

PAUL VERHAEGHE

## DSM-BILISERING EN DISCIPLINERING

We noteren vandaag een toenemend protest tegen de dominante vorm van psychiatrische diagnostiek gebaseerd op het psychodiagnostische handboek *Diagnostical and Statistical Manual for Mental Disorders*. Kortweg, de DSM. Op hetzelfde ogenblik merken we een ruimer *indignez-vous* op, gericht tegen het huidige politiek-economisch bestel. Ditzelfde gecombineerde protest hoorden we een halve eeuw geleden al bij de zogenaamde antipsychiatrie. Het hoogtepunt van het protest situeert zich in de jaren zestig van de twintigste eeuw en is, net als het protest vandaag, breed maatschappelijk gericht binnen velden zoals opvoeding (anti-autoritaire opvoeding), religie (bevrijdingstheologie) of seksualiteit (seksuele revolutie).

Een van de sleutelwoorden bij dat protest in de vorige eeuw is 'aliënatie', met als leidinggevende gedachte dat een fnuikende opvoeding met daarin een op religie gebaseerde schuldinductie mensen vervreemdt van zichzelf én van de ander. Wordt die vervreemding te groot, dan staat de deur van de psychiatrie wagenwijd open. Daar ondergaat de gealiënerde de ultieme aliënatie, met name de reductie tot een ziekte-label, zoals bijvoorbeeld schizofrenie. Dit volstaat om het vervreemde individu op te sluiten en onder dwang te behandelen.

### **ONE FLEW OVER THE CUCKOO'S NEST**

De aanklacht welt op in de jaren zestig en zeventig van de twintigste eeuw, zowel vanuit de schoot van de psychiatrie zelf (het merendeel van de antipsychiaters is psychiater) als vanuit de algemene cultuur. Films als *One Flew over the Cuckoo's Nest* of *Family Life*, en theaterstukken zoals *Equus*, dragen bij tot een bewustwording dat het zo niet verder kan. De toenmalige conclusie is duidelijk. De oude diagnostiek en de effecten ervan deugen niet langer. Het is dringend tijd voor een nieuwe psychiatrie.

Vanuit wetenschappelijk standpunt waren de vaststellingen inderdaad vernietigend: de toenmalige diagnostische labels waren niet betrouwbaar en niet valide. Betrouwbaarheid betekent dat eenzelfde patiënt bij verschillende artsen dezelfde diagnose zal krijgen. (Iemand die lijdt aan TBC, krijgt bij verschillende geneesheren dezelfde diagnose TBC.) De validiteit sluit daarbij aan: een diagnose moet iets aanduiden dat in de realiteit duidelijk aanwezig is en waarover er weinig tot geen discussie bestaat. (De verschijningsvorm van TBC in de realiteit is zeer herkenbaar en daardoor is de diagnose valide.) In de psychiatrische diagnostiek daarentegen bleken betrouwbaarheid en validiteit zo goed als onbestaande, zoals systematisch bleek uit een aantal geruchtmakende onderzoeken (Sandifer, Hordern and Green, 1970). Het toppunt kwam er toen bleek dat ervaren psychiaters zelfs niet in staat bleken een onderscheid te maken tussen normale mensen en gestoorde (Rosenhan, 1973).

Een tweede kritiek ligt in dezelfde lijn: de dominante psychiatrische opvattingen lieten uitdrukkelijk blijken dat hun patiënten inderdaad patiënten waren die aan medische aandoeningen leden. Een psychiatrisch hospitaal had verpleegkundigen en artsen in witte jassen, de patiënten lagen in bedden en kregen medicijnen via pillen, injecties of een infuus. De overtuiging dat zij aan ziektes leden, maakte de zoektocht naar niet-organische oorzaken (opvoeding, trauma, gezinssituatie) overbodig. De vaak langdurige opnames in psychiatrische instellingen hebben een ziekmakend effect (zie *Rosalie Niemand*), waardoor men na verloop van tijd ook effectief patiënt werd, meestal ten gevolge van het langdurige medicatiegebruik.

