

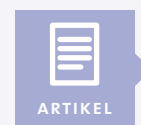
# Een gebalanceerd perspectief op psychiatrische classificatie

A.S.G. RALSTON, J.A. SWINKELS

- ACHTERGROND** In het Nederlandse taalgebied hebben discussies over de nieuwe DSM-5 zich vooral buiten de vakliteratuur afgespeeld. Een filosofische analyse van de controverse ontbreekt nog.
- DOEL** Actuele literatuur binnen de filosofie en psychiatrie rond classificatie bespreken en betrekken op de controversen rond de DSM-5. Daarbij staat het draagvlak voor een wetenschappelijk-realistische opvatting van classificatie centraal.
- METHODE** Bespreken van literatuur vanuit historisch, wetenschappelijk en filosofisch perspectief.
- RESULTATEN** Reeds vanaf het verschijnen van de DSM-III volgen discussies over psychiatrische classificatie een analoog debat in de filosofie, namelijk realisme versus antirealisme, waarbij de psychiatrie zich legitimeert via realisme. Dit is een onhoudbare positie. Er zijn echter filosofische alternatieven voorhanden die een weg uit de verstarde discussie beloven.
- CONCLUSIE** Een andere filosofische grondslag voor psychiatrische classificatie levert ruimte voor pluralisme, een grotere normatieve validiteit en een duurzamere professionele legitimatie.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)8, 588-595

**TREFWOORDEN** classificatie, DSM-5, filosofie, geschiedenis



ARTIKEL



Het recente themanummer van dit tijdschrift over de DSM-5 bevatte een niet mis te verstane boodschap: eindelijk eens een positief geluid over de DSM. Beekman en Schoevers (2014) leggen in hun artikel het politieke belang van dit positieve geluid uit: als de validiteit van de classificatie in twijfel getrokken wordt, dreigt de (maatschappelijke) validiteit van de hele onderneming van de psychiatrie te sneuvelen. In het themanummer werd betrekkelijk weinig plaats ingeruimd voor een meer genuanceerde kritiek op, of conceptuele analyse van, psychiatrische classificatie.

De DSM is controversieel: als een *lingua franca* bakent het de begrippen af waarmee binnen de psychiatrie over vrijwel alle wetenschappelijke, ethische en politieke zaken gesproken wordt. Voor een opsomming van de kritiek op de DSM verwijzen we naar besprekingen elders (Frances 2013; Greenberg 2013; Insel 2013). Tegelijk valt ook uit het themanummer af te leiden dat de 'verdediging' van de DSM een filosofisch sjabloon volgt dat niet zonder problemen is. De daarin vervatte aannames kennen een lange geschie-

denis en zijn sterk verweven met onze professionele identiteit. Toch zullen wij hier betogen dat ze nu de beoogde wetenschappelijke en maatschappelijke legitimatie juist *ondergraven*. We zullen een alternatieve grondslag presenteren en deze verdedigen.

Het artikel van Beekman en Schoevers (2014) bevat een aantal impliciete aannames, die overeenkomen met een traditioneel door medici gehanteerde visie op geestesstoornis en classificatie. Het model van somatische classificatie wordt ten voorbeeld gesteld: beginnen met het beschrijven en classificeren van symptomen en verschijnselen, en vervolgens, via beter begrip van de etiologie, de pathogenese en het beloop toewerken naar verfijning en aanpassing van de ziekteconcepten. Dit is het medisch-pathofysiologisch model dat al ten tijde van William Cullen als grondslag diende voor zijn *Synopsis Nosologiae Methodicae* (1769). Ook toen was de hoop gevestigd op fundamenteel (pathologisch-anatomisch) onderzoek. De circa 250 jaar die sindsdien passeerden, roepen de vraag op: zijn we

dichter bij de waarheid? De aansluitende vraag is: is er wel één waarheid?

Beekman en Schoevers (2014) citeren als een van de oplossingen om ziekte en gezondheid te scheiden Kapur e.a. (2012), die stellen dat de *'enige echte validering van het ziektebegrip een onderliggende etiologie en pathofysiologie is'*. Beekman en Schoevers menen dat voorstellen in de richting van stagiëring en profilering dit dichterbij brengen. Dit idee van één benadering van de werkelijkheid strookt met uitspraken van Jeffrey Lieberman (2013), voorzitter van de APA: 'The process of trying to refine the diagnosis is to make them *ever more accurate and more representative of the true conditions* which are being caused by disturbances of the brain or the effects of the environment on mental function. If you look at the history of medical science, and the evolution of the ICD, it has, (it's currently in its tenth edition), increased in its number of diagnoses by 8% per new edition. This is the nature of science.....it's the nature of progress.'

