zijn. In Rotterdam was dat toentertijd een zware aantijging. De repliek vanuit de psychiatrie was dat door de faculteit een verkeerde maatstaf voor wetenschap werd toegepast, omdat voor wetenschappelijk onderzoek in de psychiatrie andere principes zouden gelden dan voor de rest van de geneeskunde. Ik begreep dit niet zo goed, mede doordat de term wetenschappelijkheid in de discussie steeds wat in het vage bleef. Dit heeft mij er mede toe aangezet om mij meer te verdiepen in principes van wetenschappelijke onderzoek en om te solliciteren voor mijn promotieonderzoek bij het Instituut Epidemiologie in Rotterdam.

Ik wil hier wat dieper ingaan op de kritiek die er was op de psychiatrie in de zestiger en zeventiger jaren van de vorige eeuw, die ik wil indelen in wetenschappelijke en maatschappelijke kritiek.

### *Wetenschappelijke kritiek*

Twee belangrijke wetenschappelijk problemen uit die tijd waren de theoretische oriëntatie van het psychoanalytisch denken en daarmee samenhangend de onbetrouwbaarheid van diagnosen. De mentale stoornissen werden globaal ingedeeld volgens de ICD-8 in psychotische en neurotische stoornissen.<sup>6</sup> De psychotische stoornissen, waaronder de dementie, de schizofrenie en de affectieve psychosen, werden primair medisch-organisch verklaard, terwijl de neurosen en de persoonlijkheidsstoornissen, middelenmisbruik en seksuele deviaties vooral werden verklaard vanuit het psychoanalytisch kader van onbewuste motieven en verdrongen intrapsychische conflicten. In de diagnostiek werden vaak beschrijvende en theoretische aspecten gecombineerd. Een depressie, bijvoorbeeld, werd beschreven aan de hand van dezelfde symptomen die wij nu ook nog hanteren, maar een depressie kon ook bedekt zijn. Dan was er wel een depressie, maar deze kon zich uiten in allerlei andere verschijnselen of symptomen. Verder werd er in de diagnostiek ook veelvuldig gebruik gemaakt van de term persoonlijkheidsstructuur. Mannen hadden vaak een antisociale, vrouwen een hysterische persoonlijkheidsstructuur. Van de hysterische persoonlijkheidsstructuur had je dan weer meerdere varianten, waaronder ook het geremde type, waarbij er naar analogie van de bedekte depressie wel de structuur, maar niet de kenmerken waren. Het is niet verwonderlijk dat de diagnostische praktijk met deze vaagheden en stereotypingen sterk individueel kon worden ingekleurd.

Dit werd pijnlijk duidelijk in epidemiologische studies naar de prevalentie van psychiatrische aandoeningen in Engeland en Amerika. In een reeks van studies in de zestiger en zeventiger jaren werden grote verschillen gevonden in het aantal opnames voor schizofrenie en voor affectieve psychosen.<sup>7-9</sup> In Amerika werd veel meer schizofrenie gezien en in Engeland meer affectieve psychosen, hetgeen aanleiding kon geven tot speculaties over culturele invloeden op de kwetsbaarheid voor deze aandoeningen. Bij nader onderzoek werd echter al snel duidelijk dat het niet ging om verschillen in patiëntkenmerken, maar om

verschillen in psychiaterkenmerken. Een Engelse psychiater in Amerika zag affectieve psychosen en een Amerikaanse psychiater in Engeland zag schizofrenie. Voor wetenschappelijk onderzoek evident een onmogelijke situatie, omdat het kennelijk al niet lukte om het onderwerp van studie eenduidig vast te stellen.

Naast de problematiek van de diagnostische onbetrouwbaarheid was er ook groeiende kritiek op de aard van de psychoanalytische theorie, die frontaal was ingezet door de wetenschapstheoreticus Karl Popper,<sup>10</sup> de filosoof die het thema van falsificeerbaarheid introduceerde. Een empirische wetenschappelijke theorie kan alleen valide zijn als deze in principe door observaties falsificeerbaar is. Zoals hierboven geschetst was dit voor de diagnostische praktijk in de psychiatrie lang niet altijd het geval. Het was duidelijk dat het voor wetenschappelijk onderzoek noodzakelijk was om veel nauwkeuriger te definiëren hoe een stoornis aan de hand van eenduidige criteria kon worden vastgesteld, zonder de moeilijk objectieveerbare theoretische termen van het psychoanalytische kader.

#### *Maatschappelijke kritiek*

Deels in samenhang met de wetenschappelijke kritiek was er ook veel maatschappelijke kritiek, die in de meest extreme vorm werd aangeduid als antipsychiatrie. Een basisgedachte van de antipsychiatrie was dat psychiatrische stoornissen niets meer zijn dan maatschappelijke etiketten die gebruikt worden om sociaal ongewenst gedrag te onderdrukken. Belangrijke internationale auteurs waren onder andere Michel Foucault, Ronald Laing en Thomas Szasz en in Nederland Jan Foudraïne.<sup>11-15</sup> In de populaire cultuur had je boeken zoals *Ik heb je nooit een rozentuin beloofd* en natuurlijk de film *One flew over the cuckoo's nest*.<sup>16,17</sup> Een studie die in die tijd veel indruk maakte kwam van de sociaal psycholoog David Rosenhan, die in 1973 liet zien dat alleen het feit dat iemand was opgenomen op een psychiatrische afdeling voldoende was om een psychiatrische diagnose te stellen en om de opname voort te zetten.<sup>18</sup> Pas veel later zou blijken dat dit een voorbeeld is geweest van wetenschapsfraude.<sup>19</sup> In die tijd bestond dit nog niet.

Persoonlijk kon ik de extreme kritiek van de antipsychiatrie niet goed rijmen met mijn ervaringen met de problematiek van de patiënten die ik tegenkwam in de psychiatrische zorg. Het is in mijn ervaring helaas een realiteit dat patiënten gebukt kunnen gaan onder zeer ernstige mentale problemen. Minder extreme kritiek betrof de meer herkenbare risico's van medicalisering, waarbij normaal menselijk leed in het medisch domein wordt gebracht, etikettering, waarbij een probleem wordt gereduceerd tot de naam van een stoornis en stigmatisering, waarbij de patiënt met het etiket wordt gereduceerd tot een onvolwaardig persoon. Medicalisering, etikettering en stigmatisering leiden tot afhankelijkheid en disempowerment. Als de medicus niet met de oplossing komt staat de patiënt er alleen voor. In essentie gaat het om een probleem in de afgrenzing tussen normaal menselijk leed enerzijds, waar de medicus niet deskundiger is dan de gemiddelde burger, en psychopathologische toestanden anderzijds, waar de medicus een rol heeft in het oplossen van het probleem. Zeker in de tijd van de antipsychiatrie, waar het bestaan van psychiatrische toestanden werd ontkend, kon de psychiatrie volgens de critici alleen maar schade doen.