Bij de overgrote meerderheid van de toenmalige labels is er geen enkel wetenschappelijk bewijs voor medische oorzaken. Wat niet wegneemt dat er op grond van deze medicalisering een machtsverhouding optreedt: de arts beslist over de patiënt. In geval van de psychiatrie krijgt dit een heel bijzondere allure. De psychiatrie is de enige medische discipline waarbij dwangbehandelingen en verplichte opnames mogelijk zijn. In die zin heeft psychiatrie naast aliënatie ook nog een uitsluitingseffect. Op grond van een label en een bijbehorende maatregel, met collocatie als extreem voorbeeld, kan iemand verplicht verwijderd worden uit zijn normale omgeving. Dat dit in naam van 'zorg' gebeurt, maakt het niet minder dwingend.

#### **DSM ALS WETENSCHAPPELIJK HEIL- OF GLIJMIDDEL**

Ondertussen zijn we een halve eeuw verder, en kunnen we de balans opmaken. Wat hebben de toenmalige, wetenschappelijk en ethisch geïngereerde kritieken opgeleverd? Het heeft in ieder geval niet ontbroken aan goede bedoelingen. Vanaf diezelfde periode zouden zowel de toon-

aangevende Amerikaanse psychiatrische vereniging (APA) als de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) uitdrukkelijk een programma opzetten om tot een betrouwbare en valide diagnostiek te komen. Het belangrijkste product daarvan is de DSM, waarvan net de vijfde versie nu verschijnt, overigens na het ter perse gaan van dit artikel. De hamvraag is eenvoudig: in welke mate biedt deze aanpak een antwoord op de oorspronkelijke kritiek?

Het belang van het antwoord weegt zwaarder door dan vijftig jaar geleden, omdat er minstens één belangrijk verschil is. In tegenstelling tot de vroegere, uiteenlopende diagnostische systemen zien we dat het DSM-handboek vandaag een wereldwijd gebruik kent. Nog belangrijker is dat de gezondheidszorg in veel landen georganiseerd is in functie van de DSM-diagnostiek. Een patiënt heeft een label nodig om toegang te krijgen tot zorg, en het label bepaalt vaak de aard en de omvang van die zorg. 'Zorgpaden' en 'richtlijnen voor behandeling' zijn eufemismen. De verborgen betekenis is dat zowel therapeut als patiënt verplichte trajecten krijgen opgelegd. Kortom, de DSM is een 'voorbeeldmodel' dat verondersteld wordt tot een '*best practice*' te leiden.

Op het eerste gezicht lijkt dit een mooie wetenschappelijke vooruitgang. Eindelijk een universeel, transparant diagnostisch systeem op grond waarvan voor elke aandoening de meest efficiënte behandeling gekozen kan worden! Op het tweede gezicht is dit helaas een droom en ondertussen zelfs een nachtmerrie. Ik som even op. De huidige DSM-diagnostiek heeft een zeer lage betrouwbaarheid en een nagenoeg onbestaande validiteit. Sterker nog: als systeem *creëert* het aandoeningen. Het aliënerende aspect – mensen die zich moeten identificeren met een ziekte-label – is nog nooit zo groot geweest. Er worden meer medicijnen geslikt dan ooit. De DSM heeft het aantal diagnoses spectaculair doen stijgen, waardoor de psychiatrische machtsuitoefening veel groter is dan weleer, met dien verstande dat die macht minder in de handen van een persoon (de psychiater) berust, en eerder geïnstitutionaliseerd is.

Deze kritieken gelden voor de DSM-IV en ondertussen is het duidelijk dat de DSM 5.0 geen verbetering brengt. In het verdere verloop van deze tekst ga ik daar dieper op in.

### **BRAVE NEW WORLD**

Bladeren we door studies over de betrouwbaarheid van DSM-IV, dan ontmoeten we een merkwaardige polemiek. Enerzijds is er een biomedische groep die de betrouwbaarheid bejubelt, anderzijds zijn er onafhankelijke studies die de betrouwbaarheid fel bekritisieren. Wat houden die kritieken nu in? En vooral, remedieert DSM 5.0 de pijnpunten van zijn voorganger?

Het eerste pijnpunt is dat geen enkel onderzoek erin slaagt een duidelijke grens tussen de verschillende stoornissen aan te tonen; zelfs de grens tussen normaliteit en pathologie blijft een schemerzone. DSM 5.0 vindt blijkbaar nog moeizamer de weg in deze schemerzone, aangezien nu ook normale menselijke gedragingen en affecten als afwijkingen worden aangeduid. Zo zijn driftbuien een *Disruptive Mood Dysregulation Disorder*, ouderdom wordt tot *Minor Neurocognitive Disorder* gepromoveerd, en verzamel drift krijgt het label *Hoarding Disorder*. Verwoede verzamelaars van glazen paraferalia en andere zijn bij deze gewaarschuwd.

