

# Het filosofisch problematische tweesporenbeleid in de psychiatrie

*Een filosofische scriptie*

Lisa Jansen - 6562159

6/25/2021

Begeleider en eerste beoordelaar: Menno Liefers

Tweede beoordelaar: Teun Tieleman

Faculteit: Geesteswetenschappen – Filosofie

# Inhoudsopgave

<b>Hoofdstuk</b>	<b>pagina</b>
Samenvatting	3
Inleiding	4
1 Behavioristisch perspectief	6
2 Bio-psihiatrie: het neurologisch perspectief	9
3 Wetenschap in de psychiatrie	11
4 Natuurlijke en kunstmatige soorten	14
5 Categoriisatie van de DSM-5	17
6 Sluit de DSM aan bij het behaviorisme of de bij bio-psihiatrie?	21
7 Dilemma	23
Conclusie	26
Bibliografie	27

## Samenvatting

In navolging van de somatisch geneeskunde is er een toenemende tendens binnen de psychiatrie om *evidence based* te werken.<sup>1</sup> Dit komt voort uit een geschiedenis waarin er twijfel bestond over de objectiviteit en het wetenschappelijke karakter van de psychiatrie. Hieruit kwam de behoefte voort om een categorisatie systeem te introduceren wat heeft geleid tot de *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM).<sup>2</sup> Er wordt gepoogd om binnen de psychiatrie *evidence based* en wetenschappelijk te werken met als uitgangspunt de neurologie. Tegelijkertijd is de DSM-5 volledig gebaseerd op symptoombeschrijvingen en dus gedrag.<sup>3</sup> Zo komen het behaviorisme, met een focus op publiekelijk waarneembaar gedrag, en de bio-psychiatrie, met een basis in de neurologie, samen in de psychiatrie.

In de praktijk worden deze perspectieven gecombineerd in het zogenoemde 'tweesporenbeleid', iets dat ook in onderzoek een grotere rol gaat spelen.<sup>4</sup> Deze combinatie is filosofisch gezien echter problematisch. Aan de ene kant leidt een psychiatrische behandeling vanuit enkel een behavioristisch perspectief of enkel vanuit de bio-psychiatrie tot vreemde redeneringen. Aan de andere kant is dit tweesporenbeleid problematisch omdat de correlatie tussen gedrag en onderliggende hersenprocessen niet stabiel is. Dat er geen stabiele correlatie tussen deze perspectieven is wordt zichtbaar aan de hand van een voorbeeld van cultuurgebonden psychiatrische syndromen.

---

<sup>1</sup> A. Masson et al. "Toepassing van evidence-based medicine (EBM) bij schizofrenie.", *Supplement bij Neuron*, 13, 94. (2008), 4.

<sup>2</sup> American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. 5th ed. (Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013). Geraadpleegd op: <https://dsm-psychiatryonline-org.proxy.library.uu.nl/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>.

<sup>3</sup> Jason Schnittker, *The Diagnostic System: Why the Classification of Psychiatric Disorders Is Necessary, Difficult, and Never Settled*, (New York: Columbia University Press, 2017), 20.

<sup>4</sup> Lea Winerman, "NIMH funding to shift away from DSM categories", *Monitor on Psychology*, 44, 7. (2013). <http://www.apa.org/monitor/2013/07-08/nimh> (geraadpleegd 25-6-2021).

## Inleiding

In de jaren tachtig werd in Canada op de McMaster Faculty of Health sciences het begrip 'Evidence-Based Medicine' (EBM) geïntroduceerd als term voor een daar ontwikkelde strategie van klinische onderzoeken.<sup>5</sup> In 1992 werd door een groep Noord-Amerikaanse klinische epidemiologen gesteld dat EBM ook kon worden toegepast in de beoefening van geneeskunde.<sup>6</sup> Vanaf dat moment is deze nieuwe aanpak in de medische praktijk steeds invloedrijker geworden.<sup>7</sup> Het doel van deze vorm van geneeskunde is om te proberen subjectieve praktijken om te buigen naar een rationele geneeskunde met als uiteindelijk doel een betere zorg voor patiënten.<sup>8</sup>

Binnen de psychiatrie bestaat er een toenemende tendens om ook op deze EBM manier te gaan werken zoals binnen andere medische velden nu de norm is.<sup>9</sup> Waar in de somatische geneeskunde diagnoses een oorzaak aangeven en de behandeling het doel heeft deze oorzaak weg te nemen is dat verband tussen diagnose en behandeling binnen de psychiatrie niet zo duidelijk te leggen. Want wat behandel je als iemand een psychose heeft: de psychose of de symptomen? En wat betekent het begrip 'psychose' nog zonder het verband met specifieke symptomen? Een gebroken been blijft een gebroken been, ook als de patiënt geen specifieke symptomen benoemt of ervaart.

Het doel van EBM is het integreren van de best beschikbare overtuigende data in de klinische ervaring van de arts, maar een van de bezwaren tegen EBM vanuit de wetenschappelijke gemeenschap is dat het klinisch oordeel naar de achtergrond verdwijnt.<sup>10</sup> Door de zoektocht naar overtuigende wetenschappelijke gegevens zou het beoordelingsvermogen van de arts vervangen kunnen worden door een meer schematische benadering van klinische actie.<sup>11</sup> Deze "mechanisering" van het diagnostische en therapeutische beleid zou een gevolg kunnen zijn van de uitbreiding van richtlijnen voor de klinische praktijk.<sup>12</sup> Volgens sommigen is dit probleem al werkelijkheid geworden en ligt de focus nu binnen de geneeskunde teveel op een biomedisch verklaringsmodel waardoor termen als subjectiviteit en verantwoordelijkheid teveel over het hoofd gezien worden.<sup>13</sup>

In de literatuur wordt veel gesproken over de invloed van het behaviorisme op de psychiatrie en de huidige focus op de neurologie vanuit het bio-psychiatrisch perspectief.<sup>14</sup> Op dit moment is er vaak sprake van een zogenoemd tweesporenbeleid waarbij de medicamenteuze behandeling door de bio-psychiater gestart wordt waarnaar de patiënt vervolgens doorverwezen wordt naar de psychotherapeut voor gedragstherapie. Behandeling volgens enkel één van deze twee sporen leidt tot vreemde behandelopties, maar de combinatie van

---

<sup>5</sup> Masson et al. "Toepassing van evidence-based medicine (EBM) bij schizofrenie.", 4.

<sup>6</sup> Masson et al. "Toepassing van evidence-based medicine (EBM) bij schizofrenie.", 4..

<sup>7</sup> Masson et al. "Toepassing van evidence-based medicine (EBM) bij schizofrenie.", 4..

<sup>8</sup> Masson et al. "Toepassing van evidence-based medicine (EBM) bij schizofrenie.", 4.

<sup>9</sup> Masson et al. "Toepassing van evidence-based medicine (EBM) bij schizofrenie.", 4.

<sup>10</sup> Masson et al. "Toepassing van evidence-based medicine (EBM) bij schizofrenie.", 10-11.

<sup>11</sup> Masson et al. "Toepassing van evidence-based medicine (EBM) bij schizofrenie.", 11.

<sup>12</sup> Masson et al. "Toepassing van evidence-based medicine (EBM) bij schizofrenie.", 11.

<sup>13</sup> Gerrit Glas, J.A den Boer, "Over Hersenen En Mentale Processen: Theorie En Conceptuele Problemen" In *Hoe Wetenschappelijk Is De Psychiatrie?* Ed. J. A. de Kroon, (Antwerpen: Garant, 2005), 15.

<sup>14</sup> Glas, "Over Hersenen En Mentale Processen: Theorie En Conceptuele Problemen", 16.

die twee gaat uit van een stabiele correlatie tussen het publiekelijk waarneembare gedrag en de onderliggende hersenaandoeningen. Met een voorbeeld van cultuurgebonden psychiatrische syndromen wordt echter duidelijk dat er van deze stabiele correlatie geen sprake is. Dit is filosofisch problematisch en brengt een dilemma op over hoe hier binnen de psychiatrie mee omgegaan moet worden. De vraag wat dit dilemma precies is en waar het vandaan komt zal de basis zijn van deze scriptie.

Er zal eerst een introductie gegeven worden van het behavioristisch en neurologisch perspectief op de psychiatrie. Vervolgens zal ingegaan worden op het onderscheid tussen natuurlijke- en kunstmatige soorten en het gebruik van het begrip 'natuurlijke soort' in de context van de psychiatrie. De manier van categoriseren binnen de psychiatrie zal besproken worden waarbij specifiek ingegaan zal worden op de *Diagnostic and Statistical Manual (DSM)*. Afgesloten zal worden met hoe het behavioristisch en neurologisch perspectief terug te vinden zijn binnen de DSM waarnaar verder ingegaan zal worden op het dilemma tussen een tweesporenbeleid in de psychiatrie terwijl er geen stabiele correlatie is tussen het publiekelijk waarneembaar gedrag en de onderliggende hersenaandoeningen.

## 1. Behavioristisch perspectief

Descartes redeneert in zijn 'Méditations Metaphysiques' dat er twee verschillende soorten zijnden bestaan namelijk geestelijke zijnden en stoffelijke zijnden.<sup>15</sup>

Descartes redeneert hier als ontologisch dualist en introduceert een fundamentele vraag waar hij geen antwoord op heeft: hoe kunnen lichamelijke processen geestelijke verschijnselen veroorzaken en hoe kan ons denken ons handelen bepalen?<sup>16</sup> Dit vraagstuk is de introductie van het moderne lichaam-geest probleem.

Burrhus Frederic Skinner (1904-1990) was psycholoog en een grote naam binnen het behaviorisme, een stroming in de psychologie en filosofie die meent dat de psychologie zich enkel en alleen bezig moet houden met publiekelijk waarneembaar gedrag. Binnen het behaviorisme is een onderscheid te maken tussen verschillende stromingen: analytische of logisch behaviorisme, psychologisch behaviorisme en methodologisch behaviorisme.<sup>17</sup> Skinner reageert in zijn werk op het methodologisch behaviorisme en introduceert zijn eigen stroming: het radicaal behaviorisme.<sup>18</sup> Voor de psychiatrie betekent het methodologisch behaviorisme dat, om wetenschappelijk te blijven, de psychiatrie zich enkel bezig mag houden met publiekelijk waarneembaar gedrag.<sup>19</sup> Privé toestanden worden in het methodologisch behaviorisme uitgesloten, omdat deze als subjectief geclassificeerd worden en daarom niet wetenschappelijk zijn.<sup>20</sup> Mentale toestanden worden binnen het methodologisch behaviorisme als subjectief en privé gezien. Om iets als wetenschappelijk te classificeren moeten tenminste twee waarnemers het eens zijn over het bestaan, en er is, volgens methodologisch behavioristen, altijd maar één iemand die toegang heeft tot privé toestanden.<sup>21</sup>

Skinner gaat verder dan het methodologisch behaviorisme en hij ontkent ook het bestaan van een Cartesiaanse geest en privé mentale toestanden.<sup>22</sup> Hij ziet de psychologie als de studie van publiekelijk waarneembaar gedrag en niet als de studie van een innerlijke wereld.<sup>23</sup> Voor Skinner is 'zien' of 'denken' geen mysterieuze mentale toestand, maar een activiteit zoals lopen dat ook is.<sup>24</sup> We denken mentale gedachten net zo min als we mentale stappen lopen volgens Skinner.<sup>25</sup> Wat gevoeld wordt of door introspectie geobserveerd wordt is geen

---

<sup>15</sup> René Descartes, Desmond M. Clarke vert. *Meditations and Other Metaphysical writings*, (Engeland: Penguin Classics, 1998), 65.