Wij hebben cursieven aangebracht in zinsneden die duiden op een onderliggende visie op de verhouding tussen classificatie en de realiteit, in filosofische termen: de epistemologie (filosofie van het weten; hoe we tot valide kennis kunnen komen). Wat Lieberman en de besproken auteurs delen, is (wetenschappelijk) realisme, dat eigenlijk uit twee aannames bestaat: ten eerste ontologisch realisme (ontologie: de leer van het zijnde, het wezen der dingen). Dit houdt in dat men aanneemt dat er een wereld onafhankelijk van de mens bestaat. De tweede aanname betreft epistemologisch realisme: een observatie is waar als deze correspondeert met die werkelijkheid. Wetenschap is dan de activiteit die op methodische wijze steeds dichterbij de waarheid moet benaderen. Het idee dat de wetenschap daar steeds beter in slaagt, noemt men *progressief* realisme. Spreken in termen van één etiologie of pathofysiologie impliceert dat die in termen van één wetenschapstaal beschreven kan worden.

Echter, gezien onze vertrouwdheid met het pluriforme karakter van psychiatrische verklaringen rijst de vraag of deze attitude jegens classificatie niet een valide oorzakelijke reductie veronderstelt. Reductie *an sich* is geen ramp: elke classificatie moet wel reduceren. De vraag is echter of de reductie valide is, en ook, of met een enkelvoudige reductie niet verklarende kracht verloren gaat. De ontwikkeling van de DSM-5 is ooit door Kupfer e.a. (2002) in progressief-realistische termen gesteld: de hoop was dat deze de 'neurobiologische realiteit' zou gaan weergeven. Alom erkent men dat dit nu niet het geval is, maar bij de meningen over de toekomst kunnen we onderscheid maken tussen degenen die menen dat dit nog niet mogelijk is en zij die menen dat dit principieel onmogelijk is.

Wij willen een derde weg voorstellen. Eerst zullen we

## AUTEURS

**ALAN RALSTON**, psychiater en filosoof, GGZ Dijk en Duin, Castricum.

**JAN SWINKELS**, psychiater en hoogleraar Richtlijnontwikkeling in de Gezondheidszorg, de Universiteit van Amsterdam/Academisch Medisch Centrum, Amsterdam.

## CORRESPONDENTIEADRES

Alan Ralston, Oude Parklaan 92, 1901 ZZ Castricum.  
E-mail: alansgralston@gmail.com

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 20-1-2015.

beargumenteren waarom het enkelvoudig-realistische convergentiemodel filosofisch en wetenschappelijk niet voldoet. Vervolgens beschrijven we een grondslag die valide vormen van wetenschappelijk pluralisme oplevert.

## DSM als spiegel van de werkelijkheid?

### HISTORISCH ONJUIST

Voldoet de ontwikkeling van de DSM aan de criteria van een progressief-realistisch project? Dit lijkt niet het geval, gelet op beschikbare historische overzichten (vergelijk Ralston 2013). Het aandeel van maatschappelijke belangen en interesses in cruciale omslagpunten bij de DSM en diens voorloper, de *Statistical Manuals for the Management of Disorders of the Insane* (Grob 1991), was aanzienlijk. Een greep uit de voorbeelden. Bij de totstandkoming van de DSM-III speelden economische overwegingen een belangrijke rol: de zorgen bij de Amerikaanse overheid en zorgverzekeraars over uitdijende kosten leverden de wens op om te komen tot een 'etiologisch neutrale' empirische classificatie met heldere afgrenzingen tussen stoornissen onderling en tussen stoornis en gezondheid. Een descriptief-categoriaal model geënt op de klassieke syndromale indeling paste hierbij, en leverde daarnaast de toen belevde psychiatrische professie haar traditionele legitimatie binnen het medisch domein op (Greenberg 2013; Wilson 1993). De kritiek dat psychiatrische stoornissen 'mythen' zouden zijn, werd daarmee (tijdelijk) gepareerd, terwijl de overheid een betrouwbaar instrument in handen kreeg om het domein af te bakenen.

Tweede voorbeeld: het ontwerpen van de eerste *Statistical Manual* werd niet ingegeven door de professie zelf, maar door de Amerikaanse overheid: deze had behoefte aan een instrument voor publieke preventie en vroeg daarom de AMPA (de voorloper van de APA) om een classificatie. In haar

eerste reactie gaf de AMPA aan dat de stand van de wetenschap nog niet een onbetwistbare classificatie toestond, maar om sociaal-politieke redenen ging men alsnog overstag: niet leveren zou het beeld van de professie geen goed doen (Grob 1991).