Het tweede pijnpunt sluit bij het vorige aan: in de eigenlijke klinische toepassing van de DSM-IV stuit men op een grootschalige overlap, waarbij één cliënt meerdere 'disorders' vertoont – angst en stemmingsstoornissen zijn nagenoeg steeds gemengd, en twee persoonlijkheidsstoornissen per patiënt zijn bepaald geen uitzondering. Dit is wat men genoegzaam als 'comorbiditeit' bestempelt. Een dergelijke uitdrukking laat uitschijnen dat bepaalde stoornissen vaak gegroepeerd optreden – een ongeluk komt zelden alleen, nietwaar. Epistemologisch kan men dit veel beter omgekeerd begrijpen: het feit dat een mens-in-moeilijkheden meerdere zogenaamde 'stoornissen' vertoont, is een gevolg van een verregaande opsplitsing van menselijke problemen in afzonderlijk gedachte entiteiten. Als we in rekening brengen dat de DSM-IV 365 stoornissen telde en de volgende, vijfde versie om en nabij de 500, dan kunnen we redelijkerwijze aannemen dat overlap nog vaker zal voorkomen.

Een derde pijnpunt is dat de toewijzing aan een categorie gebeurt op grond van arbitraire afbakeningen. In de DSM-IV moet iemand aan vijf van de negen beschreven kenmerken beantwoorden om het label 'borderline persoonlijkheidsstoornis' te krijgen. Waarom geen zes? Of zeven? Het arbitraire karakter wordt nog duidelijker als men beseft dat met een dergelijk diagnostisch systeem twee mensen de diagnose 'borderline' kunnen krijgen terwijl ze maar één van de negen beschreven kenmerken delen en voor de rest volledig verschillen. Welnu, de DSM 5.0 verlaagt de drempel nog, opnieuw zonder wetenschappelijke argumentatie. Volwassenen hebben ADHD<sup>1</sup> als ze vijf kenmerken afvinken, niet langer zes. Bij de Generaliseerde Angststoornis wordt de noodzakelijke tijdsduur opdat de diagnose gesteld mag worden, ingekort. En bij depressie zijn de kenmerken van die aard dat ook rouw plots onder depressie valt, wat voorheen niet zo was. In al deze gevallen mogen we een ernstige toename verwachten van het aantal mensen dat dergelijke stoornissen opgespeld krijgt.

#### EEN MERKWAARDIGE OMKERING: REÏFICATIE

We weten nu al dat de betrouwbaarheid van de vijfde editie zeker niet

toeneemt. Inzake validiteit liggen de zaken nog vreemder. Validiteit verwijst naar de overeenstemming van de diagnostische benaming met iets in de tastbare realiteit. In geval van de DSM 5.0 zien we dat het diagnostische label iets creëert in die tastbare realiteit. Dit is een merkwaardige omkering. Om het met een duur maar treffend woord te zeggen: hier is sprake van reïficatie. Normale gedragingen en emoties worden gepromoveerd tot symptomen, en vervolgens gegroepeerd en benoemd als ziekte. En ziektes behandel je uiteraard met medicatie.

Het gebruik van goed bekende afkortingen camoufleert dat enigszins, en ondertussen zijn dergelijke verschuivingen zodanig ingeburgerd dat het enige moeite kost om te doorzien dat zij slechts schijnverklaringen opleveren. Even een vergelijking: iemand die last heeft van de *symptomen* hoge koorts (HK) en veel zweten (VZ) diagnosticeren we in dit model als iemand die aan de *ziekte* HKVZ lijdt. Vervolgens stellen we dat die arme man toch zoveel last heeft van koorts en zweten, *omdat* hij aan HKVZ lijdt. Net zoals iemand te weinig aandacht heeft (AD) en te druk is (HD) *omdat* hij ADHD heeft.

Anders gesteld: het gebruik van de DSM leidt tot cirkelredeneringen die alleen een illusie van wetenschappelijke verklaring bieden. Uitdrukkingen zoals 'ADHD leidt tot aandachtstekort bij leerlingen in de les', of 'Een bipolaire stoornis leidt tot sterk wisselende stemmingen' zijn daar voorbeelden van – de beschrijving wordt voorgesteld als de oorzaak van wat er beschreven wordt, en het gebruik van afkortingen maakt dat quasi onzichtbaar.