#### **Paradigmaverschuiving**

Zoals hierboven geschetst werd in de zestiger en zeventiger jaren duidelijk dat er veel problemen waren met de psychiatrische diagnostiek en tegelijkertijd kwam een beweging op gang om de wetenschappelijke problemen op te lossen. In grote lijnen werden hierbij twee richtingen gevolgd. De eerste was de ontwikkeling van betrouwbare diagnostische interviews, waarmee symptomatologie systematisch kon worden uitgevraagd en vastgesteld. De tweede was de ontwikkeling van diagnostische criteria waarmee een bepaalde diagnose kon worden geclassificeerd. De eerste ontwikkeling kwam in eerste instantie vooral uit Engeland, de tweede uit Amerika. Ook in Nederland werd in 1970 een classificatie van psychiatrische toestandsbeelden gelanceerd, die nog steeds een zekere bekendheid heeft als het CHAM-systeem.<sup>20,21</sup>

### *Psychiatrische interviews*

Toonaangevend in de vroege psychiatrische interviews was de Present State Examination (PSE), dat werd ontwikkeld door Wing.<sup>22</sup> Het ging om een semigestructureerd interview waarmee de aanwezigheid van symptomen kon worden vastgesteld volgens een vastgesteld glossarium. Semigestructureerd wil zeggen dat voor elk symptoom de openingsvraag was vastgesteld, maar de interviewer moest daarna doorvragen om vast te stellen of het symptoom qua ernst, aard en duur aanwezig was volgens de beschrijving in het glossarium. Het afnemen van het interview vergde een aanzienlijke training en een redelijke basiskennis van psychopathologische fenomenen. De PSE hanteerde een betrekkelijk hoge drempel om van een symptoom te kunnen spreken en had nog geen eenduidige systematiek om symptomen te aggregeren tot diagnosen.

6

Een veel later Amerikaans voorbeeld van een diagnostisch interview is de Diagnostic Interview Schedule (DIS),<sup>23</sup> dat bekend stond als een lekeninterview, waarbij de interviewer de geformuleerde vraag stelt en juist zonder doorvragen het antwoord van de patiënt codeert. Het instrument heeft daarmee een veel lagere drempel om van symptoom te kunnen spreken. De DIS was geheel afgestemd op de diagnostische criteria van de DSM-III.

### *Diagnostische criteria*

In 1972 gaven Feighner e.a. een beschrijving van diagnostische criteria voor 16 stoornissen uit de DSM-II, waaronder primaire en secundaire affectieve stoornissen, schizofrenie, angstneurose, fobische neurose, hysterie, middelennisbruik, homoseksualiteit, transseksualiteit, anorexia nervosa, mentale retardatie en organische hersensyndromen.<sup>24</sup> Met de blik van nu lezen de criteria nog als tamelijk globaal, maar het waren duidelijke voorlopers van de DSM-III-classificatie. In 1978 volgde een publicatie van de Research Diagnostic Criteria voor 26 stoornissen, die meer in detail werden uitgewerkt met onderzoeksgegevens over de interobserver- en de test-hertestbetrouwbaarheid.<sup>25</sup> In 1980, tenslotte, verscheen de DSM-III, de

eerste versie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* waarin de psychische stoornissen volledig werden beschreven aan de hand van diagnostische criteria die voor iedereen eenduidig waren vast te stellen en die niet meer waren gebaseerd op theoretische aannames uit de psychoanalyse.<sup>1</sup> De DSM-III en de bijbehorende DIS zouden het landschap van de psychiatrische diagnostiek zo ingrijpend veranderen dat in termen van Thomas Kuhn gesproken kan worden van een paradigmaverschuiving.<sup>26</sup>

In 1982 werd de Nederlandse vertaling van de DSM-III uitgebracht, waar de classificatie in eerste instantie voornamelijk in de wetenschappelijke wereld met enthousiasme werd ontvangen. De klinisch werkende psychiaters waren minder enthousiast over de oppervlakkige beschrijvingen van psychische stoornissen en het gebrek aan herkenbare betekenis voor de behandeling. Maar na de wetenschap zou ook de kliniek al snel volgen in de ommezwaai weg van de theoretisch overwegingen voor diagnosen naar de “modernere” atheoretische beschrijvende criteria.

### **Empirisch systematisering**

Ik wil hier een korte uitstap maken naar de wetenschapstheorie. In februari 1959, zo ongeveer rond mijn geboorte, had Karl Gustav Hempel al een voorschot genomen op de ontwikkeling van de DSM-systematiek.<sup>27,28</sup> Hempel was een Duitse wetenschapsfilosoof uit de school van het logisch positivisme, die in 1939 op uitnodiging van de Universiteit van Chicago naar Amerika was geëmigreerd. Met de grote nadruk op de waarneembare feiten heeft het logisch positivisme of het neopositivisme in de geneeskunde grote invloed gehad op de praktijk van de wetenschap.

In 1959 gaf Hempel een voordracht voor de *World Conference on Field Studies in the Mental Disorders* van de American Psychopathological Association over de grondslagen van een wetenschappelijke taxonomie, zoals de latere DSM.<sup>29</sup> Hempel beschreef in zijn presentatie twee stadia voor de ontwikkeling van een taxonomie. In het eerste stadium staat de betrouwbaarheid



van de classificatie centraal. Hij noemt dit het stadium van de empirische relevantie. De taxonomie moet het wetenschappelijk onderwerp zodanig identificeren dat iedere observator hetzelfde fenomeen op eenzelfde manier indeelt. Het gaat in dit stadium om de betrouwbaarheid van observaties binnen het veld van wetenschap. Zonder betrouwbare observaties is wetenschap niet mogelijk.

In het tweede stadium van ontwikkeling richt de wetenschap zich op de theoretische onderbouwing. Hempel noemde dit de systematische relevantie. Het gaat dan om het formuleren van wetten en theorieën die een basis zijn voor betrouwbare predictie en interventies. In de context van de geneeskunde gaat het om de theoretische onderbouwing die een leidraad is voor het onderzoek naar voorspelbare behandeling.

Deze tweedeling van empirische systematisering en theoretische systematisering werd bij de invoering van de DSM-systematiek geregeld aangestipt. Eerst moest een basis gelegd worden met een beschrijvende benadering, vrij van theorie. Later zou dit uitgewerkt moeten worden naar een meer theoretische en verklarende benadering. Terugkijkend is de DSM-benadering vooral succesvol geweest in de empirische systematisering van de psychiatrie.

### **Normale wetenschap**

De nieuwe diagnostische instrumenten vormden een sterke stimulans voor wetenschappelijk onderzoek mede ook aangejaagd door een aantal technologische ontwikkelingen en door de opkomst van de klinische epidemiologie.<sup>30</sup> Met de techniek van de functionele MRI werd het mogelijk om het brein real-time in actie te zien en met de komst van de PCR-technologie werd het genetisch onderzoek op grote schaal gestimuleerd.<sup>31,32</sup> Vanuit de klinische epidemiologie werd het adagium voor de patiëntenzorg dat iedere patiënt behandeld moest worden op basis van de best beschikbare evidentie en de best beschikbare evidentie werd verworven in onderzoek naar incidentie, prevalentie, beloop, risicofactoren en behandeling en vervolgens

geconsolideerd in multidisciplinaire evidence-based richtlijnen voor behandeling: een ontwikkeling die vandaag vanzelfsprekend is, maar die zonder de DSM-systematiek in de psychiatrie niet mogelijk zou zijn geweest.<sup>33,34</sup>