Laatste voorbeeld: Allen Frances, commentaar leverend op zijn werk als voorzitter van de Task Force voor de DSM-IV, gaf aan dat het zijn prioriteit was om de expansie van het psychiatrische domein te beperken. Hij was (en is hij nog steeds) vooral beducht voor het optreden van valse epidemieën door twijfelachtige diagnostische constructen die zich (te) makkelijk lenen voor overdiagnostiek. Hij vertaalde deze missie in hoge *evidencedrempels* voor toegang tot de DSM-IV voor nieuwe diagnoses, maar zag zijn opzet toch mislukken waar het de bipolaire stoornis op kindereleeftijd betreft (Frances 2013). Kortom: het is niet zo dat de natuur ons onmiskenbaar de waarheid getoond heeft over psychiatrische aandoeningen en de DSM daar de resultante van is. Dit pleit tegen wetenschappelijk realisme.

Men zou kunnen aanvoeren dat het wezen van wetenschappelijke vooruitgang nu juist de geleidelijke afname van de speelruimte voor menselijke belangen in de taxonomie is. Echter, in 2002 stelden Kupfer e.a. nog dat er een paradigmaverschuiving nodig zou zijn (in de richting van neurobiologische etiologische fundering) om tot progressie wat betreft validering te komen. Deze hoop werd niet ingelost met de DSM-5 (Kupfer e.a. 2002, p. xix). Zoals bekend kondigde Thomas Insel, directeur van de NIMH, zijn alternatief taxonomisch project aan kort voor het verschijnen van de DSM-5. Een dergelijke ontwikkeling ondergraaft het beeld van de DSM als een product van wetenschappelijke convergentie en daarmee dat van *progressief* realisme. De DSM is eerder een product van (ook wetenschappelijke) consensus dan van convergentie (Nieweg 2005).

De volgende hamvraag is dan: moet niet alles op alles gezet worden om dit alsnog te bewerkstelligen? Kendler gaf recent een historisch overzicht van de ontwikkeling van psychiatrische taxonomie (2009). De 19de eeuw kende een proliferatie van verschillende classificaties, waarbij wetenschappers, bij gebrek aan een consensus over fundamentele etiologie, verschillende descriptieve kenmerken voorrang gaven als organiserende principes voor hun taxonomie. 'Pet validators' (lievelingsvalidatoren, vrij vertaald) noemt Kendler deze kenmerken. Ook in het huidige debat zijn deze te herkennen: voor de DSM-III en verder betreft het gedragskenmerken en psychologische fenomenen, voor Insel neurobiologische kenmerken, anderen zien toekomst in endofenotypes, *small-world networks* (Goekoop 2012), symptomenclusters (Wardenaar & de Jonge 2013) of een functioneel-pragmatisch model (van Os 2014). De keuze voor een validator is dus mede afhankelijk van menselijke interesse.

Realisme impliceert dat slechts één van deze perspectieven de juiste is. Kendler (2012) onderzocht de waarschijnlijkheid van convergentie in een analyse van psychiatrische stoornissen en somatische. Aan de hand van zeven criteria voor een 'goede verklaring' (volgens een variant van het medisch model) vergeleek Kendler alcoholverslaving en cystische fibrose, met als doel te onderzoeken in welke mate deze criteria wijzen in de richting van één verklarend niveau. Het zal niet verbazen dat deze analyse bij alcoholverslaving, met zowel biologische, sociale als culturele risicofactoren en verklaringen, geen bevoorrecht verklareingsniveau oplevert, en bij cystische fibrose wel.

Een korte vergelijking met depressieve stoornissen levert hetzelfde resultaat op: '*Nature does not appear to have provided us one critical level of explanation for psychiatric illness that stands out from the background.*' Kendler, maar ook anderen (bijv. Bolton, Cooper in Kendler & Parnas 2012) achten de kans klein dat voor heterogene aandoeningen zoals psychiatrische stoornissen nu nog enkelvoudige verklareingsniveaus tevoorschijn zullen komen: de wetenschap wijst eerder in de richting van grotere causale heterogeniteit (multicausaal en specifiek) dan kleinere. Kortom: ook de wetenschappelijke ontwikkelingen wijzen op pluralisme. Enkelvoudigheid van taxonomie is in dit licht niet een gevolg, maar een keuze.

#### FILOSOFISCH ONHOUDBAAR

Wetenschappelijke realisten stellen dat wetenschappelijke theorieën de werkelijkheid van *theorieonafhankelijke* fenomenen beschrijven en dat de wetenschap tot doel heeft om ons, in die theorieën, een *letterlijk* waar verhaal te vertellen over hoe de wereld is. Die ware kennis heeft ook betrekking op *niet-waarneembare entiteiten* zoals atomen en genen. Het concept 'psychiatrische stoornis' is zo'n niet-waarneembare entiteit. Dit verklaart de sterke relatie bij de realist tussen wetenschap en maatschappelijke legitimatie: een valide wetenschappelijke theorie levert concepten op die door de realist voor een onafhankelijke waarheid worden gehouden. Men kan vervolgens zeggen: dit object (of concept) is geen verzinsel van ons mensen, maar een onafhankelijk gegeven (van de natuur). Dit maakt het concept onomstreden.

