

Filosofische bijsluiter bij DSM-classificatie?¹

J. KRAAIJENBRINK, T. KUIPERS, B. VAN DER LAAN, S. KREMER

- ACHTERGROND** De introductie van de DSM-5 heeft het debat omtrent classificatie van psychische stoornissen doen herleven. Men kan een verkeerd beeld hebben van wat DSM-classificatie inhoudt.
- DOEL** Een 'conceptuele omslag' realiseren waardoor het krijgen van een classificatie niet wordt gezien als het ontvangen van een probleem of ziekte, maar als hulpmiddel.
- METHODE** Gedachte-experiment.
- RESULTATEN** Het gedachte-experiment heeft geresulteerd in een filosofische bijsluiter met bijbehorend 'medicijndoosje'. Gedachte-experiment, bijsluiter en medicijndoosje zijn gepresenteerd aan studenten en (arts-)onderzoekers werkzaam bij het UCP Groningen en behandelaars werkzaam bij FPC Dr. S. van Mesdag Kliniek.
- CONCLUSIE** De conceptuele omslag is mogelijk als resultaat van het gedachte-experiment, ondersteund door de filosofische bijsluiter inclusief 'medicijndoosje'.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)2, 145-149

TREFWOORDEN bijsluiter, classificatie, DSM, filosofische bijsluiter



De classificatie van psychische stoornissen is niet exact of eenvoudig. Het is wenselijk om zowel op individueel als algemeen niveau duidelijk onderscheid te kunnen maken tussen gestoord en normaal gedrag. Dit onderscheid wordt bepaald met de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), die werkt als een sociaal algoritme. Dat wil zeggen, het is een systeem (of zou dat moeten zijn) waar gegevens over personen of patiënten worden ingestopt, waarna er een classificatie 'uitrolt'.

Elke stoornis is zo uniek als de persoon die eronder lijdt. Zo kunnen twee personen met dezelfde classificatie deze op basis van geheel verschillende criteria hebben ontvangen. Ieder mens reageert anders op gebeurtenissen en de grens tussen gezond en ongezond is lang niet altijd duidelijk. Categorisering zou tekort kunnen doen aan deze uniciteit. Veranderingen in opvattingen over wat gezondheid is, kunnen bovendien van grote invloed zijn (Evenblij 2012).

Wij hebben met een kritische blik gekeken naar de categorisatie in de DSM en onderzocht hoe termen uit de DSM een

'eigen leven kunnen leiden' buiten de psychiatrische praktijk. Dit onderzoek hebben wij filosofisch onderbouwd en dat heeft geleid tot een gedachte-experiment, dat we uiteenzetten in dit artikel. Als onderdeel hiervan hebben we een product ontwikkeld dat op filosofische wijze probeert te interveniëren in de psychiatrische praktijk: de filosofische bijsluiter (FIGUUR 1). De bijsluiter kan dienen als 'poort' om de wereld van het gedachte-experiment te betreden.

Het probleem van coördinatie

Een filosofisch probleem gerelateerd aan de problematiek van het opstellen van een classificatie van psychische stoornissen is het probleem van coördinatie. Dit is het probleem dat we tegenkomen als we ons afvragen: hoe relateren we theoretische noties aan de 'echte' wereld? Hans Reichenbach probeerde het antwoord hierop te geven met coördinatieve definities; we weten alleen waar we het over hebben als we iets aanduiden als 'een meter lang' omdat we de theoretische notie 'meter' per conventie

gekoppeld hebben aan de standaardmeter die zich in Parijs bevindt. Met andere woorden, we hebben het theoretische begrip ‘meter’ coördinatief gedefinieerd (Van Fraassen 2008, p. 118). Op deze manier moeten we nu dingen in de wereld kunnen meten. Niet iedereen is echter tevreden met deze oplossing, en dit probleem staat nog steeds ter discussie.

