

Pre-DSM-denken in een post-DSM-tijdperk

Epistemologie: de blinde vlek van de huidige psychiatrische classificaties

J. VAN HECKE, S. DE BRUYNE, B.G.C. SABBE

ACHTERGROND In verschillende toonaangevende tijdschriften werd de laatste jaren het DSM-systeem ter discussie gesteld. Dit werd recent in een artikel van Jongedijk samengevat door de verschillende voor- en nadelen van het DSM-systeem naast elkaar te plaatsen. Hoofdstelling van dit essay is dat tot een beter begrip van deze voor- en nadelen kan worden gekomen als de epistemologische achtergrond van het classificeren van psychopathologie wordt belicht.

DOEL Het bespreken van de epistemologische achtergrond van het DSM-systeem in vergelijking met de epistemologie van andere classificatiesystemen om zo tot een beter begrip van de moeilijkheden bij het classificeren van psychopathologie te komen.

METHODE Volgens drie visies worden twee problemen besproken die eigen zijn aan het classificeren van psychopathologie, namelijk het spanningsveld tussen subjectieve symptomen en objectieve criteria enerzijds en tussen het statische van een classificatiesysteem en het veranderlijke van de psychopathologie anderzijds. Deze drie visies zijn: het DSM-systeem als voorbeeld van een classificatiesysteem met het realisme als epistemologische achtergrond; het psychodynamische classificatiedenken als voorbeeld van het instrumentalisme; en de Lacaniaanse school als voorbeeld van het relativisme.

RESULTATEN EN CONCLUSIE Deze bespreking vanuit een epistemologische invalshoek toont de beperkingen van de verschillende classificatiesystemen. Een duidelijke afbakening van doelstellingen en bruikbaarheid is noodzakelijk. Dit leidt immers tot een meer realistische visie op mogelijkheden en onmogelijkheden van psychiatrisch classificeren in het algemeen en het DSM-systeem in het bijzonder.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 44 (2002) 7, 427-436]

TREFWOORDEN DSM, epistemologie, psychiatrische classificatie

In het meinumnummer van 2001 van dit tijdschrift (Jongedijk 2001) werd een overzicht gegeven van bedenkingen bij de DSM-IV (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, American Psychiatric Association 1994). Arbitrair categoriserend, zoals de auteur stelde, werd een lijst opgesteld van voordelen en nadelen/gevaren waartoe het gebruik van de DSM-classificatie kan

leiden (tabel 1). Deze lijst werd gebaseerd op een literatuuronderzoek. Over de plaats en het gebruik van de DSM binnen het psychiatrische veld lopen de opvattingen van de in het overzicht aangehaalde auteurs sterk uiteen. Het spanningsveld tussen kliniek en formeel classificatiesysteem wordt door hen op verschillende manieren benadrukt (Tucker 1998; Van Praag 1999),

overbrugd (Pincus e.a. 1998) of ontkend (Spitzer e.a. 1999). Door Jongedijk zijn de redenen hiervoor of de oorzaken hiervan niet onderzocht.

Door dit niet te onderzoeken, werd voorbijgegaan aan de keuzes die gemaakt moeten worden om de klinische werkelijkheid binnen een classificatiesysteem te ordenen. Immers, precies deze keuzes, of, met andere woorden, de epistemologische standpunten, zullen het spanningsveld tussen kliniek en classificatiesysteem bepalen.

De epistemologie – kennisleer – is een onderdeel van de wijsbegeerte, en gedefinieerd als onderzoek naar de mogelijkheid en het vermogen van de mens om kennis te verwerven (Casti 1992). Toegepast op het psychopathologisch classificeren vereist epistemologisch onderzoek een denken dat aan de classificatie voorafgaat: een pre-classificatiedenken. In dit artikel zal het DSM-concept dan ook worden losgelaten en plaatsmaken voor een pre-DSM-denken: niet het resultaat, de classificatie, wordt besproken, maar de wijze waarop de classificatie tot stand komt, de soort kennis die ervoor nodig

is en de methoden om deze kennis te verwerven. De klemtoon wordt dus verlegd van het object – de classificatie – naar de methodiek – de epistemologie.