Antirealisten ontkennen één of meer van deze claims. Twee bekende vormen van antirealisme zijn het instrumentalisme (een theorie ontsluit geen diepere waarheid over de natuur, maar is vooral een gereedschap om voorspellingen te kunnen doen) en logisch positivisme (die het bestaan van niet-waarneembare entiteiten ontken: een theorie is niet meer dan een logische/mathematische ordening van observaties).

Zoals vaker bij filosofische problemen, heeft het realisme-antirealismedebat niet tot een duidelijke winnaar

geleid, wel tot verheldering. Tegen het realisme wordt ingebracht dat theorieonafhankelijke waarneming onmogelijk is (Popper), dat de hoeveelheid empirische data in de wereld meerdere theoretische verklaringen toestaat die even goed die data kunnen verklaren (Quine-Duhem), en dat wetenschappelijke theorieën slechts in de context van een ‘web van kennis’ (Quine) of een paradigma (Kuhn) getoetst kunnen worden, terwijl verschillende paradigma’s onderling niet verenigbaar (‘incommensurabel’) zijn: de taal en terminologie ervan verschillen dusdanig dat er geen gemeenschappelijke grond gevonden kan worden zodat hun merites met elkaar vergeleken kunnen worden. Tegen het antirealisme is het ‘mirakelargument’ (Putnam) in stelling gebracht: als wetenschappelijke theorieën geen waarheid herbergen, hoe kunnen we dan onze wetenschappelijke progressie verklaren? Daarnaast wordt antirealisme ‘alles kan’-relativisme verweten (Leezenberg & de Vries 2001).

Deze dialectiek heeft geleid tot een aantal middenposities, zoals het nonrealisme van Fine (1984). Deze meent dat realisten een beeld van de werkelijkheid presenteren en daarbij hard op de tafel slaan terwijl ze roepen: ‘En dít is waar!’ Antirealisten ontkennen dit en zeggen: ‘Nee, wat wij met elkaar hebben afgesproken is waar!’ Volgens Fine voegen beide partijen iets toe aan het beeld van de werkelijkheid, dat niet nodig is. In plaats daarvan pleit hij voor de ‘*homely line*’ (de huiselijke lijn): dat we een wetenschappelijke theorie voor even waar (niet meer, niet minder) moeten houden als onze dagelijkse ervaringen. Deze stellingname van Fine heeft iets weg van een (wittgensteiniaanse) keuze om afstand te doen van het zoeken naar een dieper fundament (in dit geval gelegen in de ‘Waarheid in de Natuur’ versus de ‘Waarheid van het Menselijk Akkoord’) en legitimering.

Ook op het gebied van de psychiatrische taxonomie is dit wetenschapsfilosofische debat naar het midden opgeschoven (Kendler & Parnas 2008, 2012; Philips e.a. 2012a-d, Paris & Philips 2013): breed wordt erkend dat menselijke belangen, interesses en waarden een integraal onderdeel zijn van wetenschappelijke theorieën en concepten. Daarbij is er wetenschappelijk en filosofisch ruimte voor meerdere perspectieven op de werkelijkheid. Dupré (1993) spreekt in dit verband over ‘*promiscu realisme*’, terwijl Cartwright (1999) aantoont dat ook in harde wetenschappen zoals fysica wetten zelden werkelijk universeel geldig zijn: ze hebben altijd betrekking op bepaalde sets fenomenen en er zijn altijd bepalingen van de omstandigheden nodig (‘*ceteris paribus*’-voorwaarden) om hun geldigheid af te bakenen. Vanuit de wetenschapsfilosofie is er dus niet een noodzaak te werken met één enkel beeld van de werkelijkheid en één epistemisch perspectief.

## Echt of niet is de verkeerde vraag

Het lijkt nogal boud om te stellen dat een progressief-realistisch beeld van psychiatrische classificatie de psychiatrie ondergraaft. Het ligt voor de hand te denken dat een classificatie waarheid zou moeten bevatten. Het gaat hier echter om de wijze waarop het begrip ‘waarheid’ wordt ingevuld: als ‘Waarheid met een grote W’, enkelvoudig en objectief kenbaar voor de mens. Aanval op en verdediging van de DSM maken beide gebruik van dit wetenschapsbeeld: ADHD ‘bestaat’ of ‘bestaat niet’ en de feiten moeten dit uitwijzen. Echter, de kale feiten kunnen dit helemaal niet.