Markant is dat de opstellers van DSM 5.0 het merendeel van deze kritische bedenkingen zelf formuleren. Het overzichtsrapport ter voorbereiding van de DSM 5.0 stelt dat DSM-diagnoses géén homogene groepen aanduiden, dat er voor geen enkele stoornis biologische factoren gevonden zijn, en dat reïficatie, of de toenemende illusie dat DSM-beschrijvingen échte ziektes zouden aanduiden, een ernstig probleem vormt (Kupfer et al., 2002).

Met andere woorden, de keizer sloft naakt rond, maar niemand schuift de stakker een schaamdoekje toe. De impact van Big Pharma, in de VS de grootste industriële speler na de wapenindustrie, is daar niet vreemd aan.

## **BIG PHARMA**

De impact van de commerciële wereld op de geneeskunde in het algemeen en op de psychiatrie in het bijzonder is immens. Wat het eerste betreft, lees Ben Goldacre (2012), *Bad Pharma*; wat het laatste betreft is het onderzoek van Christopher Lane (2007) hallucinant. Hij kreeg als eerste toegang tot het volledige archief van de samenstellers van de DSM,

inclusief briefwisseling. Zijn onderzoek toont aan dat de vraag of een stoornis al dan niet in het handboek komt en in welke vorm, meer afhangt van belangengroepen dan van wetenschappelijk onderzoek. Meer dan de helft van de mensen die beslissen welk stoornis op welke manier in het handboek opgenomen wordt, staan op de loonlijst van Big Pharma. Bij de uitwerking van de DSM 5.0 blijkt deze situatie absoluut niet veranderd, eerder integendeel.

De beïnvloeding van het diagnostisch systeem op zich, via commissieleden, kadert bovendien binnen een veel ruimere aanpak die opgelijst wordt door Batstra en Thoutenhoofd (2013). Even samenvatten: Big Pharma sponsort onderzoek, medisch onderwijs, patiëntenverenigingen, medische tijdschriften via advertenties, congressen; opinieleidende psychiaters worden betaald voor voordrachten, net zoals beroemde figuren (meestal uit de mediawereld) fikse sommen krijgen om uit de kast te komen met 'hun' depressie en vooral hun 'genezing' via medicijnen. En, *last but not least*: Big Pharma zet heuse mediacampagnes op om bepaalde stoornissen en hun behandeling rechtstreeks bij de consumenten te promoten. Binnen deze totaalstrategie vormt de DSM een belangrijk knooppunt, maar ook niet meer dan dat.

#### **L'HOMME MACHINE ALS ACHTERLIGGEND MENSBEELD**

Dat dit alles tot een toenemende psychiatrisering leidt, betwijfelt niemand. Dat die psychiatrisering bovendien ook een medicalisering inhoudt, is eveneens duidelijk. Dit is ondertussen zo algemeen aanvaard dat we dreigen te vergeten dat er amper bewijs is voor organische oorzaken van de opgelijste stoornissen. In een officiële reactie op de voorpublicatie van de DSM 5.0 legt de British Psychological Society (juni 2011) de vinger op de wonde:

De vermeende diagnoses gepresenteerd in DSM 5.0 zijn duidelijk hoofdzakelijk gebaseerd op sociale normen, met 'symptomen' die berusten op subjectieve oordelen, met weinig bevestigende fysieke 'tekens' of evidentie van biologische oorzaken. De criteria zijn niet waardenvrij, maar reflecteren veeleer de huidige normatieve sociale verwachtingen. [...] We maken ons zorgen dat dit soort diagnostische systemen gebaseerd zijn op het identificeren van problemen bij individuen. Dit gaat voorbij aan de relationele context en de onvermijdelijke sociale oorzaken van veel van deze problemen.

Dit roept fundamentele vragen op. Wat houden die 'normatieve sociale verwachtingen' precies in? Wat is het onderliggende mensbeeld waaraan stoornissen afgewogen worden? En hoe gaat die afweging in zijn

werk? Een blik op de DSM leert snel dat ongeveer alle DSM-labels drie aspecten bevatten: een psychologisch, een sociaal en een medisch.