Bas van Fraassen stelt dat coördinatieve definities alleen gegeven kunnen worden in een historische context waar voorgaande coördinaties al aanwezig zijn (Van Fraassen 2008). Hoe kunnen we dan toch de structuur van de wereld vaststellen? Van Fraassens eigen oplossing is niet eenvoudig, maar komt neer op een gebruikergerelateerde opvatting van wat representatie eigenlijk is. Dat wil zeggen: theorie zegt ons feitelijk niets, tenzij we onszelf erin kunnen positioneren ten opzichte van de inhoud ervan (Van Fraassen 2008).

Conventies en de gebruiker (diagnosticus) spelen een rol in de classificatie van psychische stoornissen, zoals ook in de DSM-IV staat aangegeven (p. xxi). Er is dus geen directe relatie tussen theorie en werkelijkheid, tussen DSM en mentale toestanden. Het is maar de vraag of ‘autisme’ of ‘schizofrenie’ buiten de theorie bestaat. We leggen immers alleen maar ons theoretische framework over een spectrum van empirische bevindingen: of we deze structuur ‘op de wereld kunnen prikken’, ofwel kunnen coördineren, is een andere vraag.

Het is belangrijk dit inzicht in het achterhoofd te houden om de diagnose en de daaruit voortvloeiende classificatie

AUTEURS

JOOST KRAAIJENBRINK, filosoof, Rijksuniversiteit Groningen.

TIMO KUIPERS, docent Filosofie, Tjalling Koopmans College, Hardegarijp.

BERT VAN DER LAAN, psychiater, FPC Dr. S. van Mesdag, Groningen.

SWANNY KREMER, filosoof/onderzoeker, FPC Dr. S. van Mesdag, Groningen.

CORRESPONDENTIEADRES

J. Kraaijenbrink, Kruitlaan 45b4, 9711 TX Groningen.

E-mail: j.kraaijenbrink@alumni.rug

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 10-6-2015.

op waarde te kunnen schatten. Uiteindelijk is de indeling die we in de DSM maken een structuur gebaseerd op conventies. Deze structuur leggen wij over de wereld die niet vanuit zichzelf de indelingen vertoont die wij maken.

Het domein van de DSM, psychische stoornissen, is een inexact continuüm dat zeer lastig in kaart te brengen is. Bovendien groeit kennis en veranderen inzichten over de psyche door de jaren heen: de vijfde editie is dan ook in maart 2013 verschenen. De DSM is een *sociaal* algoritme,

FIGUUR 1 Mogelijk ontwerp voor de verpakking van de filosofische bijsluiter, mee te geven aan patiënten wanneer men tot een classificatie is gekomen (foto: Koos Bouma)



waarbij menselijke gegevens door mensen worden ingevoerd om tot een classificatie te komen. Het is geen volledig rigide systeem zoals een wiskundig algoritme.

De DSM doet een poging tot het vastpinnen van een theoretisch framework op een moeilijk te definiëren empirische werkelijkheid. Een dergelijke coördinatie is op zijn minst problematisch. Enige mate van 'slordigheid met de werkelijkheid' kan vergeven worden, als het doel in het achterhoofd gehouden wordt. De DSM is bedoeld als handboek voor klinici en wetenschappers om psychische stoornissen in te kunnen delen, dat wil zeggen: het behandelen gaat voor het begrijpen van psychische stoornissen. Hierbij moet gezegd dat de DSM een handboek is voor *professionals* in tegenstelling tot leken. De leken zijn meestal echter wel degenen die de classificatie uit de DSM krijgen en hier ook mee moeten leven, inclusief het potentieel hieraan verbonden maatschappelijk stigma. Classificatie en stigmatisering zijn zo onderdeel van een bredere maatschappelijke discussie over de rol van overheid en zorgverzekeraars in de psychiatrische praktijk.