Toch is die reïficerende tendens nog steeds sterk aanwezig. Een anekdotisch voorbeeld ter illustratie: bij een recente discussie met kopstukken uit de DSM-5-taakgroep stelde de eerste auteur de vraag welke waardeoverwegingen een rol hadden gespeeld bij het besluiten tot inclusie van *hoarding disorder* in de DSM (nadat een spreker deze ironisch als een ‘cultuurgebonden Amerikaanse stoornis’ omschreven had). Opmerkelijk was het antwoord van Regier (vicevoorzitter van de DSM-5-taakgroep): hij was onder de indruk van de *evidence* ervoor. Prof. Goldberg (lid van de DSM-werkgroep voor stemmingsstoornissen) voegde hieraan toe dat hij de televisieseries gezien had waarin de huiselijke chaos getoond werd waarin vermeende lijdens hieraan vertoefden en concludeerde: ‘Natúúrlijk bestaat het!’

Hier wordt eerst de *naturalistic fallacy* begaan: een waardeoordeel (hoort een set fenomenen tot de algemene taalcategorie ‘psychiatrische stoornissen?’) wordt gelegitimeerd met een beroep op feiten. Ten tweede wordt deze categorisering in verband gebracht met een ontologische status: het bestaan zelf. Dat laatste is reïfcatie. Dergelijke denkfouten vormen een plaag voor maatschappelijke discussies hieromtrent.

Telkens als de psychiatrie de maatschappij voorhoudt dat haar wetenschap nu dan toch dé werkelijkheid van psychiatrische aandoeningen zal tonen en daarmee haar legitimatie ten enenmale zal bewijzen, stelt zij zichzelf normen die wetenschappelijk irreëel zijn en filosofisch achterhaald. Ze organiseert daarmee haar eigen falen. Omdat de maatschappelijke legitimatie van de psychiatrie historisch sterk samenhangt met de validiteit van de classificatie, komt die ook nog eens in gevaar. Dit gevaar is te vermijden wanneer de normen in filosofische zin worden bijgesteld.

Wij concluderen uit het voorgaande:

- De geschiedenis van psychiatrische nosologie levert niet het beeld op van progressieve wetenschap, maar dit beeld van progressie is achterhaald: wetenschappelijke ontwikkeling is altijd relatief aan lokale en historische context en de verschuiving van paradigma’s.
- De concepten binnen de DSM-nosologie zijn tot stand

gekomen via deliberatie, maar voor elke wetenschap geldt dat normen deels via conventionele afspraken gemaakt moeten worden.

- Pragmatische keuzes en belangen spelen een rol in het DSM-proces, maar dit is een kenmerk van elke nosologie.
- Psychiatrische stoornissen bezitten geen erkende enkelvoudige pathofysiologie, maar het bezit daarvan is noch de enige manier waarop een nosologie gevalideerd kan worden, noch de ultieme; immers, ook vormen van validatie zijn mede afhankelijk van menselijke interesse.
- Er is geen uitzicht op één bevoorrecht verklaringsniveau, causale theorie, of enkelvoudige definitie van psychiatrische aandoeningen die het terrein onomstreden afbakt, maar de conceptualisatie van ziekte omvat onvermijdelijk waarde-elementen (Meynen & Ralston 2011) en het domein van geneeskunde wordt fundamenteel *maatschappelijk* bepaald, niet materieel.

### Epistemisch pluralisme en classificatie

Is het afwijzen van wetenschappelijk monisme een novum? Integendeel. Naar ons idee staat de geneeskunde, in de voetsporen van Hippocrates, in een klassieke traditie van pluralisme en waar mogelijk integratie van sociale, psychologische en anatomisch-fysiologische perspectieven. Het standpunt van de NVvP betreffende de DSM-5 is dat geen classificatie mag plaatsvinden als niet eerst een individueel/persoonlijk psychiatrisch onderzoek is uitgevoerd. De classificatie staat ten dienste van de praktijk. In de huidige vorm is er sprake van een pseudoneutrale, descriptieve benadering. Pseudoneutraal, omdat herhaald is aangegeven dat de classificatie 'theoretisch en etiologisch neutraal' zou moeten zijn, dat wil zeggen, puur empirische beschrijvend van 'wat er is' zonder aannames over oorzaakelijkheid bij de rubricering.

Velen menen dat deze benadering op voorspraak van Hempel gekozen is, die als positivist de psychiatrie van de jaren zestig nog als verkerende in de beschrijvende fase zag en aldus een descriptieve, theorievrije taxonomie propageerde. Fulford en Sartorius (2009) tonen echter aan dat dit beeld onjuist is: Hempel spoorde de psychiatrie aan om verder te gaan met de ontwikkeling van een *etiologische* classificatie gebaseerd op de toen dominante psychoanalytische theorie. Het was de psychiater-onderzoeker Aubrey Lewis die een beslissende invloed had in het opnemen van operationele termen in plaats van theoretische. Inmiddels moge duidelijk zijn dat een theoretisch neutrale classificatie onmogelijk is: de DSM kent grondslagen die sommige verklarende theorieën bevoordelen boven andere.