Het psychologische aspect is de zichtbare buitenkant. Diagnostische criteria beschrijven mentale en gedragsmatige kenmerken zoals 'lijkt vaak niet te luisteren' of 'affectief instabiel'. Het sociale aspect is, ondanks de dominante aanwezigheid in het DSM-handboek, meer verborgen en laat zich moeilijk vangen in woorden. Nochtans valt het te detecteren in één van de meest gebruikte woordjes: het woord 'te' in alle denkbare varianten. Zo bevat de omschrijving van de borderline persoonlijkheidsstoornis een tiental te's. Te veel kenmerk zus of te weinig gedrag zo. Te druk. Te weinig aandacht. Begrijp: te veel of te weinig in functie van een impliciete sociale norm. Het derde aspect, het medische, is niet veel meer dan een veronderstelling gebaseerd op het ziektemodel, ondanks het ontbreken van overtuigend wetenschappelijk bewijs.

Kortom, de rationale van de DSM-diagnostiek luidt als volgt. Op basis van een stilzwijgende aanname dat de oorzaak ervan organisch is, komt een psychologisch of gedragsmatig kenmerk te veel of te weinig voor in functie van een niet nader genoemde sociale norm. Een dergelijke diagnostiek heeft dan ook een onmiskenbaar effect op het therapeutische doel. Het 'te veel' moet weg. En het 'te weinig' moet meer. Genezing betekent dat de patiënt opnieuw beantwoordt aan de sociale norm.

Als behandeling die vorm aanneemt, dan moeten we de achterliggende diagnostiek heel erg zorgvuldig bekijken. Nog concreter: wat is het bijbehorende mensbeeld waaraan dat 'te veel' of 'te weinig' worden afgewogen? Omdat een mensbeeld steeds moreel beladen is, gaan we te rade bij een moraalfilosoof. In 1981 schrijft Alasdair MacIntyre dat de moderne mens afgewogen wordt aan een nieuwe morele norm: effectiviteit. En hij voegt er aan toe dat twee nieuwe hogepriesters deze morele norm bewaken: de manager en de psychotherapeut.

Dit geeft ons meteen een belangrijke indicatie over het huidige mensbeeld. Het is een hernaam van een oude opvatting – die van de mens als machine, die door Julien Offray de La Mettrie in zijn *L'homme machine* in de achttiende eeuw werd voorgesteld. Vandaag is dat verbijzonderd tot de mens als productiemachine die zo efficiënt mogelijk een output moet leveren, en daarop voortdurend geëvalueerd en gecontroleerd wordt. En net, zoals elke machine, kan ook de mens kapotte onderdelen of functies hebben, die vervolgens elk afzonderlijk hersteld moeten worden.

#### KATEGOREIN

Bekijken we als voorbeeld de meest gestelde diagnoses bij kinderen. Dat zijn gedragsstoornis of *Conduct Disorder*, gemeenzaam afgekort tot CD, en oppositioneel-opstandige gedragsstoornis of *Oppositional Defiant*

*Disorder* (ODD). Dit alles vaak in combinatie met ADHD. De definitie van een gedragsstoornis luidt dan als volgt:

Een zich herhalend en aanhoudend gedragspatroon waarbij de grondrechten van anderen of belangrijke bij de leeftijd horende sociale normen of regels worden overtreden, zoals blijkt uit de aanwezigheid gedurende de laatste twaalf maanden van drie (of meer) van de volgende criteria, met tenminste de laatste zes maanden één criterium aanwezig (volgt een beschrijving van agressie, leugenachtigheid, diefstal).

Onderzoek wijst aan dat deze 'psychiatrische categorieën' steeds vaker voorkomen – dit is de voortschrijdende psychiatrisering. De psychodiagnostische DSM-classificatie doet überhaupt niets meer dan mensen categoriseren. Onschuldig is dit niet. Het klassiek Griekse *kategoroin*, waar het woord 'categorie' uit gegroeid is, betekent: 'publiek beschuldigen'. De psychodiagnostische DSM-classificatie is een ordening waarmee mensen via labels beschuldigd en afgevoerd worden. Zelf voelen zij dat feilloos aan, getuige de manier waarop onze kinderen die labels als scheldwoorden gebruiken ('autist!'). En zelfs voor hulpverleners roept 'borderline' bijna onmiddellijk het idee op van moeilijke, vervelende patiënt. Bijna niemand denkt in termen van 'complexe posttraumatische stress stoornis' – wat een veel juistere benaming is.