<sup>16</sup> René Descartes, Elisabeth van de Palts, René Gude, ed. en Jeanne Holierhoek, vert. *René Descartes en Elisabeth van de Palts briefwisseling*, (Amsterdam: Wereldbibliotheek, 2000), 41.

<sup>17</sup> George Graham, "Behaviorism", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Spring 2019 Edition), Edward N. Zalta (ed.), <https://plato.stanford.edu/archives/spr2019/entries/behaviorism/> (geraadpleegd 24-6-2021)

<sup>18</sup> John Malone, John Cruchon, en Natalie M. Cruchon. "Radical Behaviorism and the Rest of Psychology: A Review/Précis of Skinner's "About Behaviorism"." Cambridge Center for Behavioral Studies. 29, 2001, 32. <http://web.b.ebscohost.com.proxy.library.uu.nl/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=de612e57-f785-4ea4-ae00-81c3aeaa578b%40pdc-v-sessmgr01> (geraadpleegd 25-6-2021).

<sup>19</sup> Malone, "Radical Behaviorism and the Rest of Psychology", 32.

<sup>20</sup> Malone, "Radical Behaviorism and the Rest of Psychology", 32.

<sup>21</sup> Malone, "Radical Behaviorism and the Rest of Psychology", 32.

<sup>22</sup> Malone, "Radical Behaviorism and the Rest of Psychology", 32.

<sup>23</sup> Malone, "Radical Behaviorism and the Rest of Psychology", 33.

<sup>24</sup> Malone, "Radical Behaviorism and the Rest of Psychology", 33.

<sup>25</sup> Malone, "Radical Behaviorism and the Rest of Psychology", 33.

geest of niet-fysiek leven zegt Skinner, maar het eigen lichaam.<sup>26</sup> Oftewel we gedragen ons zoals we doen vanwege onze huidige (fysieke) structuur volgens Skinner en dit is verbonden met onze genetica en omgevingsfactoren en - geschiedenis.<sup>27</sup> Door de groeiende kennis over deze omgevingsfactoren kunnen we steeds meer kenmerken die voorheen als mentaal werden aangemerkt uitleggen in termen van gedrag of eventueel aanmerken als onbelangrijk.<sup>28</sup> Skinner stelt dat door de invloed van het mentalisme de focus lange tijd enkel op de interne, mentale wereld van de mens heeft gelegen en dat hierdoor de invloed van de omgeving op de mens genegeerd is.<sup>29</sup> Het mentalisme is de stroming die gerelateerd is aan het dualisme waarin er een onderscheid gemaakt wordt tussen lichaam en geest en deze geest of mentale toestanden een eigen oorzakelijke kracht bezitten. Mentale toestanden worden binnen het mentalisme gezien als net zo echt als bijvoorbeeld elektronen, die ook niet direct te observeren zijn door de mens.<sup>30</sup>

De vraag waarom mensen zich gedragen zoals ze doen werd door het behaviorisme binnen de psychologie getransformeerd tot een vraag over waarom menselijk gedrag veranderd en hoe we mensen tot ander gedrag kunnen aanzetten.<sup>31</sup> De vraag naar de oorzaak en het gevolg van gedrag werd door Skinner bestudeerd als een relatie tussen een stimulus en een respons.<sup>32</sup> Dit werkte hij later uit tot het leerprincipe van operante conditionering. Dit principe is erop gebaseerd dat als op specifiek gedrag een beloning volgt het gedrag sneller herhaald zal worden. Omgekeerd geldt dat na een negatieve ervaring op specifiek gedrag de frequentie van dit gedrag zal afnemen.<sup>33</sup>

Binnen de psychiatrie betekent een behavioristisch perspectief dat de omgeving van de patiënt en de mensen in deze omgeving gezien worden als een belangrijke factor in het ontstaan en het in stand houden van gedrag. Het zichtbare gedrag dat vertoond wordt is het objectieve element dat als uitgangspunt wordt gebruikt in de analyse van de problematiek die de patiënt heeft gemotiveerd om naar een arts te komen met een hulpvraag.

Het leerprincipe van operante conditionering wordt ook toegepast in de gedragstherapie. Na een eerste voorzichtige start in de jaren '60 behoort nu de gedragstherapie, waar ook de operante conditionering een rol in speelt, tot een van de belangrijkste therapievormen.<sup>34</sup> Deze gedragstherapeutische benadering past goed bij de heersende tendens naar gestandaardiseerde therapievormen met een basis in wetenschappelijk onderzoek.<sup>35</sup>

---

<sup>26</sup> William G. Lycan, en Jesse J. Prinz. *Mind and cognition: An anthology*. (Blackwell Publishing, 2008), 19.

<sup>27</sup> Lycan, *Mind and cognition*, 19.

<sup>28</sup> Lycan, *Mind and cognition*, 19.

<sup>29</sup> Lycan, *Mind and cognition*, 19.

<sup>30</sup> Franz Dietrich, Franz, en Christian List. "Mentalism Versus Behaviourism in Economics: A Philosophy-Of-Science Perspective." *Economics and Philosophy* 32, no. 2, 2016, 250. <https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1017/S0266267115000462> (geraadpleegd op 22-6-2021).

<sup>31</sup> Lycan, *Mind and cognition*, 17.

<sup>32</sup> Carrara, Kester. *Radical behaviorism and cultural analysis*. Springer International Publishing, 2018, 34. <https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1007/978-3-319-74301-1>. (geraadpleegd op 17-6-2021).

<sup>33</sup> Walter Vandereycken, en Ron van Deth. *Psychotherapie : Van Theorie Tot Praktijk*. 2E, herz. dred. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2009, 88.

<sup>34</sup> Vandereycken, *Psychotherapie : Van Theorie Tot Praktijk*, 88-89.

<sup>35</sup> Vandereycken, *Psychotherapie : Van Theorie Tot Praktijk*, 89.

Een ander perspectief dat binnen dit veld als belangrijk wordt gezien is het neurologisch perspectief dat de basis is binnen de bio-psychiatrie. In de praktijk worden ze samen gebruikt terwijl dit op basis van de onderliggende overtuigingen niet verwacht zou worden. Binnen het behaviorisme doen de hersenen er in relatie tot de psychiatrie niet toe, in tegenstelling tot de bio-psychiatrie dat een basis heeft in de neurologie. In het volgende hoofdstuk zal hier verder op ingegaan worden.



## 2. Bio-psychiatrie: het neurologisch perspectief

Er is in de medische wereld een onderscheid ontstaan tussen de psychiatrie en de biomedische of somatische geneeskunde. Biomedisch materialisme is een verzameling ideeën binnen de psychiatrie die verbonden is door de overtuiging dat het brein de basis moet zijn van psychiatrische interventies.<sup>36</sup> Dit perspectief brengt de psychiatrie dichterbij de somatische geneeskunde door de psychische stoornissen te koppelen aan het bestaan van een pathofysiologische afwijking.<sup>37</sup> De bio-psychiatrie en neurologie zijn dan ook sterk met elkaar verbonden en sommige psychiaters zouden graag zien dat deze specialismen zouden worden samengevoegd.<sup>38</sup> In de bio-psychiatrie worden alle mentale symptomen, inclusief persoonlijke en sociale, gezien als het resultaat van biologische, neurochemische of genetische afwijkingen.<sup>39</sup> Biomedisch materialisten volgen de overtuiging dat psychiaters hun patiënten het beste kunnen helpen door een goed begrip van de onderliggende bio-pathologische processen.<sup>40</sup>

Er zijn verschillende voorbeelden te noemen die het idee ondersteunen dat biologische problematiek psychiatrische symptomen kan veroorzaken. Een voorbeeld is de algemene parese epidemie uit 1900. Deze epidemie wordt wel gezien als de grootste psychiatrische epidemie die beschreven is in de geschiedenis. Symptomen van algemene parese zijn depressie, zwakte, manie, wanen en uiteindelijk een volledige verlamming en de dood.<sup>41</sup> Tussen 1874 en 1913 werd met wetenschappelijk onderzoek het vermoeden van syfilis als oorzaak van algemene parese bevestigd.<sup>42</sup> In 1918 introduceerde Julius Wagner-Jauregg de eerste succesvolle behandeling voor algemene parese.<sup>43</sup> Het succes van deze behandeling werd gezien als wetenschappelijke bewijs voor een biologische oorzaak van een aandoening met psychiatrische klachten en dit gaf hoop dat het biomedische model toegepast kon worden op andere psychiatrische problematiek.<sup>44</sup> Wetenschapsfilosoof Thomas Kuhn verwijst hiernaar als "the stage of normal science", de fase waarin het biomedische model de speculaties van mogelijkheden voorbij was en er begonnen kon worden met toepassen van het model en het onderzoeken van de effecten.<sup>45</sup>

Dit betekende dat er gezocht kon worden naar meetbare biologische verschillen tussen bijvoorbeeld een "gezond" en een "ziek" brein. Een verleidelijk uitgangspunt, want dat zou inhouden dat als we lang genoeg zoeken, we exacte en mogelijk behandelbare oorzaken zouden kunnen vinden. Dit zou ook betekenen dat het geven van een diagnose aan een patiënt meer is dan simpelweg 'labelen' van symptomen.

---

<sup>36</sup> Peter Zachar, *Psychological Concepts and Biological Psychiatry: A philosophical analysis*, (John Benjamins Publishing Company, 2000), 21, geraadpleegd op: <http://ebookcentral.proquest.com/lib/uunl/detail.action?docID=623020>.

<sup>37</sup> Toine Pieters, ed. en Gerben Meynen. *Basisboek Filosofie & Geschiedenis van de gezondheidszorg*, (Amsterdam: Boom, 2019), 144.

<sup>38</sup> Zachar, *Psychological Concepts and Biological Psychiatry: A philosophical analysis*, 21.

<sup>39</sup> Pieters, *Basisboek Filosofie & Geschiedenis van de gezondheidszorg*, 41.

<sup>40</sup> Zachar, *Psychological Concepts and Biological Psychiatry: A philosophical analysis*, 21.

<sup>41</sup> Zachar, *Psychological Concepts and Biological Psychiatry: A philosophical analysis*, 23.

<sup>42</sup> Zachar, *Psychological Concepts and Biological Psychiatry: A philosophical analysis*, 23.

<sup>43</sup> Zachar, *Psychological Concepts and Biological Psychiatry: A philosophical analysis*, 23.

<sup>44</sup> Zachar, *Psychological Concepts and Biological Psychiatry: A philosophical analysis*, 23.