Geschiedenis kent wel vaker een ironisch beloop: toen de psychiatrie nog klein en lokaal was, in de 19de eeuw, was

er een proliferatie aan classificaties, met elk een eigen visie op de psychiatrische werkelijkheid. Nu de psychiatrie geglobaliseerd is en in alle lagen van de maatschappij doorgedrongen, wordt ze georganiseerd rond één taxonomie. Dit suggereert een universalisme dat ernstig botst met een pluralistisch perspectief.

Naar ons idee zou er tussen een theoretisch armoedig monisme en chaotisch eclecticisme een gulden middenweg te vinden moeten zijn: een pluralistische visie op classificatie (Pincus 2012). Dit houdt in: ruimte voor meerdere classificaties, en die niet alleen toestaan, maar ook helder zijn over de theoretische grondslagen van de classificaties. Een dergelijke classificatie kan gezien worden als een onderdeel van een 'research program': een samenhangend geheel van epistemische en ontologische keuzes en aannames, wetenschappelijke methodologie en daaraan gekoppelde validatoren. Deze validatoren zullen verschillen tussen classificaties, zoals ze ook doen tussen de DSM-5 en de beoogde taxonomie van Insel.

Dit idee klinkt revolutionairder dan het is: de dimensionalisering van de DSM-5 legt al een andere nadruk wat betreft validatie dan eerdere DSM-versies, net als de voorstellen voor stagiëring, profilering, netwerkbenaderingen en persoonlijke diagnostiek. Niets staat, in principe, een nieuwe fenomenologische benadering voor classificatie in de weg, of een taxonomie gebaseerd op de producten van *user-led research*. Taxonomieën gebaseerd op eerdergenoemde alternatieve validatoren zijn denkbaar of een classificatie die zelf een amalgaam is van een pluraliteit van perspectieven, zoals een uitgewerkte taxonomie op basis van de klassieke ideeën van McHugh en Slavney (1998). In dit model poogt men niet hier één amalgaam van te maken. In plaats daarvan construeert men, indachtig de instrumentele en pragmatische gedachte, een systeem van (sub)classificaties.

### PIJLERS VAN SYSTEEM VAN SUBCLASSIFICATIES

Nu is natuurlijk de vraag hoe voorkomen kan worden dat dit tot chaos leidt. Daarvoor zien wij drie pijlers: 1. een samenhangende wetenschappelijke structuur, 2. pragmatische helderheid, en 3. een democratische grondslag.

1. Zoals we in het voorgaande al hebben beoogd, zien we niet één '*Theory of Everything*' als een waarschijnlijke ontwikkeling voor de psychiatrie. Verschillende theorieën binnen verschillende onderzoekstradities en -programma's, ieder met hun eigen technologie, zullen blijven bestaan. Dit zou kunnen leiden tot centrifugale krachten die ertoe leiden dat onderzoekers dermate andere talen spreken dat ze elkaar niet begrijpen en als clinici die talen overnemen, verstaan ze elkaar niet en riskeren we wetenschappelijke regressie.

Daarom stelt Pincus ook voor de classificaties, in elk geval bij aanvang, te binden aan de DSM door onderzoekspopulaties ook in DSM-termen te omschrijven. (Sub)classificaties rangschikken naar verwante onderzoeksprogramma's vergroot de kans op de ontwikkeling van 'bridge laws' (Bechtel 1988) en gezamenlijke talen.

2. Een andere integrerende kracht komt vanuit het pragmatisch karakter van de geneeskunde en houdt rekening met de schaalgrootte van de psychiatrie. Net als in andere wetenschappen is het goed mogelijk om op deelgebieden, of het nu gaat om een set objecten met een eigen karakter of om een gebied gedefinieerd met een bepaald *doel*, verschillende grondslagen voor taxonomie toe te passen.

Dit weerspiegelt ook een eenvoudige dagelijkse werkelijkheid: we delen de wereld voortdurend in met bepaalde doelen in het oog. Staan we voor een stoplicht, dan gebruiken we het rood-oranje-groenschema om ons handelen te sturen. Zien we het oranje licht echter knipperen en een man in een geel hesje staan, dan schakelen we zonder na te hoeven denken over op het interpreteren van handsignalen, die ook een beperkte set kennen. De dag is vergeven van dergelijke mini-taxonomieën, waarbij het cruciale punt is dat we gegeven een heldere context en een helder doel geen moeite hebben te schakelen tussen de ene taxonomie en de andere.