Een voorbeeld van deze ontwikkeling in het klein was ons onderzoek in de negentiger jaren naar het vóórkomen van psychische stoornissen in de verwevenheid met somatische aandoeningen bij de Algemene Interne Geneeskunde Polikliniek van het LUMC. Met de Present State Examination konden wij vaststellen dat de prevalentie van psychische stoornissen in de medisch consulterende groep veel hoger was dan in de algemene bevolking, met name bij de subgroep met lichamelijk onverklaarde klachten.<sup>35</sup> Wij konden dit onderzoek vervolgen met een beloopstudie, die liet zien dat de prognose relatief gunstig was, en met een effectieve behandelstudie met cognitieve gedragstherapie volgens het gevolgenmodel dat wij in die tijd ontwikkelden.<sup>36,37</sup> Later konden wij hetzelfde onderzoekmodel uitbreiden naar de huisartsenpopulatie en in 2010 verscheen de eerste Multidisciplinaire Richtlijn voor Somatisch Onverklaarde Lichamelijke Klachten.<sup>38-40</sup>

Andere voorbeelden van ons empirisch onderzoek in de jaren daarna zijn de grote cohortstudies NESDA, NESDO en NOCDA. In een intensieve samenwerking met het VUMC en het UMCG werd in de NESDA-studie een groep van zo'n 3000 patiënten met stemmings- en angststoornissen, samen met controlepatiënten, breed in kaart gebracht en tot op de dag van vandaag al bijna 20 jaar opgevolgd. NESDO en NOCDA waren soortgelijke cohortstudies rond ouderen en rond patiënten met een obsessief-compulsieve stoornis. Alleen NESDA al leverde tot op heden meer dan 700 peer-reviewed publicaties en 100 proefschriften op over een breed scala aan onderwerpen, waaronder de klinische en psychologische kenmerken van angst en depressie, het beloop van klachten en symptomen, de genetica, structurele en functionele beeldvorming, endocrinologie en ontstekingsparameters.<sup>41</sup> Zonder de systematiek van de DSM was dit onderzoek niet mogelijk geweest.

In termen van Thomas Kuhn was de laatste 40 jaar voor de psychiatrie een tijd van normale wetenschap, waarbij wordt aangenomen dat de waarden, technieken en theorieën van het heersende paradigma een goede kwaliteit van wetenschap garanderen. Het paradigma faciliteert normale wetenschap, maar heeft geen antwoord op beperkingen die inherent besloten liggen in het paradigma. Deze problemen worden zo veel mogelijk genegeerd, omdat zij het proces van normale wetenschap ondermijnen.

### Nieuwe problemen

Het gevolg is dat nieuwe problemen zich geleidelijk opstapelen, net zo lang tot het paradigma niet langer houdbaar is en moet worden aangepast of vervangen. Dit punt komt naar mijn idee met recente ontwikkelingen in de GGZ dichterbij en dit zet druk op de houdbaarheid van de DSM-systematiek in haar huidige vorm.

#### *GGZ in de knel*

In 2023 verscheen een rapport van het Trimbos Instituut, met de titel *GGZ Uit de Knel*.<sup>42</sup> Op basis van interviews met een groot aantal stakeholders geeft het rapport een analyse van problemen in de GGZ. Kort samengevat is het beeld dat de GGZ volledig verstopt is geraakt. Er stonden in 2023 meer dan 80.000 mensen op de wachtlijst voor GGZ-behandeling en meer dan de helft moet langer dan 14 weken wachten. Er zijn groeiende problemen met de capaciteit van de GGZ, omdat instellingen hun vacatures niet meer vervuld krijgen. De GGZ is overspoeld en verstopt en het werken in de GGZ is door bezuinigings- en efficiëntiemaatregelen voor medewerkers steeds minder aantrekkelijk. Als sector is de GGZ weliswaar matig gegroeid, maar het aantal mensen in psychische nood – dat in aanmerking wil komen voor psychische zorg – is explosief gegroeid. Huisartsen kunnen de zorg niet aan, de POH GGZ raakt overspoeld en de specialistische GGZ zit verstopt met patiënten die langdurig in zorg zijn, maar helaas onvoldoende herstellen van hun ernstige psychische klachten.<sup>43</sup>

Deze ontwikkeling is niet verwonderlijk als we kijken naar het epidemiologische onderzoek van de laatste jaren. In de *Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study* (NEMESIS), doet Trimbos al meer dan 25 jaar onderzoek naar het voorkomen van psychische stoornissen in de bevolking. In drie opeenvolgende onderzoeken in 1996, 2007-2009 en 2019-2022 was de jaarprevalentie voor de volwassen bevolking respectievelijk 23%, 17% en 26%.<sup>44-47</sup> Voor Europa als geheel is de situatie nog zorgwekkender. Volgens een gezaghebbende publicatie uit 2011 is de jaarprevalentie van psychische stoornissen in Europa maar liefst 38%.<sup>48</sup> Ruim een kwart van de Nederlandse bevolking en bijna 40% van de Europese bevolking voldoet jaarlijks aan criteria voor een psychische stoornis. Voor Nederland zijn dat 3,4 miljoen personen, voor Europa 125 miljoen. Deze moderne epidemie van psychische stoornissen valt grotendeels te begrijpen als direct gevolg van de beschrijvende benadering van de DSM-systematiek.<sup>49,50</sup>

#### *Een epidemie in perspectief*

Om de epidemie in perspectief te plaatsen moeten we ons realiseren dat de operationele diagnostische criteria voor psychische stoornissen oorspronkelijk zijn ontwikkeld in de klinische praktijk van de psychiatrie als een soort casevignetten, die in deze specifieke context van patiënten met ernstig invaliderende ontregelingen een zekere praktische geldigheid hadden en die herkend werden als prototypen van veronderstelde ziektebeelden. Depressie, psychose, dementie en zwakbegaafdheid zijn ziektebeelden die in hun extreme uitingen in de klinische psychiatrie relatief gemakkelijk als stoornissen of ziektebeelden herkenbaar zijn en van elkaar zijn af te grenzen. De diagnostische criteria functioneren als het ware als een bril waarmee we de klinische realiteit van de verschillende ziektebeelden kunnen bekijken en indelen. Zeker in de begintijd was het instrument van diagnostische criteria behulpzaam om een diepe spraakverwarring in de klinische praktijk in banen te leiden.

Er ontstaat echter een probleem als we deze zelfde bril als epidemiologen vanuit de specialistische psychiatrie mee naar

buiten nemen, bijvoorbeeld naar de huisartspraktijken, naar bedrijfsartsen, naar scholen of gewoon deur aan deur naar de bevolking als geheel. Wij zien dan door onze bril van diagnostische criteria ineens overal toestanden die wij met het jargon van de psychiatrie kunnen beschrijven als psychische stoornissen. Als wij dan vervolgens net doen alsof de woorden die van toepassing waren op de klinische realiteit van de psychiatrische praktijk ook gelden voor de populatie als geheel, dan belanden wij in de wereldwijde epidemie van psychische stoornissen die tegenwoordig wordt verondersteld. Hetzelfde geldt bijvoorbeeld voor röntgendiagnostiek. Als we in de algemene bevolking bij iedereen met MRI een *total body scan* zouden maken, dan krijgen we van alles te zien, waarvan de medische implicaties onduidelijk zijn.