Reïficatie

Het belangrijkste doel van de DSM is volgens Dehue (2011) het tegengaan van spraakverwarring in de geestelijke gezondheidszorg. Door het gebruik van het handboek met zijn categorisering is voor psychiatrische professionals duidelijk waar men naar verwijst met termen zoals 'depressieve stoornis' of 'ADHD'.

Het probleem dat Dehue signaleert, is dat bijvoorbeeld de term 'ADHD' gereïficeerd wordt. Dit betekent dat de status ervan verandert. 'ADHD' is slechts een beschrijving die aan geeft dat iemand zich zo slecht kan concentreren (eventueel) in combinatie met teveel activiteit dat dit een stoornis mag heten. Als deze term reïficeert, wordt ze als op zichzelf staande entiteit beschouwd. Deze definitie van gedrag wordt gezien als een ding op zichzelf. Dit 'ding' wordt gezien als de oorzaak van het hyperactieve gedrag en het gebrek aan concentratie.

De criteria in de DSM, op basis waarvan je zou kunnen spreken van ADHD, worden gezien als symptomen van de stoornis of ziekte ADHD. Dit is niet de bedoeling van de DSM. De classificatie 'ADHD' geeft slechts aan psychiatrische professionals aan in welke categorie het afwijkende gedrag van een patiënt valt. Vervolgens kan die classificatie een eigen leven gaan leiden, waarbij het gedrag van de patiënt als uiting van een ziekte wordt gezien. Het idee van ziekte als een abstracte entiteit met een eigen bestaan dat een steeds betere afspiegeling vormt van een natuurlijk verschijnsel heeft een plek in onze maatschappij veroverd. Er is zo een hypothetische ziekte-entiteit gecreëerd.

Volgens Dehue zijn psychiaters en de opstellers van de DSM tegen reïficatie van psychiatrische ziektecategorieën

gekant. Zij geeft als reden dat we geen neurobiologisch correlaat voor psychiatrische stoornissen kunnen vaststellen. We kunnen niet verwijzen naar een specifieke afwijking in de hersenen die zorgt voor een psychiatrische stoornis (p. 31). Wetenschapsfilosofen stellen zelfs dat als de biologische afwijking is gevonden, dat nog geen reden is om te reïficeren. Het gaat namelijk om gedrag dat we als ongewenst beschouwen binnen de maatschappij, omdat schade aan de patiënt zelf of de omgeving wordt berokkend.

De term 'stoornis' drukt uit dat het gaat om gedrag waarvan we vinden dat er op medische wijze mee moet worden omgegaan. Bij ander ongewenst gedrag vinden we dat bijvoorbeeld politie en justitie of het onderwijs een oplossing moeten bieden. Een oplossing in deze context kun je lezen als analoog aan behandeling. De persoon die het problematische gedrag vertoont, moet leren hiermee om te gaan, zodat hij/zij zelf alsook de omgeving geen schade meer wordt berokkend. Het reïficeren leidt tot verkeerd denken over wat het betekent om in een DSM-categorie te worden ingedeeld. Patiënt kan denken: 'Ik ben druk, want ik heb ADHD'. De classificatie drukt slechts uit: 'Omdat ik voldoe aan bepaalde criteria, val ik binnen de DSM-categorie ADHD'.

HANDVAT?

Voor de patiënt kan een classificatie een handvat zijn om aan de slag te gaan met de bestaande problemen. Het reïficeren van een term kan juist helpen om afstand te nemen van de (gedrags)problemen. Deze problemen zijn het gevolg van de op zichzelf staande ziekte die iemand overkomt. De stoornis krijgt een eigen entiteit, die dus meer los kan worden gezien van het individu. Echter, iemand kan ook 'verdwijnen achter zijn of haar diagnose', waardoor de omgeving alleen nog maar de stoornis ziet en niet de persoon (Rowe 2010). Ook is het denkbaar dat iemand vreemd raakt van persoonseigen kenmerken omdat die opeens gezien worden als 'symptoom' van een 'ziekte'. De classificatie verwijst door het vanuit de DSM gezien ongewenste proces van reïficatie naar een ziekte. We willen hier niet betogen dat reïficatie altijd een positief effect heeft of kan hebben op de patiënt. Het zou echter onvolledig zijn te stellen dat reïficatie slechts negatieve gevolgen heeft.