<sup>45</sup> Zachar, *Psychological Concepts and Biological Psychiatry: A philosophical analysis*, 36.

De ontwikkeling van geavanceerde beeldvormingstechnieken zoals de CT-scan, PET-scan en functionele kernspintomografie (*functional magnetic resonance imaging*, fMRI) heeft het onderzoek vanuit de bio-psychiatrie een boost gegeven. De combinatie van deze nieuwe technieken kwam met de belofte om niet alleen het (dis)functioneren van de hersenen in beeld te brengen, maar ook om de werking van medicatie en gesprekstherapie te visualiseren. Dit doel van de bio-psychiatrie is sterk verbonden met de wens om van de psychiatrie een harde wetenschappelijke en dus onderbouwde medische discipline te maken.<sup>46</sup> Dit komt voort uit een wereldbeeld waarin wetenschap als gouden standaard geldt. Om als vakgebied serieus te worden genomen probeert men in de psychiatrie zoveel mogelijk aan te sluiten bij het medisch kader. In het volgende hoofdstuk zal verder ingegaan worden op hoe de wetenschap de psychiatrie beïnvloed heeft en nog steeds doet. Hier zal ook ingegaan worden op de DSM, het diagnostisch categorisatie systeem van de psychiatrie. Na een introductie van de DSM zal er verder ingegaan worden op welk perspectief, behavioristisch of neurologisch, hier met name een rol in speelt.

---

<sup>46</sup> Pieters, Basisboek Filosofie & Geschiedenis van de gezondheidszorg, 142.

### 3. Wetenschap in de psychiatrie

De psychiatrie stond lange tijd op een instabiele basis. Medische professionals wilden de discipline niet afwijzen, maar erkenden ook de grote contrasten in benadering in vergelijking met de somatische geneeskunde, waarin wetenschappelijk onderzoek de standaard is. Zowel binnen het behaviorisme als de bio-psychiatrie staat objectiviteit hoog in het vaandel. Wetenschappelijk onderzoek zou de psychiatrie kunnen helpen om als serieus medisch veld gepresenteerd te worden en zo meer aansluiten op de medische werkwijze in andere velden.

Wetenschappelijk onderzoek binnen de geneeskunde geeft de mogelijkheid om *evidence based* te handelen. De term *evidence based medicine* wordt op verschillende manieren gedefinieerd, het eerste voorbeeld hieronder is de meeste geciteerde definitie.<sup>47</sup>

"The conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients".<sup>48</sup>

Een alternatieve definitie van Greenhalgh en Donald luidt: "Evidence-based medicine is the enhancement of a clinician's traditional skills in diagnosis, treatment, prevention and related areas through the systematic framing of relevant and answerable questions and the use of mathematical estimates of probability and risk".<sup>49</sup>

Kort door de bocht betekent dit dat je patiënten dient te behandelen volgens de methode die volgens de laatste relevante wetenschappelijke onderzoeken het beste is gebleken. Dit is eenvoudig als alle patiënten keurig in de categorieën passen die bij de onderzoeken gebruikt zijn en allemaal vergelijkbaar reageren op de beschikbare behandelingen. In een wereld waarin dit mogelijk is zou een uitgebreide database ontstaan waar een arts of therapeut, nadat die de patiënt gediagnosticeerd heeft, kan opzoeken welke behandeling of combinatie van behandelingen eerst geprobeerd moet worden om de meeste kans van slagen te hebben. Als deze behandeling niet zou werken kan uitgeweken worden naar alternatieven die op volgorde van meeste kans op succes geordend staan in deze database.

Om wetenschappelijk onderzoek te kunnen doen, en dichter bij EBM te komen, is een homogene groep patiënten essentieel. Onderzoekers namen mentale aandoeningen serieus, maar hadden moeite om een homogene groep patiënten bij elkaar te krijgen voor een valide onderzoek om betrouwbare behandelingsmethoden op te bouwen.<sup>50</sup> Een antwoord op dit probleem is diagnostiek. Een manier om symptomen te categoriseren en zo ook patiënten meer te kunnen indelen en dus deze database met beschikbaar onderzoek en behandelopties te creëren. Dit opent de deur voor wetenschappelijk onderzoek

---

<sup>47</sup> Trisha Greenhalgh, *How To Read A Paper: The Basics of Evidence Based Medicine*, (Londen: Blackwell Publishing Ltd., 2000), 1. Geraagdpleegd op:

<http://ebookcentral.proquest.com/lib/uunl/detail.action?docID=242459>.

<sup>48</sup> Greenhalgh, *How To Read A Paper: The Basics of Evidence Based Medicine*, 1.

<sup>49</sup> Greenhalgh, *How To Read A Paper : The Basics of Evidence Based Medicine*, 1.

<sup>50</sup> Schnittker, *The Diagnostic System*, 30.

bij patiënten die binnen dit systeem hetzelfde label hebben gekregen en bij wie, hopelijk, dezelfde behandeling werkt. De mogelijkheid om onderzoeken te doen binnen de psychiatrie en om *evidence based* te gaan behandelen werd beperkt door het ontbreken van een duidelijk classificatiesysteem.<sup>51</sup>

Er zijn twee boeken die hier nu een belangrijke rol in spelen. De *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM) en de International Classification of Diseases (ICD) van de World Health Organisation (WHO). De DSM heeft sinds 2013 de vijfde versie in gebruik (DSM-5)<sup>52</sup> en de ICD een geüpdatete versie 10 (ICD-10-2021) sinds 2021.<sup>53</sup> Geen van beide geeft een definitie van 'psychiatrie', maar het doel van het boek wordt wel beschreven.

DSM-5: "DSM-5 is designed to better fill the need of clinicians, patients, families, and researchers for a clear and concise description of each mental disorder organized by explicit diagnostic criteria, supplemented, when appropriate, by dimensional measures that cross diagnostic boundaries, and a brief digest of information about the diagnosis, risk factors, associated features, research advances, and various expressions of the disorder."<sup>54</sup>

ICD-10: "ICD-10 as a whole is designed to be a central ("core") classification for a family of disease and health-related classifications. Some members of the family of classifications are derived by using a fifth or even sixth character to specify more detail."<sup>55</sup>

Beide boeken hebben een focus op het verbeteren en verduidelijken van de classificatie van mentale aandoeningen en in het geval van de DSM ook de diagnostiek en onderzoek op deze manier positief beïnvloeden. In dit essay zal gefocust worden op de DSM en specifiek de DSM-5, omdat deze in Nederland gebruikt wordt. Dit idee van een database met *evidence based* onderzoek en behandeloptie zal bij de gebroken been casus voor een meerderheid van de patiënten nog wel mogelijk kunnen zijn, maar de psychiatrie is ingewikkelder.

## **De geschiedenis van de DSM**

In 1952 werd de DSM-I uitgegeven waarin 128 diagnoses geïnccludeerd waren.<sup>56</sup> In 1968 werd deze opgevolgd door de DSM-II met 193 diagnoses.<sup>57</sup> Deze twee versies werden beschouwd als referentiedocument voor professionals en kregen verder weinig aandacht.<sup>58</sup> Dit veranderde in 1980 toen de DSM-III uitkwam. Hierin werden 228 diagnoses beschreven in 292 pagina's terwijl de eerdere

---

<sup>51</sup> Schnittker, *The diagnostic system*, 30.

<sup>52</sup> American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. 5th ed. (Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013). Geraadpleegd op: <https://dsm-psychiatryonline-org.proxy.library.uu.nl/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>.

<sup>53</sup> World Health Organization, *ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. (Albany: World Health Organization, 1992). Geraadpleegd op: <http://ebookcentral.proquest.com/lib/uunl/detail.action?docID=344020>.

<sup>54</sup> American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*, introduction.

<sup>55</sup> World Health Organization, *ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*, 3.

<sup>56</sup> Schnittker, *The diagnostic system*, 19.

<sup>57</sup> Schnittker, *The diagnostic system*, 19.

<sup>58</sup> Schnittker, *The diagnostic system*, 19 -20.

edities nauwelijks 100 pagina's telden.<sup>59</sup> Sinds 2013 wordt er gebruik gemaakt van de DSM-5 met 514 diagnoses op 947 pagina's.<sup>60</sup>

Deze 947 pagina's zijn zorgvuldig geordend. De DSM-5 is ingedeeld in 20 classificaties en in vergelijking met de DSM-4 zijn stoornissen herschikt op basis van recente neurowetenschappelijke onderzoeksbevindingen en klinische genetica.<sup>61</sup> In de eerste paragraaf van de vijfde editie van de DSM staat: "DSM is intended to serve as a practical, functional, and flexible guide for organizing information that can aid in the accurate diagnosis and treatment of mental disorders,".<sup>62</sup> In deze organisatie zit het uitgangspunt dat mentale aandoeningen categorisch zijn van nature.<sup>63</sup> In de basis is de DSM een catalogus van symptomen. Vervolgens zijn deze ingedeeld in diagnoses en in een volgorde gezet waarbij vergelijkbare diagnoses dicht bij elkaar staan.<sup>64</sup> Deze intentie van categoriseren lijkt uit te gaan van natuurlijke soorten, maar in hoeverre heeft dit doorgewerkt in de DSM-5 als geheel?

Om antwoord te kunnen geven op deze vraag is het van belang om eerst stil te staan bij wat een 'natuurlijke soort' is. Er wordt op verschillende manieren omgegaan met dit begrip binnen de psychiatrie, maar niet alle interpretaties zijn even succesvol. De onderlinge variatie tussen de leden van één biologische soort is een natuurlijk deel van wat het betekent om bij deze soort te horen.<sup>65</sup> Dit staat in tegenstelling tot fysieke soorten, zoals elementen, die vaak als voorbeeld worden genomen om het begrip 'natuurlijke soort' uit te leggen. Behavioristen ontkennen dat de categorisaties in de DSM verwijzen naar natuurlijke soorten, omdat ziekte niet op zichzelf staat. Hier zal in het volgende hoofdstuk verder op worden ingegaan.

---

<sup>59</sup> Schnittker, *The diagnostic system*, 20.

<sup>60</sup> Schnittker, *The diagnostic system*, 20.

<sup>61</sup> Schnittker, *The diagnostic system*, 20.

<sup>62</sup> American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. 5th ed. (Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013), preface. Geraadpleegd op: <https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1176/appi.books.9780890425596.x00preface>

<sup>63</sup> Schnittker, *The diagnostic system*, 53.

<sup>64</sup> Schnittker, *The diagnostic system*, 19.

<sup>65</sup> Wilson, "When Traditional Essentialism Fails: Biological Natural Kinds", 192.

#### 4. Natuurlijke en kunstmatige soorten

Er wordt constant gezocht naar en geschreven over wat de essentie zou zijn van de mens. Wat is het dat ons mens maakt? Deze zoektocht insinueert dat er iets is dat gezien kan worden als de basis van mens-zijn. Dit idee wordt ook toegepast op ziekten, maar er zijn verschillende manieren om met dit idee om te gaan. In dit hoofdstuk zal eerst ingegaan worden op de meeste gebruikte interpretatie van de begrippen 'natuurlijke soort' en 'kunstmatige soort' binnen de psychiatrie. Daarna zal verder ingegaan worden op de inconsistenties van deze benadering en hoe er beter met deze begrippen omgegaan zou moeten worden in de context van de psychiatrie.