Het dilemma is natuurlijk dat wij feitelijk niet zo goed weten wat wij zien als wij met onze bril van diagnostische criteria de wijde wereld intrekken en huis aan huis vragen of er nog psychische klachten zijn. In de klinische praktijk van de psychiatrie was het niet onredelijk om te veronderstellen dat biologische interventies zoals medicatie of elektroshockbehandeling effectief zijn in het verlichten van de ernstige symptomen van depressie. ECT wordt in deze setting nog steeds gezien als een van de meest effectieve interventies voor de behandeling van depressie. In de huisartspopulatie is dit echter heel anders. Bij dezelfde diagnostische criteria zal niemand ervoor pleiten om patiënten in deze setting breed te behandelen met ECT en er is een slepende controverse over de vraag of antidepressiva in deze setting wel zo effectief zijn.<sup>51-56</sup>

De taal van de diagnostische criteria heeft weliswaar geholpen om de interpersoonlijke betrouwbaarheid van diagnostische labels te versterken, maar het is helaas onduidelijk waar de diagnostische labels in de praktijk voor staan, met name als we de systematiek breed in de samenleving gaan toepassen.

#### *DSM-termen als jargon van psychische nood*

Door sommigen is de DSM wel de “Bijbel” van de psychiatrie

genoemd. Persoonlijk vind ik dit overdreven. Op zijn best is het een woordenboek, dat oorspronkelijk was bedoeld voor de specialistische psychiatrie.<sup>57</sup> Net zoals de concepten van de psychoanalyse is het jargon van dit woordenboek echter geleidelijk ingeburgerd in onze cultuur. Iedereen kent tegenwoordig termen en afkortingen zoals PTSS, borderline, ADHD en autisme en de bijpassende criteria zijn desgewenst na te zoeken op het Internet. De psychiatrische diagnostiek is ogenschijnlijk nog nooit zo eenvoudig geweest. Wie in aanmerking komt voor een diagnose kan aanspraak maken op uitzonderingen en voorzieningen, van medische zorg en arbeidsongeschiktheidsuitkeringen tot speciale voorzieningen op school of werk. Het jargon van de DSM is in onze cultuur een idioom voor psychische nood geworden.

Het leidt geen twijfel dat de psychische nood van het leven groot kan zijn. Mensen zijn kwetsbaar in hun bestaan. Kinderen worden uitgesloten, verwaarloosd, misbruikt en gepest; pubers en adolescenten moeten in de verwarrende wereld van het Internet en sociale media hun weg vinden in opleiding en relatievorming; genderidentiteit valt niet meer vanzelfsprekend samen met het biologische geslacht; jongvolwassenen moeten werk en privé zien te combineren, terwijl de systemen die hen kunnen ondersteunen onder druk staan. Problemen met schulden, verslavende middelen, eenzaamheid, ziekte en dood zijn onvervreemdbaar verbonden aan de menselijke existentie. Het jargon van de DSM kan gebruikt worden om woorden te geven aan deze nood en het maakt schrijnende maatschappelijke problemen kwantificeerbaar en zichtbaar. Het grote misverstand is echter dat de problemen worden aangeduid met de terminologie van stoornissen, met daarbij de verwachting dat de geneeskunde uitkomst kan bieden. Met die verwachting is het niet verwonderlijk dat de GGZ overspoeld en verstopt raakt. Het is de ultieme medicalisering en helaas ook commercialisering van het gewone leven, met in 2023 een voorschrift van antidepressiva voor 1,2 miljoen Nederlanders, waaronder steeds meer jongeren van 8 tot 17 jaar.<sup>58</sup>

### Hoe nu verder?

Voor de toekomst van de psychiatrie zie ik op dit moment twee grote obstakels. Het eerste is de kunstmatige epidemie die door het jargon van de DSM in het leven is geroepen en die de GGZ in de knel heeft gebracht. Het tweede is de hardnekkige atheoretische benadering van de DSM.

#### *GGZ uit de knel*

Het eerder genoemde Trimbosrapport beschrijft zes bouwstenen die in onderlinge wisselwerking de medicalisering van psychische nood moet tegengaan.<sup>42</sup>

Drie van de bouwstenen liggen buiten de gezondheidszorg. (1) Mentale gezondheid, voorheen welzijn, moet weer onderdeel worden van de normale leefomgevingen gedurende de levensloop: op school, op het werk en in de woonomgeving. (2) Als er hulp nodig is, bij beginnende problemen, dan moet deze laagdrempelig en zonder label beschikbaar zijn en (3) er moet een brede maatschappelijke omschakeling komen van 'gehouden worden' naar 'jezelf (en anderen) leren helpen'. Het moet niet gaan over vermeende stoornissen, maar om gewenste uitkomsten.

Bij de drie andere bouwstenen gaat het om de manier van werken in de gezondheidszorg. Het gaat om integrale samenwerking tussen het sociale domein met (4) de eerste lijn en de tweede lijn, zowel aan (5) de poort en voor (6) de ernstige psychiatrisch aandoeningen (EPA).

Tenslotte biedt het rapport een aantal randvoorwaarden, waaronder het beter toerusten van het sociale domein voor het bevorderen van mentale gezondheid, het faciliteren van een cultuur van samenwerken, het aanpassen van het financieringssysteem (weg van marktwerking en toe naar samenwerking) en, naar mijn idee het belangrijkste, het verzamelen van empirische evidentie over effectieve vormen van samenwerken.

#### *Theoretische systematisering*

Deze beweging die de GGZ uit de knel moet helpen is vooral praktisch en maatschappelijk van aard en biedt de komende jaren hopelijk soelaas. Er is volgens mij echter een fundamenteel probleem waardoor wij in de huidige situatie verzeild zijn geraakt en dat is het ontbreken van een theoretische onderbouwing voor een groot aantal van de stoornissen die in de DSM worden beschreven. Het is alsof wij infectieziekten moeten bestrijden zonder enige notie van bacteriën of virussen. Wij weten dat antibiotica effectief kunnen zijn, maar enkel op basis van de beschrijvende ziektekenmerken kunnen wij geen rationele indicaties stellen en kunnen wij niet bepalen wie wel en wie niet in een specialistische setting behandeld moet worden. Een DSM-classificatie zonder theoretische onderbouwing zal op de langere termijn dan ook niet houdbaar zijn.

Dit is een besef dat breed wordt gedeeld in de wetenschappelijke wereld van de psychiatrie. Al direct bij de voorbereiding van de DSM-5 was de ambitie om de classificatie een sterker theoretisch fundament te geven.<sup>59</sup> In 2009 werd een vijftal werkgroepen ingesteld om te onderzoeken of de stand van onze kennis al voldoende was om de DSM-5 en de ICD-11 een sterkere theoretische onderbouwing te geven in vijf clusters: de neurocognitieve stoornissen, de ontwikkelingsstoornissen, de psychotische stoornissen, de emotiestoornissen en de externaliserende stoornissen.<sup>60</sup> Elk van de werkgroepen gaf als conclusie dat er veelbelovend materiaal lag, maar dat er nog onvoldoende kennis was om de DSM-5 op te baseren. Met enige frustratie is besloten om nog op de oude voet van de beschrijvende criteria door te gaan, maar wel met de ambitie om hierin geleidelijk verandering te brengen. Zelf richtten wij ons onderzoeksprogramma de laatste jaren vooral op het cluster van de emotiestoornissen, zonder daarbij veel onderscheid te maken tussen angst- en stemmingsstoornissen. Ons overstijgende model is dat kwetsbaarheid en weerbaarheid in het dagelijks leven bepaald worden door een groot aantal factoren, waaronder de genetische aanleg, de ontwikkelings- of leergeschiedenis en de dagelijkse adaptatie aan de leefomgeving.