De stappen die aan het classificeren van een stoornis voorafgaan, worden systematisch in dit artikel doorlopen. De problemen waar elke categoriale classificatie van psychopathologie, gezien het onderwerp, het psychisch disfunctioneren, op stuit, zijn de objectivering van het subject en het statische van de dynamiek. Deze problemen worden uitgediept en vervolgens wordt besproken hoe vanuit drie epistemologische richtingen deze problemen worden aangepakt en tot welk soort classificaties dit leidt. Ten slotte wordt in de discussie besproken hoe een aantal denkkaders omgaat met de moeilijkheden die het DSM-systeem op dit moment geeft. Ook deze denkkaders worden vanuit epistemologisch standpunt beoordeeld. Zo kan een nieuw licht worden geworpen op de op dit moment toenemende kritiek op het DSM-systeem en op mogelijke evolutie naar een post-DSM-tijdperk.

Steeds zal verband worden gelegd tussen

TABEL 1 Voordelen en nadelen van het DSM-systeem (naar Jongedijk 2001)

Voordelen	Nadelen
(a) Uniformiteit van diagnostiek	(h) Gevaar voor oneigenlijk gebruik
(b) Verbeterde communicatie	(i) Verschraling van de diagnostiek
(c) Betrouwbaarheid	(j) Selectieve diagnostiek
(d) Verbeterde herkenbaarheid en aansluiting bij de behandelpraktijk	(k) Te weinig criteria
(e) Aansluiting bij gerichte behandelingen	(l) Begrenzing en comorbiditeit
(f) Theoretisch neutraal	(m) De drempel: wel of geen stoornis
(g) Meerassig systeem	(n) Klinische significantie
	(o) Geen ziekte-eenheden
	(p) Objectieve en subjectieve aspecten van diagnostiek
	(q) Fout-positieven
	(r) Theoretisch neutraal
	(s) Geringe empirisch-wetenschappelijke basis
	(t) Geringe relatie tussen stoornis en behandeling
	(u) Gevaren ten aanzien van verdere ontwikkeling

DSM = Diagnostic and statistical manual of mental disorders

het geschetste epistemologische traject en de door Jongedijk opgesomde voor- en nadelen (zie tabel 1).

PROBLEMEN BIJ DE CATEGORIALE CLASSIFICATIE VAN PSYCHISCHE DISFUNCTIES

Classificeren heeft ongetwijfeld voordelen. Zowel voor wetenschappelijke als voor klinische doeleinden zijn uniformiteit, communiceerbaarheid en duidelijkheid krachtige motieven voor het opstellen van een classificatie.

Bij het classificeren van psychische disfuncties treden twee problemen op die specifiek zijn voor de psychopathologie. Ten eerste betekent elke classificatie dat diegene die disfunctioneert, of dit disfunctioneren ondergaat, binnen de classificatie onherroepelijk wordt gereduceerd tot zijn disfunctie. Men kan dit kernachtig beschrijven als de 'objectivering van het subject binnen het classificatiesysteem'. Dit probleem kan als volgt worden samengevat: aangezien classificeren reductie impliceert, werpt de vraag zich op wat de gevolgen van deze reductie zijn voor de psychische realiteit. De aard van deze reductie en haar gevolgen verschillen naar gelang het gekozen epistemologische uitgangspunt.

Een tweede probleem ontstaat met betrekking tot de tijd. Dit kan als de 'statische dynamiek' binnen het classificatiesysteem worden aangeduid. Wil een classificatiesysteem overeind blijven, dan moeten de stoornissen gedurende een zeker tijdsverloop stabiel blijven. Classificeren betekent het vastleggen van kenmerken waar de stoornisdrager aan moet voldoen. Er wordt een dwarsdoorsnede gemaakt, waarbij de tijd moet worden stilgezet. Daarnaast moet de tijd doorlopen met behoud van de eerder vastgestelde criteria. Dit is volgens Van den Hoofdakker (1995) problematisch: 'Wie een organisme van de tijd ontdoet, ontdoet het van het leven. Tijd is lastig voor de wetenschap van organismen.' Later zal worden aangetoond hoe de keuze van het epistemologische uitgangspunt tot

andere tijdsbegrippen in het classificatiesysteem leidt.

De objectivering van het subject

Als men eenmaal heeft gekozen voor het opstellen van een classificatie en de bijbehorende moeilijkheden, dringt zich een tweede keuze op, en wel de vraag hoe men de stoornis denkt te bepalen en te categoriseren. Wanneer men de huidige classificaties binnen de psychopathologie bekijkt, stuit men op drie psychopathologische scholen: het realisme, het instrumentalisme en het relativisme.