Er is veel literatuur beschikbaar over de psychiatrie in relatie tot natuurlijk en kunstmatige soorten.<sup>66</sup> Hier verwijzen 'natuurlijke soorten' naar categorieën of soorten die uit de natuur zelf voortkomen. Kunstmatige soorten zijn de categorieën of soorten die door de mens zo onderscheiden worden. Deze zijn dus in de basis afhankelijk van afspraken tussen mensen onderling.<sup>67</sup>

Binnen de psychiatrie is het afhankelijk van de theorie die gebruikt wordt of de diagnoses die beschreven worden gezien worden als natuurlijke of kunstmatige soorten.<sup>68</sup> Als er uitgegaan wordt van een dichotomie kan een natuurlijke soort gezien worden als een stabiele diagnostische theorie met een duidelijke causale essentie. Kunstmatige soorten zijn dan diagnoses met als essentie een beschrijving van observeerbare verschijnselen.<sup>69</sup> Dit betekent dat er afgesproken wordt dat een combinatie van symptomen een naam krijgt en dit is veel terug te zien in de DSM-5. *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder* (ADHD) wordt bijvoorbeeld in de DSM-5 uitgelegd in termen van gedragsuitingen zoals moeite om de aandacht bij taken of spel te houden, moeite met organisatie, makkelijk afleidbaar door uitwendige prikkels en onrustig bewegen met handen en voeten om er een aantal te noemen.<sup>70</sup> De diagnose ADHD kan gesteld worden volgens de DSM-5 criteria als minstens zes symptomen uit de volledige DSM-5 symptomenlijst minimaal zes maanden aanwezig zijn. Maar belangrijker is de gradatie waarin deze symptomen voorkomen. Het is een voorwaarde dat de mate waarin deze symptomen voorkomen inconsistent zijn met het ontwikkelingsniveau van de persoon en dat de negatieve impact ervan direct merkbaar is op sociale- en academische/werk activiteiten.<sup>71</sup> Dit betekent dat de grens tussen wel of geen diagnose afhankelijk is van waar mensen de grens leggen en hier wordt naar verwezen als 'kunstmatige soorten'. Daarnaast is het afhankelijk van wat cultureel als normaal of acceptabel gekwalificeerd wordt.<sup>72</sup> Op dit culturele element zal in hoofdstuk 7 verder worden ingegaan.

---

<sup>66</sup> D. A. J. P. Denys and Gerben Meynen. "Handboek Psychiatrie en filosofie." (Utrecht, Nederland: De Tijdstroom, 2016), 84-85.

<sup>67</sup> Denys, "Handboek psychiatrie en filosofie", 84-85.

<sup>68</sup> Denys, "Handboek psychiatrie en filosofie", 85.

<sup>69</sup> Denys, "Handboek psychiatrie en filosofie", 85-86.

<sup>70</sup> American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. 5th ed. (Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013), neurodevelopmental disorders. Geraadpleegd op: <https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm01>

<sup>71</sup> American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. 5th ed. (Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013), neurodevelopmental disorders – ADHD. Geraadpleegd op: <https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm01>

<sup>72</sup> Denys, "Handboek psychiatrie en filosofie", 87-88.

Dit onderscheid tussen natuurlijke en kunstmatige soorten lijkt duidelijk en overzichtelijk, maar de betekenis van de term 'natuurlijke soorten' zoals deze gebruikt wordt binnen de psychiatrie is niet correct. Binnen het filosofisch soortelijk essentialisme (*kind essentialism*) maakt Marc Ereshefsk het begrip 'essentie' en 'natuurlijke soort' duidelijk aan de hand van drie grondbeginselen.<sup>73</sup>

1. Alle en alleen de leden van deze soort hebben een gemeenschappelijke essentie.
2. De essentie van de soort is verantwoordelijk voor de kenmerken die typerend zijn en geassocieerd worden met de leden van deze soort.
3. De kennis van de essentie van een soort helpt ons om deze typerende kenmerken te verklaren en te voorspellen.

Als voorbeeld van natuurlijke soorten kan een element gebruikt worden, bijvoorbeeld goud. De anatomische structuur van goud met 79 protonen in de atoomkern is verantwoordelijk voor de eigenschap van goud dat het smelt bij 1064,18 °C.<sup>74</sup> Goud is een voorbeeld van een 'fysieke soort', een materie met een duidelijke essentie die voldoet aan de drie grondbeginselen van Ereshefsk en volgens deze definitie dus een natuurlijke soort is.<sup>75</sup>

Biologische soorten, waar mensen en dieren toe behoren, zijn een ander voorbeeld van natuurlijke soorten die anders benaderd worden dan elementen.<sup>76</sup> Biologische soorten zijn intrinsiek heterogeen in de zin dat de individuen uit wie deze soort bestaat niet enkel van elkaar verschillen in de eigenschappen die ze bezitten, maar juist ook intrinsiek als leden van een soort. De onderlinge variatie tussen de leden van één biologische soort is dus een natuurlijk deel van wat het betekent om bij deze soort te horen.<sup>77</sup> Deze visie van biologische soorten als natuurlijke soort wordt ondersteund door de evolutietheorie. Juist deze individuele verschillen maken het verschil in overlevingskansen bij natuurlijke selectie.<sup>78</sup>

Het begrip van 'natuurlijke soorten' werd aangehaald in relatie tot de intentie om te categoriseren in de DSM-5. Als je wilt uitleggen wat een koe is hoef je niet naar iets anders dan een koe te verwijzen. Om uit te leggen wat mond-en-klauwzeer (MKZ) is, de ziekte die deze koe heeft moet je wel naar de koe verwijzen. Enkel een verwijzing naar de MKZ om dit begrip uit te leggen is onvoldoende omdat de ziekte niet op zichzelf staat.

Vanuit dit perspectief is het vreemd om nog te spreken over natuurlijke soorten binnen de psychiatrische diagnostiek. Zelfs als de focus verplaatst zou worden van de mens naar alleen de diagnostiek lijkt het lastig om een diagnose zoals ze beschreven zijn in de DSM als natuurlijke soort te zien. Als voorbeeld staat hieronder een deel van het diagnostisch kader van 'schizofrene stoornis' zoals dit in de DSM beschreven wordt. Om deze diagnose te stellen moet de

---

<sup>73</sup> Robert A Wilson, Matthew J. Barker, en Ingo Brigandt. "When traditional essentialism fails: biological natural kinds." *Philosophical Topics* 35.1/2 (2007), 190. <https://www.jstor.org/stable/43154503> (geraadpleegd 25-6-2021).

<sup>74</sup> Wilson, "When Traditional Essentialism Fails: Biological Natural Kinds", 192.

<sup>75</sup> Wilson, "When Traditional Essentialism Fails: Biological Natural Kinds", 192.

<sup>76</sup> Robert A. Wilson, "Realism, essence, and kind: resuscitating species essentialism?." *Species: New interdisciplinary essays* (1999): 190. <http://joelvelasco.net/teaching/167win10/Wilson1999.pdf> (geraadpleegd 21-6-2021).

<sup>77</sup> Wilson, "When Traditional Essentialism Fails: Biological Natural Kinds", 192.

<sup>78</sup> Wilson, "When Traditional Essentialism Fails: Biological Natural Kinds", 192.

patiënt voldoen aan tenminste twee van de volgende vijf symptomen waarvan er tenminste een van de eerste drie ervaren moet worden.<sup>79</sup>

1. Waanideeën
2. Hallucinaties
3. Gedesorganiseerd spreken (bijvoorbeeld frequente ontsporing of incoherentie).
4. Ernstig gedesorganiseerd of katatoon gedrag.
5. Negatieve symptomen (zoals affectieve vervlakking of initiatiefverlies).

Naast dit bondige lijstje symptomen geeft de DSM uitgebreid informatie over de duur van symptomen en classificaties om de ernst van de klachten en de prognose in te schatten en te beschrijven. Maar uitgaande van dit lijstje en het minimum van twee te ervaren symptomen voor een specifieke periode wordt gesteld of iemand schizofrenie heeft of niet.

Stel we nemen aan dat alle schizofreniepatiënten altijd precies twee van deze symptomen hebben en minstens een symptoom uit de eerste drie opties. Dat betekent dat er negen verschillende combinaties zijn van symptomen. Dat zijn negen patiënten die de diagnose schizofrenie krijgen, maar nooit meer dan een symptoom en soms zelf geen een met elkaar gemeen hebben. Behavioristen noemen dit als argument tegen de DSM, omdat het aangeeft dat er te weinig empirisch bewijs is voor deze diagnostische criteria.<sup>80</sup> En dit is mét de onrealistische aanname dat schizofreniepatiënten altijd precies twee van deze symptomen ervaren. In een meer realistisch scenario hebben veel patiënten meerdere van deze symptomen, kunnen de symptomen wisselen door de tijd heen en zijn er veel patiënten met naast schizofrenie nog andere diagnoses. Dit resulteert in een eindeloze lijst van combinatiemogelijkheden. En schizofrenie is niet de enige diagnose in de DSM-5 die op deze manier beschreven wordt.

Binnen de psychiatrie is het gebruik van het begrip 'natuurlijke soorten' dus een vreemde keuze. In hoofdstuk 3 is geconcludeerd indeling van diagnoses binnen de DSM, waarbij vergelijkbare diagnoses dichterbij elkaar staan<sup>81</sup>, en deze intentie tot categoriseren uit lijkt te gaan van natuurlijke soorten. Voor behavioristen is dit problematisch, omdat binnen dit systeem veel patiënten dezelfde diagnose krijgen zonder dezelfde symptomen te ervaren. In het volgende hoofdstuk zal verder ingegaan worden op hoe de DSM gecategoriseerd is aan de hand van de in de DSM beschreven diagnose van het schizofrenie spectrum. Opvallend veel psychiatrische patiënten krijgen meerdere diagnoses hierin wordt een verschil tussen de somatische diagnoses en de psychiatrie duidelijker. De basis van de psychiatrische diagnostiek ligt in symptoombeschrijvingen in tegenstelling tot de somatisch geneeskunde waar de diagnose naar een oorzakelijkheid verwijst. Dit zal in het volgende hoofdstuk worden uitgewerkt.

---

<sup>79</sup> American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. 5th ed. (Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013), Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders. <https://dsm-psychoiatryonline-org.proxy.library.uu.nl/doi/full/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm02> (geraadpleegd 18-6-2021).

<sup>80</sup> Gerhard Andersson & Ghaderi, Ata, "Overview and Analysis of the Behaviorist Criticism of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)", *Clinical Psychologist*. 10, (2006), 68. [https://www.academia.edu/42102251/Overview\\_and\\_analysis\\_of\\_the\\_behaviourist\\_criticism\\_of\\_the\\_Diagnostic\\_and\\_Statistical\\_Manual\\_of\\_Mental\\_Disorders\\_DSM\\_](https://www.academia.edu/42102251/Overview_and_analysis_of_the_behaviourist_criticism_of_the_Diagnostic_and_Statistical_Manual_of_Mental_Disorders_DSM_) (geraadpleegd 24-6-2021).