Eveneens in 2009 werd door het National Institute of Mental Health het framework gelanceerd van de zogenaamde Research Domain Criteria (RDoC).<sup>61</sup> Dit framework beschrijft het psychisch functioneren in zes domeinen: (1) een negatief valentiesysteem, (2) een positief valentiesysteem, (3) het cognitieve systeem, (4) sociale processen, (5) een arousal- en regulatiesysteem en (6) het sensorimotorische systeem. Gestimuleerd wordt om elk van deze domeinen tegelijkertijd te bestuderen in de analyse eenheden van genen, moleculen, cellen, circuits, fysiologie, gedrag, zelfrapportage en proefopstellingen. Met onze onderzoeksgroep participeren wij in het Europese PRISM-project dat samen met een groot aantal partners onderzoek doet naar sociaal terugtrekgedrag over verschillende stoornissen heen, met een accent op dementie, schizofrenie en depressie.<sup>62,63</sup>

Passend in deze beweging, weg van de afgegrensde stoornissen, richtten wij ons onderzoek ook meer op individuele symptomen in hun onderlinge samenhang, met het idee dat symptomen niet los van elkaar bestaan, maar elkaar in een dynamisch netwerk onderling kunnen beïnvloeden.<sup>64</sup> In een deelstudie binnen het NESDA-cohort bevestigden wij onder andere dat de afzonderlijke symptomen van depressie in hun beloop onderling niet zo sterk met elkaar samenhangen en dat het construct van depressie als een homogene stoornis niet goed houdbaar is.<sup>65</sup> Bij verschillende patiënten kunnen verschillende mechanismen aanleiding geven tot eenzelfde presentatie in termen van DSM-criteria en in het beloop kunnen de symptomen aanzienlijk variëren.<sup>66</sup>

Het adagium van het populaire boek van Dick Swaab, *Wij zijn ons brein*, is als titel goed gevonden, maar theoretisch niet houdbaar.<sup>67</sup> Het brein is veel beter te typeren als een interactieorgaan dat voortdurend de actieve wisselwerking met de omgeving reguleert.<sup>68</sup> Symptomen van psychische stoornissen zijn niet alleen symptomen van het individuele brein, het zijn ook interactiepatronen tussen breinen onderling en met de verdere omgeving, waarbij de fysieke en sociale omgeving niet los

gezien kan worden van de symptomen.<sup>69,70</sup> Wij gebruiken een dergelijk model onder andere in het onderzoek naar stoffen die getypeerd worden als psychoplastogenen, zoals ketamine, psilocybine en MDMA of XTC.<sup>71,72</sup> Aangenomen wordt dat dergelijke stoffen de plasticiteit van het brein beïnvloeden en de affecten van oude leerervaringen kunnen vervangen door nieuwe. Het klassieke onderscheid tussen psychofarmaca en psychotherapie komt in dergelijke modellen te vervallen.

Ik ben mij ervan bewust dat deze opsomming maar een heel beperkt beeld geeft van theoretisch relevante ontwikkelingen die gaande zijn en die nog in het verschiet liggen. Het punt dat ik wil maken is niet zozeer welke theoretische ontwikkelingen van belang zijn, maar vooral dat theoretische ontwikkelingen van cruciaal belang zijn voor de toekomst van de psychiatrie.

### **De toekomst van de psychiatrie**

Ik ga afronden. We hebben vanmiddag gesproken over de uitdagingen voor de toekomst van de psychiatrie. U heeft van een aantal vooraanstaande collega's hun visie gehoord, elk vanuit hun eigen invalshoek. Het is een onderwerp dat de psychiatrie heeft bezig gehouden vanaf het allereerste begin van de academische psychiatrie, tot aan de hedendaagse polemieken voor en tegen het huidige paradigma.<sup>73-76</sup>

Mijn invalshoek is die van de houdbaarheid van de DSM-systematiek voor diagnostische classificatie. Ik ben begonnen bij de grote problemen die er waren in de psychiatrie vóór de invoering van de DSM-systematiek. Er heerste een Babylonische spraakverwarring die het onmogelijk maakte om kennis verder te ontwikkelen. De DSM-systematiek heeft dit probleem grotendeels opgelost, maar helaas zijn daar nieuwe problemen voor in de plaats gekomen.

Met enige regelmaat hoor ik de mening dat de problemen zo groot zijn dat we de DSM maar beter helemaal kunnen verlaten, vaak met tendentieuze retoriek over reductionisme en determinisme, en met een roep om een nieuwe wetenschap te

grondvesten die recht doet aan het lijden van de menselijke existentie.<sup>76</sup> Ik ben daar absoluut geen voorstander van, omdat ik vrees dat we dan terugvallen in de chaos van de vorige eeuw. Zonder kennis van het verleden zijn wij gedoemd altijd kind te blijven.

Mijn visie is dat we de problemen moeten onderkennen en dat er twee grote obstakels overwonnen moeten worden. Het eerste obstakel is dat van de brede medicalisering van psychische nood in de samenleving. Het is volgens mij ondenkbaar dat het maatschappelijke probleem, dat met het jargon van de DSM is blootgelegd, enkel aangepakt kan worden vanuit een medisch perspectief. Net als voor de infectieziekten zijn hygiëne, preventie en een sterk publiek geestelijke gezondheidsbesef onvervreemdbaar onderdeel van het bestrijden van deze epidemie.<sup>77</sup> De brede maatschappelijke problematiek vraagt om oplossingen in de samenleving als geheel. Op scholen, in de werkomgeving, bij sociale diensten, op het gebied van huisvesting, schuldhulpverlening, et cetera. Het gaat om thema's die raken aan het welzijn van de samenleving als geheel. De geneeskunde is daar weliswaar onderdeel van, maar de problematiek waar het om gaat valt niet op te lossen vanuit het smalle perspectief van de individuele geneeskunde. De weg die ik voor mij zie voor de psychiatrie is dat wij in de toekomst veel actiever samenwerken in multidisciplinaire maatschappelijke netwerken met huisartsen, de GGD, sociale wijkteams en andere partners uit het brede sociale domein, met een krachtig focus op preventie en participatie en met de mogelijkheid om zorg voor ingewikkelde problematiek laagdrempelig op en af te schalen tussen de echelons van de nulde tot en met de derde lijn.