De DSM staat aan de basis van het proces van reïficatie. Reïficatie kan niet plaatsvinden zonder een verzameling termen die binnen een praktijk wordt gebruikt. De DSM is die verzameling termen en beïnvloedt zo het maatschappelijke proces van reïficatie, maar wordt zelf ook beïnvloed door zowel wetenschappelijke als maatschappelijke ontwikkelingen. De diagnose van een geestelijke stoornis is niet slechts een classificatie binnen de psychiatrische praktijk, maar ook een uiting van een culturele norm. Gedrag dat als afwijkend of onwenselijk wordt beschouwd,

kan gemedicaliseerd worden. Het probleem van coördinatie laat zien dat de ‘verwerkelijking’ die plaatsvindt bij reïficatie, dat wil zeggen, de stap van een talig systeem naar de werkelijkheid (van kunstmatige naar natuurlijke soort), gebaseerd is op een drogredenering (Nieweg 2005, p. 692).

Door een diagnose als entiteit te zien kan de afstand die geschapen wordt tot het onderwerp helpen om duidelijk voor ogen te krijgen wat de problemen zijn. Reïficatie speelt dan een positieve rol in het gebruik van de diagnose als middel om vat te krijgen op de problemen van de patiënt. Het is de patiënt die zorg behoeft, niet zijn of haar stoornis.

De filosofische bijsluiter

Het doel van de filosofische bijsluiter is de negatieve gevolgen van classificatie tegen te gaan. Deze gevolgen komen voort uit reïficatie en gebrek aan begrip. De bedoeling van de filosofische bijsluiter is om dit proces tegen te gaan door een relativering tot stand te brengen.

Classificaties worden gezien als ziektes, iets wat je overkomt. Het probleem van coördinatie maakt echter duidelijk dat classificaties beschouwd kunnen worden als ‘slechts’ coördinatieve definities, met een pragmatisch doel: het ‘labelen’ van stoornissen en daarmee het faciliteren van behandeling. Dergelijke labeling kan buiten de behandelkamer verkeerd geïnterpreteerd worden. De tekst van de bijsluiter is daarom naar het format van een medicijnbijsluiter vormgegeven. Hierop wordt uitgelegd wat de inhoud is, wat de samenstelling is en voor wie het is bedoeld. Vervolgens worden aanwijzingen gegeven voor het gebruik van de classificatie. Dit gebeurt onder de kopjes: wanneer wel/niet te gebruiken; invloed op uw leven; classificatie in sociale situaties; houdbaarheid en een algemene waarschuwing aan de ontvanger van de bijsluiter zich niet te vereenzelvigen met zijn of haar classificatie.

De filosofische bijsluiter wordt aangeboden in een doosje dat eruitziet als een medicijn doosje. Het doel hiervan is het teweegbrengen van een conceptuele omslag. Het idee van de stoornis als ziekte die je overkomt, of als een ding op zichzelf, willen we hiermee op de proef stellen. Een classificatie is juist iets wat kan helpen om te gaan met de pro-

blemen die gevat kunnen worden onder een term uit de DSM. In een medicijn doosje zitten normaal gesproken werkzame stoffen die kunnen helpen bij het omgaan met problemen. Bij een infectie kun je denken aan pillen met penicilline. Die stof geeft je lichaam de mogelijkheid om het probleem vervolgens zelf (verder) op te lossen. Een classificatie kan op dezelfde manier worden gezien. Door het ontvangen van een classificatie kan de eerste stap worden gezet naar het op een goede manier omgaan met de aanwezige problemen of de oorzaak daarvan. Dit gedachte-experiment wordt concreet gemaakt door de filosofische bijsluiter: letterlijk de DSM-classificatie als medicijn(dooosje).