We weten al dat de diagnostische rationale een strakke lijn volgt. Een psychologisch en/of gedragsmatig kenmerk is te veel of te weinig en wordt hetzij ingedijkt, hetzij aangevuld om tegemoet te komen aan een sociale norm. De psychotherapie blijft dan hangen op het niveau van normbeheersing: indijken en aanvullen.

Daardoor wordt de behandeling binnen de kortste keren alleen maar een disciplinerende, en dat is iets anders dan een psychotherapie. Concreet: als een kind dat gelabeld wordt met ADHD terug braaf in de klas zit en de les volgt, dan is het probleem opgelost. Anders gesteld: de stoornis is niet zozeer iets wat het kind ervaart, het is iets wat wij, als ouder, als leerkracht ervaren met dat kind. Diens behandeling helpt *ons*.

#### DE GROTE OPSLUITING

We hoeven geen schroom te hebben om dit te veralgemenen naar de overgrote meerderheid van de huidige diagnoses: in eerste instantie zijn ze sociaal normerend. Overigens is dit aspect van de DSM niet eens zo problematisch – psychiatrische diagnoses zullen dat tot op zekere hoogte altijd zijn en blijven. De vraag is of een psychiatrische diagnostiek ook iets meer te bieden heeft dan alleen maar het sociaal normerende. Of er ook aandacht gaat naar de vragen en problemen van de patiënt op zich?



Bij de DSM is dit nauwelijks het geval. Het toenemende accent op dit sociaal normerende blijkt eveneens uit de perceptie van stoornissen door de buitenwereld: elke 'gestoorde' wordt meer en meer als gevaarlijk beschouwd, met als prototype De Gelder – die dan weer normaal verklaard moet worden ten einde hem te kunnen veroordelen.

In de marge daarvan ontstaat er een hernaam van de aliënatie zoals in de oude diagnostiek, zij het gebaseerd op de huidige. Pijnlijk genoeg zijn die labels ondertussen gemeengoed en nestelen ze zich in het identificatieproces via trendy t-shirts en koffiemokken met leuzen als *Borderline Personality Disorder* of ADHD (*'I have ADHD. What is your excuse?'*).

Daarmee kom ik bij mijn besluit. We kunnen vandaag niet anders dan vaststellen dat de psychodiagnostiek zich op een hellend vlak bevindt en afglijdt naar een praktijk waarin diagnoses een vrijgeleide zijn voor sociale controle. Michel Foucault gaf destijds al aan dat de huidige psychiatrie mede ontstaan is door een decreet uit 1656 van Louis XIV, die in Parijs het Hôpital Général oprichtte en daarmee het startsein gaf voor wat later bekend werd als *le grand renfermement*: de grote opsluiting. Alle marginalen (bedelaars, lepralijders, andersvaliden, psychiatrische patiënten) moesten uit het straatbeeld verdwijnen en werden opgesloten en verplicht tewerkgesteld. Vandaag zien we, met onze bedrukte koffiemok in de hand, nog altijd toe hoe *le grand renfermement* zich voltrekt, maar dan in de hedendaagse, farmacologische versie.

#### Literatuur

American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition*, Washington, DC, 1994.

American Psychiatric Association, *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*, Swets & Zeitlinger, Lisse, 2001.

Laura Batstra en Ernst Thoutenhoofd, 'Overleeft de psychiatrie de DSM-5?', in *De Psycholoog*, maart 2013, blz. 10-16, 2013.

Ben Goldacre, *Bad Pharma. How Drug Companies Mislead Doctors and Harm their Patients*, Fourth Estate, 2012.

D.J. Kupfer, M.B. First en E.A. Regier, *A Research Agenda for DSM-5*, American Psychiatric Association, Washington, 2002.

Christopher Lane, *Shyness. How Normal Behavior Became a Sickness*, Yale University Press, New Haven en Londen, 2007.

Alasdair MacIntyre, *After Virtue. A Study in Moral Theory*, Duckworth, Londen, 2007 (1981).

David L. Rosenhan, 'On Being Sane in Insane Places', in *Science*, 179, 1973, blz. 250-258.

M.S. Sandifer, A. Hordern, en L.M. Green, 'The Psychiatric Interview: The Impact of the first Three Minutes', in *The American Journal of Psychiatry*, nr. 126, 1970, blz. 968-973.

[1] Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ook wel 'aandachtstekort-hyperkinetische stoornis' of 'aandachtstekort-hyperactiviteitsstoornis' genaamd.