Het tweede obstakel is dat van de atheoretische insteek van de DSM. Deze heeft twee knellende problemen van de psychiatrie opgelost. De diagnostiek wordt niet meer bepaald door theoretische termen die nauwelijks eenduidig zijn vast te stellen en de diagnostische praktijk is veel betrouwbaarder geworden. Dit zijn belangrijke verworvenheden en noodzakelijke voorwaarden voor wetenschappelijke onderzoek. Maar dit alleen is niet

genoeg. Het is niet langer vol te houden dat de complexiteit van psychiatrische aandoeningen zich adequaat laat typeren in de oppervlakkige beschrijvende criteria van de DSM. Deze bieden op zijn best een eerste aanzet van de beschrijving, maar vragen om een veel sterkere theoretische systematisering. Naar analogie met infectieziekten proberen wij nu iedereen met koorts te behandelen met antibiotica. Dat helpt niet en het heeft onbedoelde neveneffecten, waaronder het kweken van resistentie. Ik ben er vanuit mijn ervaring van de afgelopen 30 jaar van overtuigd dat er wel degelijk mentale ontregelingen zijn die gebaat zijn bij een behandeling vanuit een medisch perspectief, maar ons instrumentarium schiet tekort in de afgrenzing van deze stoornissen. De wetenschappelijke psychiatrie staat voor de uitdaging om aan het medische deel van de psychiatrische stoornissen een valide onderbouwing te geven. Daar ligt naar mijn mening de toekomst van de psychiatrie.

#### **Woord van dank**

Ik wil eindigen met een kort woord van dank. Dit is niet mijn sterkste kant, omdat ik altijd inspirerende mensen en vitale samenwerkingsrelaties vergeet te noemen. Dit komt waarschijnlijk, domweg doordat het te veel is. Elk perspectief op mijn werkzame leven toont weer nieuwe groepen van relaties waarmee ik een fijne band heb gehad en prettig heb samengewerkt. Van de vele secretariaten waarmee ik heb mogen samenwerken, de studenten, de AIOS, de verpleegkundigen, de collega's, de directies en ondersteuners, en de opeenvolgende divisiebestuurders en raden van bestuur.

Ik kijk met dankbaarheid terug op een werkzame carrière, waarin ik mij nooit heb verveeld en waarin ik tot op de dag van vandaag de gelegenheid had om mij te blijven ontwikkelen en te blijven leren. Van bijna 40 jaar werkzaam leven heb ik 28 jaar in het AZL en het LUMC gewerkt in een breed scala van academische rollen in onderzoek, onderwijs, patiëntenzorg en management. Van postdoc tot promotor, van docent tot lijncoördinator, van AIOS tot waarnemend geneesheer directeur en van verpleeghulp tot divisievoorzitter. En in elk van deze rollen

heb ik mogen werken met aardige en inspirerende mensen met een warm hart voor ons huis. Veel dank daarvoor.

De afdeling Psychiatrie wil ik met name bedanken voor het inspirerende werkklimaat van de laatste 12 jaar. Bij zijn afscheid gaf mijn voorganger aan dat de afdeling Psychiatrie, het LUMC en Rivierduinen in zwaar weer verkeerden. En zeker, er zijn in de laatste jaren hoogtepunten en dieptepunten geweest. Maar volgens mij is de rust hersteld. De volwassenpsychiatrie, de kinder- en jeugdpsychiatrie en de medische psychologie zijn weer bij elkaar, de samenwerking met de regio trekt weer aan en het LUMC schrijft weer zwarte cijfers. Wij kunnen de toekomst met vertrouwen tegemoet zien.

Voor mij zit het er nu op. Ik ga vanaf morgen beginnen aan de grote vakantie van het pensioen. Mijn werk is voor mij altijd een hobby geweest, maar het is een hobby die steeds meer tijd is gaan kosten. Ik kijk ernaar uit om in de komende jaren, als de voorzienigheid het wil, nog tijd te hebben voor al mijn andere hobby's, samen met mijn kinderen, mijn kleinkinderen en natuurlijk met mijn Han, die ik al 50 jaar intens dankbaar ben voor wie zij is en voor wat wij delen.

Ik heb gezegd.



### Bronnen

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Third edition. American Psychiatric Association, 1980.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth edition. American Psychiatric Association, 1994.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fifth edition. American Psychiatric Association, 2013.
4. World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research*. World Health Organization, 1993.
5. World Health Organization. 06 *Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders In: International statistical classification of diseases and related health problems*. World Health Organization, 1993. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#334423054>.
6. World Health Organization. *International Classification of Diseases, eighth edition, adapted for use in the United States, Public Health Service publication No. 1693, Superintendent of documents, U. S. Government Printing Office, Washington, D. C. 20402*. Reprinted in: American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Second edition. American Psychiatric Association, 1968.
7. Sandifer MG, Hordern A, Timbury GC, Green LM. Psychiatric diagnosis: a comparative study in North Carolina, London and Glasgow. *Br J Psychiatry*. 1968 Jan;114(506):1-9. doi: 10.1192/bjp.114.506.1.
8. Kendell RE, Cooper JE, Gourlay AJ, Copeland JR, Sharpe L, Gurland BJ. Diagnostic criteria of American and British psychiatrists. *Arch Gen Psychiatry*. 1971 Aug;25(2):123-30. doi: 10.1001/archpsyc.1971.01750140027006.
9. Zubin J, Gurland BJ. The United States--United Kingdom project on diagnosis of the mental disorders. *Ann NY Acad Sci*. 1977 Mar 18;285:676-86. doi: 10.1111/j.1749-6632.1977.tb29390.x.
10. Popper K. *Conjectures and refutations: The growth of scientific knowledge*. Routledge, 1963.
11. Foucault M. *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*. Plon, 1961; Nederlandse vertaling: *Geschiedenis van de waanzin in de zeventiende en achttiende eeuw*. Boom, 1975.
12. Laing R.D. *The divided self: an existential study in sanity and madness*. Penguin, 1960. Nederlandse vertaling: *Het verdeelde zelf*. Boom, 1969.
13. Szasz TS. *The myth of mental illness. Foundations of a theory of personal conduct*. Harper&Row, 1961. Nederlandse vertaling: *Geestesziekte als mythe (Menselijke mogelijkheden)*. Lemniscaat, 1972.
14. Foudraïne F. *Wie is van hout ...*. Ambo, 1971.
15. Foudraïne F. *Oorspronkelijk gezicht*. Ambo, 1979.
16. Green, H. *I never promised you a rose garden*. Holt, Rinehart and Winston, 1964; Nederlandse vertaling: *Ik heb je nooit een rozentuin beloofd. De vreemde en verleidelijke wereld van de waanzin*. Hollandia, 1974.
17. Forman M. *One flew over the cuckoo's nest*. Fantasy Films, 1975.
18. Rosenhan DL. On being sane in insane places. *Science*. 1973;179(4070):250-258. doi:10.1126/science.179.4070.250.
19. Van der Does W. De pseudo-onderzoeker. In: *De magie van genezing. Radicale ideeën uit de geschiedenis van de psychiatrie*. Alfabet Uitgevers, 2023.
20. Silbermann, RM. *CHAM: een systeem voor de classificatie van psychiatrische toestandsbeelden*. Excerpta Medica Foundation, 1970.
21. Gittleson, NL. CHAM - A Classification of Psychiatric States. By R.M. Silbermann Excerpta Medica. 1971. Amsterdam. pp108. Book revieww. *Br J Psychiatry* 1971; 119 (nov): 577-78. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.119.552.577-b>.
22. Wing JK, Birley JL, Cooper JE, Graham P, Isaacs AD. Reliability of a procedure for measuring and classifying "present psychiatric state". *Br J Psychiatry*. 1967