De meerwaarde van de filosofische bijsluiter is het zichtbaar maken van een mogelijke verhouding van patiënt tot zijn classificatie. Het doosje is evenals de classificatie een hulpmiddel in de buitenwereld, waartoe de patiënt zich op eigen wijze kan verhouden. De classificatie wordt minder bedreigend en de gespreksruimte over de classificatie wordt vergroot. De patiënt kan zelfs het doosje verfrommelen of aanpassen, en zo uiting geven aan de (veranderde) verhouding tot zijn classificatie. Zo wordt een verband gelegd tussen twee zeer verschillende narratieven: het classificatiesysteem DSM en de patiënt als mens.

De problemen die mensen ervaren waarop een DSM-classificatie van toepassing is, hebben niet per definitie een fysiologisch substraat. De manier waarop wordt omgegaan met de classificatie kan van groot belang zijn voor het welslagen van de behandeling. Met de filosofische bijsluiter kan hopelijk een bijdrage worden geleverd aan een beter begrip van wat een classificatie inhoudt. Door middel van het medicijn doosje met bijsluiter kan het gedachte-experiment ook worden uitgevoerd met geselecteerde patiënten, indien wenselijk geacht door de behandelaar. In de bijsluiter zelf wordt echter ook opgemerkt: ‘Beslis nooit zelf over eventuele veranderingen in medicatie of therapie, maar doe dit altijd in dialoog met uw behandelaar(s).’

NOOT

1 Dit artikel is een bewerkte versie van een eerdere publicatie: Kraaijenbrink J, Kuipers T. De filosofische bijsluiter. GGZet Wetenschappelijk 2013; 17: 78-91.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). Washington: American Psychiatric Association; 1994.
- Copp D. The Oxford Handbook of ethical theory. Oxford: Oxford University Press; 2007.
- Dehue T. Ik maak drukte want ik ben een druktemaker. De Groene Amsterdammer 3 november 2011. <http://www.rug.nl/staff/g.c.g.dehue/dehueingroeneamsterdammer2.pdf>
- Evenblij M. Parel voor een nieuw concept van gezondheid. Mediator 2012; 5: 9.
- Fraassen B van. Scientific representation: paradoxes of perspective. Oxford: Oxford University Press; 2008.
- Nieweg EH. Wat wij van Jip en Janneke kunnen leren. Tijdschr Psychiatr 2005; 10: 687-96.
- Rosenberg CE. The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. Milbank Quarterly 2002; 80, 2: 237-60.
- Rowe D. Mental health diagnoses mask the real problems. The Guardian 29 juli 2010. <http://www.guardian.co.uk/commentisfree/2010/jul/29/mental-health-diagnostic-manual>.

SUMMARY

A philosophical information leaflet to accompany a DSM classification

J. KRAAIJENBRINK, T. KUIPERS, B. VAN DER LAAN, S. KREMER

BACKGROUND The introduction of the DSM-5 has re-ignited discussion about the classification of mental disorders. The public may have misconceptions with regard to the nature of the information contained in a DSM-classification.

AIM To bring about a conceptual switch so that the professional user of a classification sees it as an aid to diagnosis rather than as a definition of a problem or illness.

METHOD We devised a 'thought experiment' to serve as a support for DSM classifications.

RESULTS The 'thought experiment' led us to devise a medicine package containing a 'philosophical' information leaflet. This 'thought-experiment', the information leaflet and the medicine package were presented to both students and trainee doctors at the UCP in Groningen and to clinicians at the FPC dr. S. van Mesdag Clinic.

CONCLUSION Students and trainee doctors were able to make the desired conceptual switch as a result of 'the thought experiment' and with the help they received from the medicine packaging containing the 'philosophical' information leaflet.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)2, 145-149

KEY WORDS classification, DSM, information leaflet, philosophical information leaflet