Eenduidige pragmatische doelen kunnen functioneren als samenbindende structuren. De geneeskundige praktijk kent nu reeds een grote hoeveelheid classificaties die gerelateerd zijn aan specifieke doelen. Denk bijvoorbeeld aan classificatie van risicogroepen bij oncologische en infectieuze aandoeningen, classificatie van functionele beperkingen ten gevolge van ziekte (WHO-FIC 2002) of functionele classificaties van specifieke aandoeningen (Dolgin 1994). Kennelijk zijn wij in staat hiertussen te navigeren zonder in chaos te vervallen omdat de koppeling tussen de classificatie en het gestelde doel helder is. Ook

hier geldt: dit is pas een probleem vanuit het klassiek-realistisch perspectief.

3. De derde hoeksteen van een systeem van pragmatische pluralistische classificaties is *democratie*. Erkennen van de aanwezigheid van pragmatisme en dus van waardegebondenheid bij de constructie van taxonomieën noodzaakt tot een ethische metastructuur, wat we kunnen vertalen in een goed democratisch proces. Er is progressie geboekt, maar zou de democratische structuur van een geglobaliseerde taxonomie met zoveel inherente waarde-elementen niet beter kunnen? Sadler meent van wel (2005). Hij ziet een verdere verbreding van het beheer van het taxonomisch project in de psychiatrie als wenselijk, met een sterke, centrale rol voor betrokken partijen.

Praktisch gezien zou dit kunnen betekenen dat patiëntengroepen niet pas bij taxonomie worden betrokken als de DSM-werkgroepen zijn geformeerd, maar reeds bij aanvang integraal onderdeel uitmaken van het proces. Versterken van de democratische structuur kan ook door te zorgen voor een transparant normatief referentiekader (Porter 2013) en door de regie van de centrale classificatie te verplaatsen van de APA naar de WHO (of de World Psychiatric Association).

### Besluit

Het door ons beschreven taxonomisch raamwerk geeft enerzijds ruimte voor valide wetenschappelijke methodologie, terwijl het tegelijk recht doet aan het waardegebonden en instrumentele karakter van wetenschap en nosologie. De aspiratie om tot de 'Waarheid van de wereld' te komen, moeten we daarbij vervangen door de aspiratie recht te doen aan de vele perspectieven die er mogelijk zijn op menselijk psychisch lijden en aan de diversiteit aan waarden die daarbij in het geding zijn, zonder dat deze diversiteit ooit een finaal punt kent. Laat de samenleving ons daar maar op afrekenen.

### LITERATUUR

- Bechtel W. Philosophy of science: an overview for cognitive science. Hillsdale: Erlbaum, 1988.
- Beekman ATF, Schoevers RA. Wat betekent de DSM-5 voor de positie van psychiatrische patiënten? Tijdschr Psychiatr 2014; 56; 3: 217-21.
- Cartwright N. The dappled world: a study of the boundaries of science. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.
- Cullen W. Synopsis Nosologiae Methodicae. Edinburgh, 1769.
- Decker H. The making of DSM-III: a Diagnostic Manual's conquest of American psychiatry. New York: Oxford University Press; 2013.
- Dolgin M. The Criteria Committee for the New York Heart Association. Nomenclature and criteria for diagnosis of diseases of the heart and great vessels (9de ed.). Little Brown; 1994. p. 253-5.
- Dupré J. The Disorder of Things. Cambridge: Harvard University Press, 1993.
- Fine A. The natural ontological attitude. In: Jarrett L, red. Scientific realism. Berkeley: University of California Press; 1984. pp. 149-77.
- Frances A. Saving normal. An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life. New York: HarperCollins; 2013.