- May;113(498):499-515. doi: 10.1192/bjp.113.498.499. PMID: 6033492.
23. Endicott J. Diagnostic interview schedule: reliability and validity. *Arch Gen Psychiatry*. 1981;38(11):1300-1301. doi:10.1001/archpsyc.1981.01780360116017.
  24. Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff RA Jr, Winokur G, Munoz R. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch Gen Psychiatry*. 1972 Jan;26(1):57-63. doi: 10.1001/archpsyc.1972.01750190059011.
  25. Spitzer RL, Endicott J, Robins E. Research diagnostic criteria: rationale and reliability. *Arch Gen Psychiatry*. 1978 Jun;35(6):773-82. doi: 10.1001/archpsyc.1978.01770300115013.
  26. Kuhn TS. *The structure of scientific revolutions*. Chicago University Press, 1962; Nederlandse vertaling: *De structuur van wetenschappelijke revoluties*. Boom, 1970.
  27. Aragona M. Neopositivism and the DSM psychiatric classification. An epistemological history. Part 1: Theoretical comparison. *Hist Psychiatry*. 2013;24(2):166-179. doi:10.1177/0957154X12450142.
  28. Aragona M. Neopositivism and the DSM psychiatric classification. An epistemological history. Part 2: Historical pathways, epistemological developments and present-day needs. *Hist Psychiatry*. 2013;24(4):415-426. doi:10.1177/0957154X13499671.
  29. Hempel CG. Fundamentals of taxonomy. In: *Aspects of scientific explanation and other essays in the philosophy of science*. Free Press, 1965. Herdrukt in: Sadler JZ, Wiggins OP, Schwartz MA (eds). *Philosophical perspectives on psychiatric diagnostic classification*. The John Hopkins University Press, 1994.
  30. Ratnani I, Fatima S, Abid MM, Surani Z, Surani S. Evidence-Based Medicine: History, Review, Criticisms, and Pitfalls. *Cureus*. 2023 Feb 21;15(2):e35266. doi: 10.7759/cureus.35266.
  31. Bandettini PA. Twenty years of functional MRI: the science and the stories. *Neuroimage*. 2012;62(2):575-588. doi:10.1016/j.neuroimage.2012.04.026.
  32. Durmaz AA, Karaca E, Demkow U, Toruner G, Schoumans J, Cogulu O. Evolution of genetic techniques: past, present, and beyond. *Biomed Res Int*. 2015;2015:461524. doi: 10.1155/2015/461524. Epub 2015 Mar 22.
  33. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*. 1992 Nov 4;268(17):2420-5. doi: 10.1001/jama.1992.03490170092032.
  34. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996 Jan 13;312(7023):71-2. doi: 10.1136/bmj.312.7023.71. PMID: 8555924; PMCID: PMC2349778.
  35. Van Hemert AM, Hengeveld MW, Bolk JH, Rooijmans HG, Vandenbroucke JP. Psychiatric disorders in relation to medical illness among patients of a general medical out-patient clinic. *Psychol Med*. 1993;23(1):167-173. doi:10.1017/s0033291700038952.
  36. Speckens AE, Van Hemert AM, Bolk JH, Rooijmans HG, Hengeveld MW. Unexplained physical symptoms: outcome, utilization of medical care and associated factors. *Psychol Med*. 1996;26(4):745-752. doi:10.1017/s0033291700037764.
  37. Speckens AE, van Hemert AM, Spinhoven P, Hawton KE, Bolk JH, Rooijmans HG. Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: a randomised controlled trial. *BMJ*. 1995;311(7016):1328-1332. doi:10.1136/bmj.311.7016.1328.
  38. de Waal MW, Arnold IA, Eekhof JA, van Hemert AM. Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *Br J Psychiatry*. 2004;184:470-476. doi:10.1192/bjp.184.6.470.
  39. Arnold IA, de Waal MW, Eekhof JA, Assendelft WJ, Spinhoven P, van Hemert AM. Medically unexplained physical symptoms in primary care: a controlled study on the effectiveness of cognitive-behavioral treatment by the family physician. *Psychosomatics*. 2009;50(5):515-524. doi:10.1176/appi.psy.50.5.515.

40. Blankenstein AH, Bouman TK, van der Feltz-Cornelis CM, Fischer ER, van der Horst HE, Swinkels JA (red). *Multidisciplinaire richtlijn: Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten en somatoforme stoornissen*. Trimbos-instituut, 2010.
41. NESDA Consortium. *NESDA*. Geraadpleegd op: 9 maart 2024. <https://www.nesda.nl/>.
42. Boumans J, Kroon H, van der Hoek B. Ggz uit de knel. Verkenning van mogelijkheden en valkuilen van het actuele hervormingsnarratief. Trimbos-Instituut, 2023.
43. Boer S, Dekkers OM, Cessie SL, Carlier IV, van Hemert AM. Prediction of prolonged treatment course for depressive and anxiety disorders in an outpatient setting: The Leiden routine outcome monitoring study. *J Affect Disord*. 2019;247:81-87. doi:10.1016/j.jad.2018.12.035.
44. Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998;33(12):587-595. doi:10.1007/s001270050098.
45. Van Dorsselaer S, de Graaf R, Verdurmen J, van 't Land H, ten Have M, Vollebergh W. *Trimbos Kerncijfers psychische stoornissen Resultaten van Nemesis (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study)*. Trimbos-instituut, 2006.
46. De Graaf R, ten Have M, van Dorsselaer S. *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. Trimbos-instituut, 2010.
47. Ten Have M, Tuithof M, van Dorsselaer S, Schouten F, de Graaf R. *NEMESIS. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking*. Trends. Geraadpleegd op: 25 februari 2024. Trimbos-instituut. <https://cijfers.trimbos.nl/nemesis/trends/kerncijfers-trends/>.
48. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2011;21(9):655-679. doi:10.1016/j.euroneuro.2011.07.018.
49. Dehue T. *De depressie-epidemie: over de plicht het lot in eigen hand te nemen*. Augustus, 2008.
50. Whitaker R. *Anatomy of an epidemic: magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America*. Crown publishing group, 2010.
51. 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. doi:10.1371/journal.pmed.0050045.
52. Fountoulakis KN, Möller HJ. Efficacy of antidepressants: a re-analysis and re-interpretation of the Kirsch data. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2011;14(3):405-412. doi:10.1017/S1461145710000957
53. Horder J, Matthews P, Waldmann R. Placebo, Prozac and PLoS: significant lessons for psychopharmacology. *J Psychopharmacol*. 2011;25(10):1277-1288. doi:10.1177/0269881110372544.
54. Huedo-Medina TB, Johnson BT, Kirsch I. Kirsch et al's (2008) calculations are correct: reconsidering Fountoulakis & Möller's re-analysis of the Kirsch data. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2012;15(8):1193-1198. doi:10.1017/S1461145711001878.
55. Linde K, Kriston L, Rucker G, et al. Efficacy and acceptability of pharmacological treatments for depressive disorders in primary care: systematic review and network meta-analysis. *Ann Fam Med*. 2015;13(1):69-79. doi:10.1370/afm.1687.
56. Arroll B, Chin WY, Martis W, et al. Antidepressants for treatment of depression in primary care: a systematic review and meta-analysis. *J Prim Health Care*. 2016;8(4):325-334. doi:10.1071/HC16008.
57. Horgan J. Psychiatry in crisis! Mental health director rejects psychiatric "Bible" and replaces with nothing. *Scientific American*. 4 mei 2013. Geraadpleegd op: 9 maart 2014. <https://www.scientificamerican.com/blog/cross-check/psychiatry-in-crisis-mental-health-director-rejects-psychiatric-bible-and-replaces-with-nothing/>.