<sup>81</sup> Schnitker, *The diagnostic system*, 19.



## 5. Categorisatie van de DSM-5

De DSM-5 bestaat uit drie verschillende secties. In sectie I staan uitleg en instructies voor het gebruik van de DSM-5. Sectie III is gericht op mogelijke toekomstige ontwikkelingen die verder onderzoek vereisen. Sectie II is onderverdeeld in 22 categorieën waar de beschrijvingen van de stoornissen in staan, deze categorieën zijn weer onderverdeeld in aparte diagnoses. In het voorbeeld van het schizofrenie spectrum ziet dat er als volgt uit:<sup>82</sup>

Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders<sup>83</sup>

- Schizotypal (Personality) Disorder
- Delusional Disorder
- Brief Psychotic Disorder
- Schizophreniform Disorder
- Schizophrenia
- Schizoaffective Disorder
- Substance/Medication-Induced Psychotic Disorder
- Psychotic Disorder Due to Another Medical Condition
- Catatonia Associated With Another Mental Disorder (Catatonia Specifier)
- Catatonic Disorder Due to Another Medical Condition
- Unspecified Catatonia
- Other Specified Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorder
- Unspecified Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorder

Door dit categorisatie systeem staan zoveel mogelijk diagnoses bij elkaar die symptomen delen. Dit is niet helemaal uitvoerbaar, omdat veel symptomen in meerdere categorieën een belangrijke rol spelen. Hoewel er een aantal mentale aandoeningen zijn met een duidelijk begrensde verzameling symptomen, worden de meeste aandoeningen op een spectrum geplaatst op basis van de ernst van de symptomen. Aan de hand van wetenschappelijk onderzoek zijn verschillende aandoeningen verbonden op basis van gemeenschappelijke symptomen, gedeelde genetica, omgevingsrisico-factoren en mogelijk gemeenschappelijke neurale substraten.<sup>84</sup> Het onderscheid tussen de verschillende beschreven aandoeningen is echter minder duidelijk dan oorspronkelijk gedacht wat het categoriseren compliceert.<sup>85</sup> Zo wordt *Schizotypal (personality) disorder* bij het schizofrenie spectrum genoemd, maar de uitgebreide diagnosebeschrijving staat bij 'persoonlijkheidsstoornissen', omdat het op basis van de symptomen bij beide categorieën ingedeeld kan worden.<sup>86</sup>

Zoals in Hoofdstuk drie, bij 'de geschiedenis van de DSM' is toegelicht is zijn de stoornissen ingedeeld op basis van recente neurowetenschappelijke onderzoeksbevindingen en klinische genetica.<sup>87</sup> Er is geprobeerd om een indeling te maken op basis van neurologisch onderzoek.<sup>88</sup> Wat echter ontbreekt in de beschrijving van de verschillende aandoeningen zijn pathognomonische of

---

<sup>82</sup> American Psychiatric Association, *DSM-5*, Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders.

<sup>83</sup> Hele lijst uit: American Psychiatric Association, *DSM-5*, Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders.

<sup>84</sup> American Psychiatric Association, *DSM-5*, Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders.

<sup>85</sup> American Psychiatric Association, *DSM-5*, Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders.

<sup>86</sup> American Psychiatric Association, *DSM-5*, Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders.

<sup>87</sup> Schnittker, *The diagnostic system*, 20.

<sup>88</sup> American Psychiatric Association, *DSM-5*, Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders.

fundamentele symptomen.<sup>89</sup> Dit zijn symptomen die kenmerkend zijn voor één bepaalde ziekte op een manier dat een diagnose gesteld kan worden volledig op basis van de aanwezigheid van dit symptoom. De ringen om een tekenbeet, bekend als erythema migrans, zijn bijvoorbeeld pathognomisch voor de ziekte van Lyme.<sup>90</sup> Dit betekent niet dat iedereen die de ziekte van Lyme heeft ook de erythema migrans ontwikkelt, maar wel andersom. Dit soort symptomen zijn niet bekend voor psychiatrische aandoeningen. Daarnaast zijn er geen fundamentele symptomen aan te wijzen door de grote overlap van symptomen in de verschillende aandoeningen die beschreven zijn in de DSM-5. Pathognomische symptomen zijn niet altijd essentieel om aandoeningen te onderscheiden, maar omdat het onderscheid tussen aandoeningen in de DSM-5 gemaakt wordt op basis van symptomen is het ontbreken van pathognomische symptomen problematischer. Er is veel overlap van symptomen tussen de verschillende aandoeningen die beschreven worden in de DSM-5. Zo verwijst symptoom B1 van de diagnose *post traumatic stress disorder* (PTSD) naar opdringerige herinneringen, beelden of gedachten, een veel voorkomend symptoom in de DSM-5 beschreven psychiatrische aandoeningen.<sup>91</sup> Andere symptomen die bij PTSD gecategoriseerd zijn en ook bij andere aandoeningen genoemd worden zijn bijvoorbeeld: emotionele en fysiologische alertheid veroorzaakt door specifieke situaties en het vermijden van deze situaties zijn ook een onderdeel van fobieën. Sociale terugtrekking, verlies van interesse, emotionele verdoving en hopeloosheid over de toekomst zijn ook kenmerkend voor depressie. En slapeloosheid, prikkelbaarheid en concentratieproblemen horen zowel bij depressie als een gegeneraliseerde angst stoornis. Deze laatste heeft ook het symptoom versterkte schrikreactie gemeen met PTSD.

Als er pathognomische symptomen waren om een definitief onderscheid te maken tussen de verschillende aandoeningen betekende deze overlap simpelweg dat deze symptomen vaker behandeld moeten worden bij verschillende patiënten met andere diagnoses. Het ontbreken van pathognomische symptomen betekent echter dat het onderscheid tussen de beschreven aandoeningen sterk vervaagd door de overlap. Dit maakt het onwaarschijnlijker dat er een daadwerkelijk een verschil is tussen deze aandoeningen. In de inleiding van de DSM-5 staat hierover de volgende opmerking:

"The general convention in DSM-5 is to allow multiple diagnoses to be assigned for those presentations that meet criteria for more than one DSM-5 disorder."<sup>92</sup>

Dit is een manier om te reageren op deze overlap van symptomen. Dit betekent dat als iemand een aantal veel voorkomende symptomen heeft en nog een paar extra dit al snel zal resulteren in meerdere diagnoses. Dit lijkt aan te sluiten bij wat in de somatische geneeskunde comorbiditeiten genoemd wordt. In 1970 introduceerde de Amerikaanse arts-epidemioloog Feinstein dit begrip als het tegelijkertijd voorkomen in één patiënt van twee onafhankelijke

---

<sup>89</sup> Aragona Massimiliano "The Role of Comorbidity in the Crisis of the Current Psychiatric Classification System." *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 16, 1 (2009), 3. <https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1353/ppp.0.0211> (geraadpleegd 25-6-2021).

<sup>90</sup> Robert B Nadelman., et al. "The clinical spectrum of early Lyme borreliosis in patients with culture-confirmed erythema migrans." *The American journal of medicine* 100, 5. (1996), 502. <https://www-sciencedirect-com.proxy.library.uu.nl/science/article/pii/S0002934395999159> (geraadpleegd 25-6-2021).

<sup>91</sup> Chris R brewin, et al. "Reformulating PTSD for DSM-V: life after criterion A." *Journal of traumatic stress* 22.5 (2009): 386. <https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1002/jts.20443> (geraadpleegd op 20-6-2021)

<sup>92</sup> American Psychiatric Association, *DSM-5*, Introduction.

ziekteprocessen die elkaar kunnen beïnvloeden.<sup>93</sup> De kans hierop is echter veel groter bij psychiatrische aandoeningen. Een voorbeeld aan de hand van de prevalentie van angststoornissen laat dit zien. Deze prevalentie is in de algemene bevolking ongeveer 17%. Ervan uitgaande dat angststoornissen en depressieve stoornissen onafhankelijke entiteiten zijn zou de prevalentie van patiënten met een depressieve stoornis die ook een angststoornis heeft ook zo'n 17% zijn. De werkelijke prevalentie van deze comorbiditeit is echter driemaal zo hoog.<sup>94</sup> Bij opgenomen psychiatrische patiënten is er zelfs vrijwel altijd sprake van een comorbiditeit.<sup>95</sup>

De in de DSM beschreven aandoeningen zijn beschrijvingen van symptoompresentaties zonder een hierbij horende pathofysiologie en etiologie. Dit maakt het anders dan een diagnose met een bekende pathofysiologie en etiologie en zou dus ook anders benaderd moeten worden. De betekenis van de in de DSM-5 beschreven aandoeningen is door de manier waarop ze opgesteld en gecategoriseerd zijn sterk gelinkt aan de verzameling symptomen waar ze bij horen. Hierdoor is een begrip als 'depressie' een leeg begrip zonder de serie symptomen die betekenis geven aan het woord. Zonder een duidelijk oorzakelijk onderscheid tussen de verschillende aandoeningen kan er geen sprake zijn van een comorbiditeit.<sup>96</sup> Tenminste niet in de betekenis die aan dat begrip gegeven is binnen de biomedische wereld.<sup>97</sup>

Dat er kritiek geuit kan worden op het systeem van de DSM staat vast, maar de DSM is wel een duidelijk antwoord geweest op de vraag hoe de psychiatrie wetenschappelijker benaderd kon gaan worden. Dit antwoord is zo fanatiek omarmd dat de DSM een grote rol heeft gekregen binnen de psychiatrie wat ook te zien is binnen het psychiatrisch onderzoek. Voor medische onderzoek is veel geld nodig en een organisatie die erover gaat hoeveel geld er in welk onderzoek geïnvesteerd zal worden is het *National Institute of Mental Health* (NIMH). Hierin was de DSM lange tijd leidend voor het NIMH. Dit resulteerde in onderzoekers die onderzoeksvoorstellen indienden die gebaseerd waren op de DSM diagnostische criteria en de daar aanbevolen onderzoeksmiddelen. Vervolgens beoordeelde NIMH dit voorstel in acht nemend in hoeverre het aansluiting vond bij eerder onderzoek en wat al gedefinieerd was.<sup>98</sup> Gedefinieerd door de DSM uiteraard als psychiatrische richtsnoer. Op deze manier zette de DSM de manier van denken volledig vast. In 2009 begon hier na groeiende kritiek verandering in te komen. Het NIMH introduceerde een plan voor een nieuw framework: Research Domain Criteria (RDoC) dat de DSM binnen het NIMH zal vervangen.<sup>99</sup> Het doel is om bredere onderzoekscategorieën te introduceren

---

<sup>93</sup> L. J.B. van Oudheusden, G Meynen, en A.J.L.M van Balkom. "Psychiatrische Comorbiditeit: Theoretische En Klinische Dilemma's.[Psychiatric Comorbidity: Theoretical and Clinical Dilemmas]." *Tijdschrift Voor Psychiatrie* 57, no. 9 (2015), 665. [https://www.researchgate.net/profile/Gerben-Meynen/publication/282277144\\_Psychiatric\\_comorbidity\\_Theoretical\\_and\\_clinical\\_dilemmas/links/569940af08ae748dfaff4c16/Psychiatric-comorbidity-Theoretical-and-clinical-dilemmas.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Gerben-Meynen/publication/282277144_Psychiatric_comorbidity_Theoretical_and_clinical_dilemmas/links/569940af08ae748dfaff4c16/Psychiatric-comorbidity-Theoretical-and-clinical-dilemmas.pdf) (geraadpleegd 24-6-2021).