Het bespreken van het realisme aan de hand van de DSM-IV lijkt evident, aangezien dit het meest gebruikte classificatiesysteem is binnen onze contreien. Het instrumentalisme wordt belicht aan de hand van de psychoanalytische standpunten zoals geformuleerd door Fonagy in opdracht van de International Psychoanalytic Association, de meest representatieve organisatie hiervoor (Fonagy e.a. 1999). Het relativisme wordt bekeken aan de hand van het Lacaniaanse gedachtegoed, precies omdat deze stroming dit binnen de psychopathologie het meest heeft uitgewerkt.

Het realisme Ten eerste bespreken we het model dat de DSM gebruikt. Dit model beoogt een objectivering van het disfunctioneren: in DSM-I en -II nog de 'reactie' of 'ziekte' (nosologie) genoemd, vanaf DSM-III de 'stoornis'. Dit vereist een realistische opvatting van de werkelijkheid: men gaat ervan uit dat er een objectieve psychopathologische werkelijkheid bestaat buiten degene die haar ondergaat en dat deze realiteit kan worden ontdekt en gerangschikt met behulp van empirische methodes. De DSM-commissie vindt het een misvatting dat de classificatie de mens (het subject) classificeert, aangezien deze niet het onderwerp van classificatie is. Het object, de psychische disfunctie, bestaat onafhankelijk van het subject. Of, zoals geformuleerd in de inleiding van de DSM-IV-TR: 'A common

misconception is that a classification of mental disorders classifies people, when actually what are being classified are disorders that people have.' (American Psychiatric Association 2000). Er wordt een objectieve werkelijkheid geschapen, waarbij de determinanten van de stoornis buiten elke context worden geplaatst.

Deze objectieve werkelijkheid is op twee niveaus problematisch. Het eerste niveau heeft betrekking op de volledig te objectiveren determinanten van psychische stoornissen. Dit kan aan de hand van de criteria van de aanpassingsstoornis worden geïllustreerd. Kern van deze stoornis is, zoals bekend, de aanwezigheid van een duidelijk lijden groter dan wat men bij een voorafgaande stressfactor zou veronderstellen. Wat dit 'groter' betekent, is onduidelijk. De DSM-IV-TR verwijst telkens naar een goed opgeleide diagnosticus (American Psychiatric Association 2000). Dus moet het subjectieve oordeel van de clinicus weer worden ingeroepen om de stoornis te bepalen, zodat het eigen uitgangspunt wordt ondergraven.

Het significant-lijden-principe (zie tabel 1, n) dat bij de aanpassingsstoornis in de criteria is ingebed, wordt sinds het verschijnen van de DSM-IV als afzonderlijk criterium gebruikt bij bijna de helft van de stoornissen. Het betreft het bekende adagium: de symptomen veroorzaken in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren, of in het functioneren op andere belangrijke terreinen. Zoals de DSM-IV-TR zelf stelt: *'Assessing whether this criterion is met, especially in terms of role function, is an inherently difficult clinical judgment.'* (American Psychiatric Association 2000). Volgens sommigen is de herinvoering van dit klinisch oordeel een zegen, gezien dit het klinisch oordeel en dus de individuele patiënt een plaats geeft (Pincus e.a. 1998). Anderen vinden dit principe te weinig empirisch onderzocht. Terecht merken zij op dat de gevolgen van deze invoering moeilijk met externe criteria kunnen worden onderzocht (Kendler 1999). Als boutade geformuleerd: het valt moeilijk te objectiveren dat het subjectieve

oordeel objectiverend is (tabel 1, p). Kritiek over het oneigenlijk gebruik van de DSM (tabel 1, h), waarbij het strikt toepassen van deze objectieve criteria leidt tot vals-positieven (tabel 1, q), bevestigt het bestaan van dit spanningsveld tussen klinische werkelijkheid en een geformaliseerd classificatiesysteem. Dit probleem leidt ook tot de angst voor verschraling van de diagnostiek (tabel 1, i).