- Fulford KWM, Sartorius N. The secret history of ICD and the hidden future of DSM. In Broome M, Bortolotti L, red. Psychiatry as cognitive neuroscience: philosophical perspectives. New York: Oxford University Press, 2009.
- Goekoop R, Looijestijn J. A Network Model of Hallucinations. In: Blom JD, Sommer IES, editors. Hallucinations: Research and Practice. New York: Springer, 2012.
- Greenberg G. The Book of Woe: The DSM and the Unmaking of Psychiatry. Penguin Group US, 2013.
- Grob G. The forging of mental health policy in America: World War II to new frontier. *J Hist Med Allied Sci.* 1987 Oct;42(4):410-46.
- Grob G. Origins of DSM-I: A Study in Appearance and Reality. *Am J Psychiatry.* 1991 Apr;148(4):421-31.
- Insel T. Transforming diagnosis. National Institute of Mental Health Director's Blog. 2013; April 29, <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>
- Kapur S, Phillips AG, Insel TR. Why has it taken so long for biological psychiatry to develop clinical tests and what to do about it? *Mol Psychiatry* 2012; 17: 1174-9.
- Kendler K. An historical framework for psychiatric nosology. *Psychol Med* 2009; 39: 1935-41.
- Kendler K. Levels of explanation in psychiatric and substance use disorders: implications for the development of an etiologically based nosology. *Mol Psychiatry* 2012; 17: 11-21.
- Kendler K, Parnas J, red. Philosophical issues in psychiatry. Explanation, phenomenology, and nosology. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2008.
- Kendler K, Parnas J, red. Philosophical issues in psychiatry II: Nosology. Oxford: Oxford University Press, 2012.
- Kupfer DJ, First MB, Regier DA. A Research Agenda for DSM-V. Washington: American Psychiatric Association, 2002.
- Leezenberg M, de Vries G. Wetenschapsfilosofie voor Geesteswetenschappen. Amsterdam: Amsterdam University Press, 2001.
- Lieberman J. In Defense of DSM 5. The Takeaway 2013; May 23, <http://www.thetakeaway.org/2013/may/23/defense-dsm-5/>
- Mayes R, Horwitz AV. DSM-III and the revolution in classification of mental illness. *J Hist Behav Sci* 2005; 41: 249-67.
- Mchugh PR, Slavney PR. The perspectives of psychiatry. London: Johns Hopkins University Press, 1998.
- Meynen G, Ralston A. Zeven visies op een psychiatrische stoornis. *Tijdschr Psychiatr* 2011; 53: 895-903.
- Nieweg EH. Wat wij van Jip en Janneke kunnen leren. Over reïficatie (verdinglijking) in de psychiatrie. *Tijdschr Psychiatr* 2005; 47; 10: 687-96.
- van Os J. De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ. Leusden: Diagnosis, 2014.
- Philips J, Frances A, Cerullo MA, Chardavoyne J, Decker HS, First MB, e.a. The six most essential questions in psychiatric diagnosis: a pluralogue part 1: conceptual and definitional issues in psychiatric diagnosis. *Philos Ethics Humanit Med* 2012; 7: 3.
- Philips J, Frances A, Cerullo MA, Chardavoyne J, Decker HS, First MB, e.a. The six most essential questions in psychiatric diagnosis: A pluralogue part 2: Issues of conservatism and pragmatism in psychiatric diagnosis. *Philos Ethics Humanit Med* 2012; 7: 8.
- Philips J, Frances A, Cerullo MA, Chardavoyne J, Decker HS, First MB, e.a. The six most essential questions in psychiatric diagnosis: a pluralogue part 3: issues of utility and alternative approaches in psychiatric diagnosis. *Philos Ethics Humanit Med* 2012; 7: 9.
- Philips J, Frances A, Cerullo MA, Chardavoyne J, Decker HS, First MB, e.a. The six most essential questions in psychiatric diagnosis: a pluralogue. Part 4: general conclusion. *Philos Ethics Humanit Med* 2012; 7: 14.
- Pincus HA. DSM-IV: context, concepts and controversies. In: Kendler K, Parnas J, red. Philosophical Issues in Psychiatry II: Nosology. Oxford: Oxford University Press, 2012.
- Porter D. Establishing normative validity for scientific psychiatric nosology: the significance of integrating patient perspectives. In: Paris J, Philips J, red. Making the DSM-5. Concepts and controversies. New York: Springer, 2013.
- Ralston A. Gegarandeerd omstreden: psychiatrische classificatie in historisch en filosofisch perspectief. *Filosofie en Praktijk* 2013; 34: 58-75.
- Sadler JZ, Fulford KWM. Should patients and families contribute to the DSM-V process? *Psychiatr Serv* 2004; 55: 133-8.
- Sadler JZ. Values and psychiatric diagnosis. Oxford: Oxford University Press, 2005.
- Wardenaar KJ, de Jonge P. Diagnostic heterogeneity in psychiatry: towards an empirical solution. *BMC Med* 2013; 11: 201.
- WHO-FIC Collaborating Centre, World Health Organization. ICF. Internationale classificatie van het menselijk functioneren. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2002.
- Wilson M. DSM-III and the Transformation of American Psychiatry: A History. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 399-410.

## SUMMARY

# A balanced perspective on psychiatric classification

A.S.G. RALSTON, J.A. SWINKELS

**BACKGROUND** Professional journals in the Dutch language have played hardly any part in the recent controversies relating to DSM-5. So far, there has been no philosophical analysis of these discussions.

**AIM** To discuss the current philosophical and psychiatric literature pertaining to the current debate on psychiatric classification. Our main focus will be on a scientific and realistic approach to classification.

**METHOD** We discuss the literature from historical, scientific and philosophical perspectives.

**RESULTS** Ever since the publication of DSM-III, discussions about DSM classification and an analogous debate in philosophy have mirrored the epistemological debate between scientific realism and antirealism. Psychiatry has defended its position mainly via realism. This position, however, is strongly contested, but there are philosophical alternatives available which offer an escape from the increasingly jammed debate.

**CONCLUSION** A different philosophical basis for psychiatric classification leaves room for pluralism, increased normative validity and a more sustainable professional legitimacy.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)8, 588-595

**KEY WORDS** DSM-5, classification, history, philosophy