<sup>94</sup> Van Oudheusden, "Psychiatrische Comorbiditeit: Theoretische En Klinische Dilemma's, 665.

<sup>95</sup> J. T. V.M. de Jong, "Dsm-5 En Cultuur." *Tijdschrift Voor Psychiatrie* 54, no. 9 (2012), 809. [https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/54-2012-9-artikel-De\\_Jong.pdf](https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/54-2012-9-artikel-De_Jong.pdf) (geraadpleegd op 24-6-2021).

<sup>96</sup> Van Oudheusden, "Psychiatrische Comorbiditeit: Theoretische En Klinische Dilemma's, 665.

<sup>97</sup> Massimiliano, "The Role of Comorbidity in the Crisis of the Current Psychiatric Classification System.", 3.

<sup>98</sup> Schnittker, *The diagnostic system*, 91.

<sup>99</sup> National Institute of Mental Health, "About RDoC", [nimh.nih.gov](https://www.nimh.nih.gov), 21-6-2021, <https://www.nimh.nih.gov/research/research-funded-by-nimh/rdoc/about-rdoc>

waar behavioristisch en neurowetenschappelijk bewijs beide geïncorporeerd zullen worden.<sup>100</sup>

De categorisatie van de DSM is dus zoveel mogelijk gedaan op basis van biologisch onderscheidende criteria, maar de in de DSM beschreven aandoeningen zijn beschrijvingen van symptoompresentaties zonder een hierbij horende pathofysiologie en etiologie. Het behavioristisch en neurowetenschappelijk perspectief lijkt dus al samen te komen in de DSM al werkte dat in de praktijk voor het NIMH anders. In het volgende hoofdstuk zal ingegaan worden op de vraag of de DSM met name aansluit bij het behavioristisch- of het neurologisch perspectief. Op basis hiervan zal uitgebreider ingegaan worden op wat deze combinatie van perspectieven in de praktijk van de psychiatrie betekent.

---

<sup>100</sup> Lea Winerman, "NIMH funding to shift away from DSM categories", *Monitor on Psychology*, 44, 7. (2013). <http://www.apa.org/monitor/2013/07-08/nimh> (geraadpleegd 25-6-2021).

## 6. Sluit de DSM aan bij het behaviorisme of de bio-psychiatrie?

De breuk van het NIHM met de DSM en de wens van het NIMH om het behavioristisch denken en het neurowetenschappelijk denken te combineren suggereert dat dat volgens het NIMH onvoldoende gebeurde.<sup>101</sup> Gezien de macht die de DSM had binnen het NIMH kan dit te maken hebben met een voorkeur voor een van beide theorieën binnen de DSM-5.

Bij het samenstellen van de DSM-5 werd onder andere advies gevraagd aan een 'diagnostic spectra study group' wat betreft de structuur en categorisatie van de DSM.<sup>102</sup> In dit advies stonden elf indicatoren op basis waarvan gesteld werd dat ze nieuwe op wetenschap gebaseerde groeperingen konden samenstellen. Deze elf indicatoren waren: gedeelde neurale substraten, familiekenmerken, genetische risicofactoren, specifieke omgevingsrisicofactoren, biomarkers, temperamentvolle antecedenten, afwijkingen van emotionele of cognitieve verwerking, symptoomovereenkomst, ziekteverloop, hoge comorbiditeit en gedeelde behandelingsrespons.<sup>103</sup>

Deze indicatoren zijn als empirische richtlijnen gebruikt bij het indelen van de diagnostische categorieën in de DSM-5.<sup>104</sup> De meeste van deze indicatoren kunnen goed binnen een behavioristisch perspectief geplaatst worden. Hier wordt er immers uitgegaan van een grote omgevingsinvloed op het ontstaan en in stand houden van gedrag. Vanuit het stimulus-response idee is het logisch dat de mensen om ons heen invloed hebben op hoe we ons gedragen en welk gedrag wel of niet gestimuleerd of negatief bevestigd wordt. De indicatoren 'gedeelde neurale substraten', 'genetische risicofactoren' en 'biomarkers' verwijzen eerder naar een bio-psychiatrisch perspectief waarin uitgegaan wordt van onderliggende pathofysiologische afwijkingen.<sup>105</sup>

### Reïficatie

Hoe er met begrippen wordt omgegaan is van belang, omdat de waarde die eraan gehecht wordt hierdoor kan veranderen. De strikte omschrijvingen en de categorisaties in de DSM-5 kunnen de suggestie wekken dat het hier gaat om natuurlijke soorten<sup>106</sup>, dat de beschreven aandoeningen op zichzelf staan. Dat dit niet het geval is, is in hoofdstuk vier uitgelegd met behulp van het voorbeeld van de koe met mond-en-klauwzeer. Reïficatie is het 'tot ding maken' maken van iets. Oftewel iets abstracts dat aan taal en ons denken gebonden is opvatten als iets concreets dat los staat van de mens.<sup>107</sup> Op deze manier kan iets gepresenteerd worden als natuurlijk terwijl het dat eigenlijk niet is.<sup>108</sup> Binnen de

---

<sup>101</sup> Winerman, "NIMH funding to shift away from DSM categories".

<sup>102</sup> American Psychiatric Association, *DSM-5*, Introduction.

<sup>103</sup> American Psychiatric Association, *DSM-5*, Introduction.

<sup>104</sup> American Psychiatric Association, *DSM-5*, Introduction.

<sup>105</sup> Toine Pieters, ed. en Gerben Meynen. *Basisboek Filosofie & Geschiedenis van de gezondheidszorg*, (Amsterdam: Boom, 2019), 144.

<sup>106</sup> E. H. Nieweg, "Wat Wij Van Jip En Janneke Kunnen Leren. Over Reïficatie (Verdinglijking) in De Psychiatrie." *Tijdschrift Voor Psychiatrie* 47, no. 10 (2005), 687.

<sup>107</sup> Nieweg, "Wat Wij Van Jip En Janneke Kunnen Leren", 687-688.

<sup>108</sup> Nieweg, "Wat Wij Van Jip En Janneke Kunnen Leren", 687-688

psychiatrie betekent dit de kunstmatige soorten die in de DSM-5 beschreven staan worden opgevat en behandeld als natuurlijke soorten.<sup>109</sup>

Als de essentie van een aandoening ligt in afgesproken criteria (een nominale essentie) kan deze verschuiven naar een verondersteld onderliggende essentie (de reële essentie).<sup>110</sup> Door deze verschuiving kan de veronderstelde onderliggende structuur opgevat worden als de oorzaak van de symptomen. In het geval van ADHD zou bijvoorbeeld de misvatting kunnen ontstaan dat de aandachtstekortstoornis die samengaat met hyperactiviteit (die we ADHD hebben genoemd) een ziekte is die verklaart waarom iemand zich op een specifieke manier gedraagt.<sup>111</sup> Terwijl het label ADHD er enkel is om dit gedrag mee te kunnen beschrijven. Dit leidt op deze manier tot cirkelredeneringen die ook doorwerken in onderzoek. Zo kan een onderzoeker met een interesse in de verschillen tussen ADHD en een andere diagnostische groep de symptomatologie van deze groepen gaan vergelijken.<sup>112</sup> Dat zou betekenen dat de symptomen op basis waarvan in de DSM deze twee groepen onderscheiden worden als verklaring ingezet worden waarom deze twee groepen op basis van de symptomatologie verschillen.

De verschillende angststoornissen staan samen in de DSM-5, omdat ze gekenmerkt worden door onrust en angst, niet op basis van een onderliggende biologische oorzaak.<sup>113</sup> In de DSM-5 wordt gepoogd om wetenschappelijk te werken met als uitgangspunt de neurologie. Tegelijkertijd is de DSM-5 volledig gebaseerd op symptoombeschrijvingen, en dus gedrag, die zoveel mogelijk gecategoriseerd zijn op basis van neurologisch onderzoek.<sup>114</sup> De poging om deze twee benaderingen samen te voegen tot één visie leidt tot een dilemma waar in het volgende hoofdstuk verder op ingegaan zal worden.

---

<sup>109</sup> Nieweg, "Wat Wij Van Jip En Janneke Kunnen Leren", 692.

<sup>110</sup> Nieweg, "Wat Wij Van Jip En Janneke Kunnen Leren", 692.

<sup>111</sup> Nieweg, "Wat Wij Van Jip En Janneke Kunnen Leren", 692.

<sup>112</sup> Nieweg, "Wat Wij Van Jip En Janneke Kunnen Leren", 692.

<sup>113</sup> Haslam, "Natural Kinds in Psychiatry", 12.

<sup>114</sup> Schnittker, *The diagnostic system*, 20.

## **7. Dilemma**

Het NIMH heeft nu als doel om het behavioristisch en neurologisch perspectief beter te combineren. Filosofisch gezien is dit echter een moeilijke combinatie. Waar in de somatische geneeskunde enkel vanuit een biomedisch perspectief gehandeld wordt, wordt er in de psychiatrie gebruik gemaakt van een behavioristisch en biomedisch perspectief. Vanuit een pragmatisch oogpunt zou dit geen probleem zijn als dit werkt, maar de correlatie tussen de gedrag en de onderliggende hersenaandoeningen is niet stabiel waardoor de toepassing van deze combinatie binnen de psychiatrie problematisch wordt. Dit brengt het volgende dilemma naar voren: kan je een combinatie van deze twee perspectieven als behandeling bieden terwijl deze correlatie niet stabiel is?

Hieronder zal met behulp van simpele voorbeelden het verschil in benadering tussen de behaviorist en de bio-psiater worden benadrukt. Vervolgens zal er ingegaan worden op hoe deze perspectieven zich verhouden tot zowel de psychiatrie als de somatische geneeskunde. Aan de hand van een voorbeeld binnen de cultureel gebonden psychiatrie zal dit probleem verder worden toegelicht.

### **De behaviorist**

Het uitgangspunt van de behaviorist is dat gedrag altijd alle informatie over mentale toestanden in zich heeft. Alle andere testen of onderzoeken worden hierdoor overbodig. Dit betekent dat als de politie een automobilist aanhoudt op verdenking van dronken rijden een gedragstest voldoende zou moeten zijn om te bewijzen of de automobilist wel of niet dronken is. Dit zou de automobilist bijvoorbeeld kunnen doen door in een rechte lijn te lopen of altemnerend verschillende specifieke punten aan te raken, of een bal te vangen.