58. Stichting Farmaceutische Kengetallen. Toename aantal gebruikers van antidepressivum 3,2%. *Pharmaceutisch Weekblad*. 2023;158(47). Geraadpleegd op: 9-3-2024. <https://www.sfk.nl/publicaties/PW/2023/toename-aantal-gebruikers-van-antidepressivum-3-2>
59. Zachar P, Regier DA, Kendler KS. The Aspirations for a paradigm shift in DSM-5: An oral history. *J Nerv Ment Dis*. 2019;207(9):778-784. doi:10.1097/NMD.0000000000001063.
60. Andrews G, Goldberg DP, Krueger RF, et al. Exploring the feasibility of a meta-structure for DSM-V and ICD-11: could it improve utility and validity?. *Psychol Med*. 2009;39(12):1993-2000. doi:10.1017/S0033291709990250.
61. National Institute of Mental Health. Research Domain Criteria Initiative. Geraadpleegd op: 9 maart 2024. <https://www.nimh.nih.gov/research/research-funded-by-nimh/rdoc>.
62. Carpenter WT. Social withdrawal as psychopathology of mental disorders. *Neurosci Biobehav Rev*. 2019;97:85-86. doi:10.1016/j.neubiorev.2017.12.011.
63. Kas MJH, Jongs N, Mennes M, Penninx BWJH, Arango C, van der Wee N, Winter-van Rossum I, Ayuso-Mateos JL, Bilderbeck AC, l'Hostis P, Beckmann CF, Dawson GR, Sommer B, Marston HM. Digital behavioural signatures reveal trans-diagnostic clusters of Schizophrenia and Alzheimer's disease patients. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2024 Jan;78:3-12. doi:10.1016/j.euroneuro.2023.09.010. Epub 2023 Oct 19.
64. Mesbah R, Koenders MA, Spijker AT, de Leeuw M, van Hemert AM, Giltay EJ. Dynamic time warp analysis of individual symptom trajectories in individuals with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2024;26(1):44-57. doi:10.1111/bdi.13340.
65. Van Eeden, W.A. (2022). *Deconstructing depression: unified syndrome or groups of symptoms?* PhD thesis, Leiden University.
66. Solis EC, van Hemert AM, Carlier IVE, et al. The 9-year clinical course of depressive and anxiety disorders: New NESDA findings. *J Affect Disord*. 2021;295:1269-1279. doi:10.1016/j.jad.2021.08.108.
67. Swaab DF. *Wij zijn ons brein. Van baarmoeder tot Alzheimer*. Atlas Contact, 2012.
68. Fuchs T. *Ecology of the brain*. Oxford University Press, 2018.
69. Newen, A., Bruin, L. de, & Gallagher, S. *The Oxford handbook of 4E cognition*. Oxford University Press, 2018.
70. Heshusius TM. *Application of the 4E-perspective to depressed mood in psychopathology*. Vrije Universiteit Amsterdam, 2023.
71. Olson DE. Psychoplastogens: A Promising Class of Plasticity-Promoting Neurotherapeutics. *J Exp Neurosci*. 2018 Sep 19;12:1179069518800508. doi:10.1177/1179069518800508.
72. Vargas MV, Meyer R, Avanes AA, Rus M, Olson DE. Psychedelics and Other Psychoplastogens for Treating Mental Illness. *Front Psychiatry*. 2021 Oct 4;12:727117. doi:10.3389/fpsy.2021.727117.
73. Winkler C. *De toekomst der psychiatrie. Afscheidslas gegeven op zaterdag 20 juni 1925 bij het neerleggen van zijn ambt als hoogleraar in de psychiatrie en de neurologie aan de rijksuniversiteit te Utrecht*. De erven F. Bohn, 1925.
74. Sommer IE, Tjeldink JK, Hillegers M, Selten J-P, Van Beveren N, Schoevers R (2019). De toekomst van de psychiatrie. *Ned Tijdschr Geneeskund*. 2019;163(51):D4448.
75. Nijs MG, Bueno de Mesquita JM. De toekomst van de psychiatrie en de psychiater van de toekomst. *Tijdschr Psychiatr*. 2019;61(3):217-223.
76. Smit D, van Os J. De praktijk binnen de ggz is in ontwikkeling, volgt de wetenschap? *Tijdschr Psychiatr*. 2022;64(10):692-695.
77. Klaus W, Lange KW. Rudolf Virchow, poverty and global health: from "politics as medicine on a grand scale" to "health in all policies". *Global Health Journal*. 2021;5(3):149-154. doi.org/10.1016/j.glohj.2021.07.003.







## PROF. DR. ALBERT M. VAN HEMERT



Foto: Patricia Nauta

1977-1984	Studie Geneeskunde, Erasmus Universiteit Rotterdam
1985-1987	Opleiding Epidemiologie, Erasmus Universiteit Rotterdam
1987-1988	Arts-assistent psychiatrie, AMC, Amsterdam
1988-1994	Universitair docent psychiatrie, Rijksuniversiteit Leiden
1994-1998	Opleiding psychiatrie, Haags-Leids Opleidingsconsortium
1998-2003	Universitair hoofddocent psychiatrie, LUMC
1998-2003	Psychiater Riagg Leiden en Rijngeest Groep
2003-2011	Hoofd zorg Bureau 24-uurszorg, Parnassia, Den Haag
2008-2011	Bijzonder hoogleraar Epidemiologie van de OGGZ, afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde, LUMC
2011-2024	Hoogleraar en afdelingshoofd psychiatrie, LUMC
2014-2020	Voorzitter bestuur divisie 3, LUMC

Bij het afscheidscollege kijk ik vanuit het verleden naar de toekomst van de psychiatrie. In de zestiger en zeventiger jaren van de vorige eeuw, waren er grote problemen met de wetenschappelijke onderbouwing van het vakgebied. De introductie van de derde editie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III) in 1980 heeft dit voor een deel opgelost. De DSM-III bracht een betrouwbare empirische systematisering en een bloeiende periode van normale wetenschap. Het atheoretische DSM-systeem van beschrijvende diagnostische criteria dreigt nu aan haar succes ten onder te gaan. De verregaande medicalisering van geestelijke nood heeft geleid tot een epidemie van psychische stoornissen die de geestelijke gezondheidszorg overspoelt. Dit probleem vraagt om oplossingen in het maatschappelijke en in het medische domein. De wetenschappelijke psychiatrie staat voor de uitdaging om een theoretische systematisering te ontwikkelen, waarmee het medisch handelen bij psychische nood een valide onderbouwing krijgt. Daar ligt naar mijn mening de toekomst van de psychiatrie.



Universiteit  
Leiden