Dit is gebaseerd op het idee dat als iemand dronken is het reactievermogen vertraagd is en de coördinatie verminderd. Dit is echter niet de definitie of oorzaak van 'dronken zijn'. Het begrip 'dronken zijn' leggen we uit aan de hand van een alcoholpromillage in het bloed, omdat dit de oorzaak is van het gedrag dat vertoond kán worden bij een hoger percentage. Dit betekent niet dat iedereen altijd hetzelfde gedrag vertoont bij een specifiek alcoholpromillage in het bloed. Dit maakt het scenario dat een blaastest vervangen zou worden door gedragstesten zo bizar. Dit zou betekenen dat alle functionele ontwikkelingen binnen de psychiatrie die uit wetenschappelijk onderzoek zijn voortgekomen opzij gezet zouden worden.

### **De bio-psiater**

Voor de bio-psiater staat niet het gedrag centraal, maar de pathofysiologie. Het valt ook voor de bio-psiater niet te ontkennen dat een psychiatrische patiënt ziek is als dit in opvallend gedrag geuit wordt, ook als er op scans of bloedonderzoeken geen verklarende afwijkingen zijn vast te stellen. Maar als uit biomedisch onderzoek blijkt dat er afwijkingen zijn, zoals hormoonwaarden die anders zijn dan de norm, betekent dit dat de bio-psiater hiervoor zou willen behandelen. In het voorbeeld van de automobilist zou dit betekenen dat de automobilist die op basis van gevaarlijk rijgedrag gestopt wordt een blaastest zou moeten doen. Echter als er een alcoholpromillage gemeten wordt dat lager is dan de afgesproken norm mag de automobilist, ondanks gevaarlijk rijgedrag,

doorrijden. Dit gebeurt in de praktijk uiteraard niet, maar dit voorbeeld laat zien hoe er geredeneerd kan worden als alle informatie die we halen uit publiekelijk waarneembaar gedrag genegeerd worden.

### **Dilemma**

Binnen de geneeskunde is een samenwerking tussen verschillende specialismen gebruikelijk. Een patiënt met een ernstige beenbreuk zal eerst door een orthopeed geopereerd worden om vervolgens doorverwezen te worden naar de fysiotherapeut voor nazorg. Dit systeem wordt nagebootst binnen de psychiatrie waar de bio-psychiater zal behandelen met medicatie om de patiënt vervolgens door te verwijzen naar de psychotherapie waar verder behandeld zal worden met gesprekstherapie. Uit de voorbeelden van de dronken automobilist blijkt dat je binnen de psychiatrie beide perspectieven nodig hebt.

Een voorwaarde om deze perspectieven zonder problemen te combineren is dat de correlatie tussen het publiekelijk waarneembaar gedrag en de onderliggende hersenprocessen stabiel is. Aan de hand van een voorbeeld van psychiatrisch cultuur gebonden syndromen zal echter getoond worden dat deze correlatie niet stabiel is. Dit leidt tot het volgende dilemma: kan je een combinatie van een behavioristisch en neurologisch perspectief als behandeling aanbieden terwijl de correlatie tussen gedrag en de onderliggende hersenprocessen niet stabiel is?

### **Cultuur**

Alleen als de samenhang tussen deze twee perspectieven stabiel is, is deze combinatiebehandeling universaliseerbaar en daarom toepasbaar in iedere setting. Volgens de universaliteitshypothese, die hiermee verbonden is, zijn psychiatrische ziekten universele verschijnselen waar ieder mens ter wereld aan kan lijden.<sup>115</sup> Echter laten cultuurgebonden syndromen (CBS) een andere werkelijkheid zien. In 1985 waren er al 150 psychiatrische beelden beschreven<sup>116</sup> waar het beeld bepaald wordt door het culturele systeem waarin ze voorkomen.<sup>117</sup> Een aantal voorbeelden hiervan zijn amok en latah die voorkomen in Maleisië, koro ook in Maleisië en China, beserk bij de oude Vikingen en volgens sommige hoort anorexia als Westerse aandoening ook in dit rijtje van cultuurgebonden syndromen.<sup>118</sup>

In de Ethiopische cultuur wordt een opleiding gezien als een middel om meer geld te verdienen en op deze manier te stijgen in de sociale orde.<sup>119</sup> Om als waardevol lid van de gemeenschap gezien te worden, wordt van het individu verwacht dat ze het welzijn van anderen voor dat van zichzelf plaatsen en het

---

<sup>115</sup> J. T. V. M. De Jong, "Het universalismedebat aan de hand van twee cultuurgebonden syndromen. Naar een nieuw paradigma in de vergelijkende psychiatrie." *Tijdschrift voor Psychiatrie* 34 (1992), 684.

[https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles\\_1175pdf.pdf](https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_1175pdf.pdf) (geraadpleegd 24-6-2021).

<sup>116</sup> Mario Braakman, "Valkuilen in De Transculturele Psychiatrie : Diagnostiek." *Psychopraxis* 3, 1 (2001), 23.

<https://link-springer-com.proxy.library.uu.nl/content/pdf/10.1007/BF03071891.pdf> (geraadpleegd 21-6-2021).

<sup>117</sup> Braakman, "Valkuilen in De Transculturele Psychiatrie : Diagnostiek.", 10

<sup>118</sup> Braakman, "Valkuilen in De Transculturele Psychiatrie : Diagnostiek.", 10

<sup>119</sup> Nina Evason , "Ethiopian Culture – Core Concepts", Cultural Atlas, 24-6-2021,

<https://culturalatlas.sbs.com.au/ethiopian-culture/ethiopian-culture-core-concepts>



wordt van de man verwacht dat hij financieel voor zijn gezin zal zorgen.<sup>120</sup> Dit zijn een paar elementen die een rol kunnen spelen in de uiting van een psychiatrische aandoening.<sup>121</sup> Hieronder staat als voorbeeld de casus van een Ethiopische nachtwaker die net ontslagen was. Hij beschreef het volgende:

*Ik heb een gevoel alsof wormen in mijn hoofd krioelen die daar aan mijn hersenen knagen en veel jeuk veroorzaken. Ik ben er zeker van dat er iets in mijn hoofd zit dat er niet thuishoort. Ik snap niet hoe het erin is gekomen, maar ik voel het op dit moment heel duidelijk. Ook heb ik de laatste tijd het gevoel alsof iemand mijn tong vasthoudt. Ik kan haar nauwelijks bewegen. Ze voelt droog aan. Verder is het donker in mijn ogen. De dingen om me heen zien er niet meer zo helder uit als vroeger. Alles lijkt grijs. Ik voel me moe en ziek en heb geen zin meer om 's avonds de straat op te gaan om met mijn vrienden te praten, zoals ik altijd heb gedaan.<sup>122</sup>*

De man ontkende een sombere stemming te hebben, maar de westerse psychotherapeut vermoedde op basis van de laatste opmerkingen van de man dat er sprake was van een depressie en hij behandelde de man met antidepressiva.<sup>123</sup> De man ging zich beter voelen en het knagende gevoel in zijn hoofd nam af, maar waar was het vandaan gekomen?<sup>124</sup> De verklaring hiervoor ligt in culturele ervaringen. Worminfecties in het maag-darmkanaal komen in Ethiopië endemisch voor waardoor Ethiopiërs tijdens het waken over de doden wel eens wormen via de mond en neus van de overledenen zien kruipen.<sup>125</sup> Hierdoor kan de gedachte bij Ethiopiërs ontstaan dat er een verband is tussen lichamelijke ziekte en wormen in het hoofd. Dit zou betekenen dat de beschrijving van de krioelende wormen niet simpelweg een metafoor is om het gevoel in zijn hoofd te beschrijven, maar een authentieke en reële reactie op de krenking die hij ervaarde door het ontslag.<sup>126</sup>

Het voorbeeld van de Ethiopiër met het knagende gevoel in zijn hoofd laat zien dat wat wij hier 'depressie' noemen, iets dat in de DSM-5 gekenmerkt wordt door somberheid, zich ook in ander gedrag kan uiten dan vanuit een Westers perspectief verwacht wordt. De antidepressiva waarmee de Ethiopische man behandeld werd had wel een positief effect op hem wat insinueert dat de onderliggende pathofysiologie wel vergelijkbaar is met wat we hier als een depressie categoriseren. Dit laat zien dat de correlatie tussen gedrag en de onderliggende hersenaandoeningen waar we in de psychiatrie mee te maken hebben niet stabiel is. Deze constatering resulteert in het al eerder genoemde

---

<sup>120</sup> Nina Evason, "Ethiopian Culture - Family", Cultural Atlas, 24-6-2021,

<https://culturalatlas.sbs.com.au/ethiopian-culture/ethiopian-culture-family#ethiopian-culture-family>

<sup>121</sup> Deze opmerkingen over de Ethiopische cultuur zijn uiteraard algemene uitspraken over deze cultuur die niet in dezelfde mate voor alle subculturen zullen gelden.

<sup>122</sup> Frank Kortmann, "Empathie voor het vreemde: Omgaan met psychopathologie van mensen uit een andere cultuur." *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 52, 9 (sep. 1997), 839.

[https://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/25763/25763\\_\\_\\_\\_.PDF](https://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/25763/25763____.PDF) (geraadpleegd 24-6-2021)

<sup>123</sup> Kortmann, "Empathie voor het vreemde", 839.

<sup>124</sup> Kortmann, "Empathie voor het vreemde", 839.

<sup>125</sup> Kortmann, "Empathie voor het vreemde", 839.

<sup>126</sup> Kortmann, "Empathie voor het vreemde", 839.

dilemma. Aan de ene kant is het duidelijk dat een psychiatrische behandeling enkel vanuit een behavioristisch perspectief of enkel vanuit een neurologische redenering tot bizarre redematies leidt. Aan de andere kant is dit tweesporenbeleid problematisch omdat de correlatie tussen gedrag en onderliggende hersenprocessen niet stabiel is.

## **Conclusie**

In de inleiding werd de vraag gesteld wat het dilemma is dat ontstaat door de toepassing van zowel een behavioristisch als een neurologisch perspectief binnen de psychiatrie. Om hier antwoord op te geven is eerst gekeken naar de toepassing van het begrip 'natuurlijke soorten' en is er geconcludeerd dat het vreemd is om dit begrip toe te passen binnen de psychiatrische diagnostiek, omdat ziekten niet op zichzelf staan. Ook spreken over natuurlijke soorten in relatie tot de categorisatie van de DSM is voor behavioristen problematisch, omdat veel patiënten dezelfde diagnose krijgen zonder dezelfde symptomen te ervaren. In de DSM-5 wordt gepoogd om wetenschappelijk te werken met als uitgangspunt de neurologie. Tegelijkertijd is de DSM-5 volledig gebaseerd op symptoombeschrijvingen, en dus gedrag, die zoveel mogelijk gecategoriseerd zijn op basis van neurologisch onderzoek. De poging om deze twee benaderingen samen te voegen tot één visie leidt tot het volgende dilemma:

Aan de ene kant leidt een psychiatrische behandeling vanuit enkel een behavioristisch- of enkel vanuit een neurologische redenering tot bizarre redematies. Aan de andere kant is dit tweesporenbeleid problematisch omdat de correlatie tussen gedrag en onderliggende hersenprocessen niet stabiel is.

Er is geen kant-en-klare oplossing voor dit dilemma, maar een stap naar meer balans kan bereikt worden door in de klinische praktijk meer bewustwording te creëren voor de afwezigheid van een stabiele samenhang tussen gedrag en onderliggende hersenaandoeningen. Door kennis over de vele cultuurgebonden syndromen en de verschillende uitingsvormen zal de correlatie niet veranderen. Vanuit een pragmatisch perspectief kan dit voor patiënten echter wel een groot verschil maken als therapeuten alert zijn op verschillende presentatievormen die allen valide zijn, ook als de diversiteit niet goed in de categorisatiesystemen past.

## Bibliografie

American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. 5th ed. (Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013). Geraadpleegd op: <https://dsm-psychiatryonline-org.proxy.library.uu.nl/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>.

Andersson, Gerhard en Ghaderi, Ata, "Overview and Analysis of the Behaviorist Criticism of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)". *Clinical Psychologist*. 10. 2006. [https://www.academia.edu/42102251/Overview\\_and\\_analysis\\_of\\_the\\_behaviourist\\_criticism\\_of\\_the\\_Diagnostic\\_and\\_Statistical\\_Manual\\_of\\_Mental\\_Disorders\\_DSM](https://www.academia.edu/42102251/Overview_and_analysis_of_the_behaviourist_criticism_of_the_Diagnostic_and_Statistical_Manual_of_Mental_Disorders_DSM)

Braakman, Maria. "Valkuilen in De Transculturele Psychiatrie: Diagnostiek." *Psychopraxis* 3, 1 (2001): 20-23. <https://link-springer-com.proxy.library.uu.nl/content/pdf/10.1007/BF03071891.pdf> (geraadpleegd 21-6-2021).

Brewin, Chris R. et al. "Reformulating PTSD for DSM-V: life after criterion A." *Journal of traumatic stress* 22.5 (2009): 366-73. <https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1002/jts.20443>. (geraadpleegd op 20-6-2021)

Denys, D. A. J. P. en Gerben Meynen. "Handboek Psychiatrie en filosofie." Utrecht, Nederland: De Tijdstroom. 2016.

Descartes, René, Desmond M. Clarke vert. *Meditations and Other Metaphysical writings*. Engeland: Penguin Classics, 1998.

Descartes, René, Elisabeth van de Palts, René Gude, ed. en Jeanne Holierhoek, vert. *René Descartes en Elisabeth van de Palts briefwisseling*. Amsterdam: Wereldbibliotheek. 2000.

Dietrich, Franz, en Christian List. "Mentalism Versus Behaviourism in Economics: A Philosophy-Of-Science Perspective." *Economics and Philosophy* 32, no. 2, 2016. 249-281. doi:10.1017/S0266267115000462 (geraadpleegd op 22-6-2021).

Evason, Nina. "Ethiopian Culture – Core Concepts". Cultural Atlas, 24-6-2021. <https://culturalatlas.sbs.com.au/ethiopian-culture/ethiopian-culture-core-concepts>.

Evason, Nina. "Ethiopian Culture - Family". Cultural Atlas, 24-6-2021. <https://culturalatlas.sbs.com.au/ethiopian-culture/ethiopian-culture-family#ethiopian-culture-family>.

Frances, Allen. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Dsm-IV*. Fourth ed. Washington, DC: American Psychiatric Association. 1994.  
Geraadpleegd op: <https://dsm-psychiatryonline-org.proxy.library.uu.nl/doi/pdf/10.1176/appi.books.9780890420614.dsm-iv>.

Glas, Gerrit en J.A den Boer. "Over Hersenen En Mentale Processen: Theorie En Conceptuele Problemen" ed. J.A de Kroon. In *Hoe Wetenschappelijk Is De Psychiatrie?*, 9-26. Antwerpen: Garant, 2005.  
[https://books.google.nl/books?id=h\\_109tut8-4C&printsec=frontcover&hl=nl&source=gbs\\_ViewAPI&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.nl/books?id=h_109tut8-4C&printsec=frontcover&hl=nl&source=gbs_ViewAPI&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

Graham, George. "Behaviorism", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Spring 2019 Edition), Edward N. Zalta ed.  
<https://plato.stanford.edu/archives/spr2019/entries/behaviorism/> (geraadpleegd 24-6-2021)

Greenhalgh, Trisha. *How To Read A Paper: The Basics of Evidence Based Medicine*. Londen, Engeland: Blackwell Publishing Ltd. 2000. Geraadpleegd op: <http://ebookcentral.proquest.com/lib/uunl/detail.action?docID=242459>.

Gupta, Mona. *Is Evidence-Based Psychiatry Ethical? - International Perspectives in Philosophy and Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press. 2014.  
Geraadpleegd op: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/uunl/reader.action?docID=1696431>.

Haslam, Nick. "Natural Kinds in Psychiatry: Conceptually Implausible, Empirically Questionable, and Stigmatizing", In *Classifying Psychopathology: Mental Kinds and Natural Kinds*, ed. Harold Kincaid en Jacqueline A Sullivan. Cambridge, Massachusetts: MIT Press, 2014.  
<http://ebookcentral.proquest.com/lib/uunl/detail.action?docID=3339798> (geraadpleegd 25-6-2021).

Jong, de J. T. V. M. "Dsm-5 En Cultuur." *Tijdschrift Voor Psychiatrie* 54, no. 9 (2012): 807-818. [https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/54-2012-9-artikel-De\\_Jong.pdf](https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/54-2012-9-artikel-De_Jong.pdf) (geraadpleegd op 24-6-2021).

Jong, de J. T. V. M. "Het universalismedebat aan de hand van twee cultuurgebonden syndromen. Naar een nieuw paradigma in de vergelijkende psychiatrie." *Tijdschrift voor Psychiatrie* 34 (1992), 684-698.  
[https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles\\_1175pdf.pdf](https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_1175pdf.pdf) (geraadpleegd 24-6-2021).

Kester Carrara. *Radical behaviorism and cultural analysis*. Springer International Publishing, 2018. <https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1007/978-3-319-74301-1>. (geraadpleegd op 17-6-2021).

Kortmann, Frank. "Empathie Voor Het Vreemde: Omgaan Met Psychopathologie Van Mensen Uit Een Andere Cultuur." *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*. 52. No. 9 (sep. 1997), 833-843. [https://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/25763/25763\\_\\_\\_\\_.PDF](https://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/25763/25763____.PDF) (geraadpleegd 24-6-2021).

Lycan, G. William en Jesse J. Prinz. *Mind and cognition: An anthology*. Blackwell Publishing, 2008.

Malone, John, John Cruchon, en Natalie M. Cruchon. "Radical Behaviorism and the Rest of Psychology: A Review/Précis of Skinner's" About Behaviorism"." Cambridge Center for Behavioral Studies. 29. 2001. 31-57. <http://web.b.ebscohost.com.proxy.library.uu.nl/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=de612e57-f785-4ea4-ae00-81c3aeaa578b%40pdc-v-sessmgr01> (geraadpleegd 25-6-2021).

Massimiliano Aragona. "The Role of Comorbidity in the Crisis of the Current Psychiatric Classification System." *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 16, no. 1 (2009): 1-11. <https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1353/ppp.0.0211> (geraadpleegd 25-6-2021).

Masson, A. et al. "Toepassing van evidence-based medicine (EBM) bij schizofrenie.", *Supplement bij Neuron*, 13, no. 94. (2008): 1-19.

Nadelman, Robert B. et al. "The clinical spectrum of early Lyme borreliosis in patients with culture-confirmed erythema migrans." *The American journal of medicine* 100. 5. (1996): 502-8. <https://www-sciencedirect-com.proxy.library.uu.nl/science/article/pii/S0002934395999159> (geraadpleegd 25-6-2021).

National Institute of Mental Health, "About RDoC", [nimh.nih.gov](http://nimh.nih.gov), 21-6-2021, <https://www.nimh.nih.gov/research/research-funded-by-nimh/rdoc/about-rdoc>

Nieweg, E. H. "Wat Wij Van Jip En Janneke Kunnen Leren. Over Reificatie (Verdinglijking) in De Psychiatrie." *Tijdschrift Voor Psychiatrie* 47, no. 10 (2005): 687-696. [https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles\\_1415pdf.pdf](https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_1415pdf.pdf) (geraadpleegd 21-6-2021).

Oudheusden van, L. J. B., G Meynen, en A.J.L.M van Balkom. "Psychiatrische Comorbiditeit: Theoretische En Klinische Dilemma's.[Psychiatric Comorbidity: Theoretical and Clinical Dilemmas]." *Tijdschrift Voor Psychiatrie* 57, no. 9 (2015): 664–71. [https://www.researchgate.net/profile/Gerben-Meynen/publication/282277144\\_Psychiatric\\_comorbidity\\_Theoretical\\_and\\_clinical\\_dilemmas/links/569940af08ae748dfaff4c16/Psychiatric-comorbidity-Theoretical-and-clinical-dilemmas.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Gerben-Meynen/publication/282277144_Psychiatric_comorbidity_Theoretical_and_clinical_dilemmas/links/569940af08ae748dfaff4c16/Psychiatric-comorbidity-Theoretical-and-clinical-dilemmas.pdf) (geraadpleegd 24-6-2021).

Pieters, Toine ed. en Gerben Meynen. *Basisboek Filosofie & Geschiedenis van de gezondheidszorg*. Amsterdam: Boom. 2019.

Schnittker, Jason. *The Diagnostic System: Why the Classification of Psychiatric Disorders Is Necessary, Difficult, and Never Settled*. New York: Columbia University Press, 2017.

Vandereycken, Walter en Ron van Deth. *Psychotherapie: Van Theorie Tot Praktijk*. 2E, herz. dr. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2009.

Wilson, Robert A. "Realism, essence, and kind: resuscitating species essentialism?." *Species: New interdisciplinary essays* (1999):186-207. <http://joelvelasco.net/teaching/167win10/Wilson1999.pdf> (geraadpleegd 21-6-2021).

Wilson, Robert A., Matthew J. Barker, en Ingo Brigandt. "When traditional essentialism fails: biological natural kinds." *Philosophical Topics* 35.1/2 (2007): 189-215. <https://www.jstor.org/stable/43154503> (geraadpleegd 25-6-2021).

Winerman, Lea. "NIMH funding to shift away from DSM categories." *Monitor on Psychology*, 44. 7. (2013), <http://www.apa.org/monitor/2013/07-08/nimh> (geraadpleegd 25-6-2021).

World Health Organization, *ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Albany: World Health Organization. 1992. Geraadpleegd op: <http://ebookcentral.proquest.com/lib/uunl/detail.action?docID=344020>.

Zachar, Peter. *Psychological Concepts and Biological Psychiatry: A philosophical analysis*. John Benjamins Publishing Company. 2000. Geraadpleegd op: <http://ebookcentral.proquest.com/lib/uunl/detail.action?docID=623020>.