Het bovengenoemde probleem betreft uitsluitend de toepassing van de criteria. Op een tweede niveau moeten eerst de criteria worden bepaald waaraan een stoornis moet voldoen om valide te zijn. Het bepalen van deze criteria voor de verschillende stoornissen is per definitie ook problematisch. De meest gehanteerde definitie is die van Robins & Guze (1970), die een diagnostische categorie pas valide noemen als vijf aspecten van de stoornis systematisch en gecontroleerd empirisch zijn onderzocht: de pathofysiologische veranderingen, de differentiële diagnostiek, de follow-up en behandelingsresultaten en de familiale/genetische aspecten. Nu blijkt dat bij een grote meerderheid van de stoornissen andere krachten dan dit empirische ideaal uitmaken of een stoornis al dan niet valide is. De DSM is namelijk volgens Guze (1995) het resultaat van een discussieproces in een sociopolitieke context. De theoretische neutraliteit (tabel 1, r) blijkt problematisch. De DSM-redactie onderkent dit, maar verschuift het probleem naar de toekomst; de objectieve criteria zijn nu niet bereikbaar (Pincus e.a. 1996). Spitzer (1998) merkt dan ook op: *'this all goes to show that in the absence of a biological gold standard for determining true "caseness", diagnostic criteria for mental disorders will have to continue to rely on the expert clinical judgment of the DSM subcommittee members.'*

De nadelen uit het artikel van Jongedijk (2001) dat de diagnostische entiteiten te selectief zijn (tabel 1, j), te weinig criteria hebben (tabel 1, k), niet goed begrensd zijn naar elkaar of naar de normaliteit toe (tabel 1, l en m), kunnen dus twee achtergronden hebben. Ten eerste zijn deze kritieken op te vatten als kritieken op het classifica-

tieresultaat: inderdaad worden de Guze-criteria niet gehaald, de ziekte-eenheden (tabel 1, o) en de relatie met een therapie blijken onvoldoende (tabel 1, t), en men wijt dit aan een te geringe wetenschappelijke basis (tabel 1, s). Met andere woorden: dit nosologische model zal wel ooit totstandkomen, maar gebruik voorlopig het klinisch oog in de praktijk en dat van de expert in de classificatie. Hierbij behoudt men het empirisch-realistische uitgangspunt. Kritiek die men terugvindt bij andere opvattingen over psychopathologische classificatie, richt zich op het uitgangspunt zelf: dat dit empirische ideaal niet kan worden waargemaakt. Andere epistemologische uitgangspunten worden dan ook voorgesteld.

Het instrumentalisme Het instrumentalisme kan teruggevonden worden in theorieën van psychodynamische strekking. In deze scholen wordt het subject of de psyche geobjectiveerd met als doel psychopathologie te verklaren als een logisch deduceerbaar gevolg. Uitgangspunt is de individuele klinische observatie en de theorie wordt door het systematiseren van in het verleden geobserveerde wetmatigheden gevalideerd. Deze systematisering verschilt van theoreticus tot theoreticus en leidt tot afzonderlijke psychodynamische scholen. Dit vraagt een instrumentalistisch uitgangspunt: theorieën zijn niet waar of onwaar, maar hebben de status van een instrument waarmee aspecten van de psychische werkelijkheid worden gemeten (Casti 1992).

Wanneer dit model leidt tot één theorie per patiënt, kan er weinig verkeerd lopen, aangezien zij geconstrueerd wordt uit de historie van die ene patiënt en aldus de reeds plaatsgevonden psychopathologie verklaart. Wanneer men echter tot een algemene theorie komt en deze operationaliseert tot een classificatie, nemen de problemen toe. Opnieuw blijkt valideren moeilijk: de ver in het verleden gelegen etiologische variabelen blijken moeilijk verifieerbaar, ze zijn persoonlijk, vele zijn complex, abstract en moeilijk te operationaliseren of te testen (Fonagy e.a. 1999). Zoals Fonagy (1999) stelt: 'Clinical data clear-

ly offer a fertile ground for theory building, but not for distinguishing good theories from bad or better ones.'

De kloof tussen subjectieve rapportering en objectieve operationalisering blijkt andermaal moeilijk overbrugbaar (tabel 1, p). De wetenschapper struikelt over het klinische vertrekpunt van dit model, zoals de clinicus over het wetenschappelijk vertrekpunt van het DSM-systeem viel.

Het relativisme Een derde epistemologische mogelijkheid is het relativisme. Hierbij bestaat er geen objectiviteit, maar hangt deze samen met het tijdperk, de samenleving en de theoreticus. De absolute waarheid wordt als een structureel niet te bereiken ideaal gezien. In de woorden van Lacan (1974/1990): 'Ik zeg altijd de waarheid: niet de ganse want men slaagt er niet in ze geheel te zeggen. Ze geheel te zeggen is onmogelijk, materieel: de woorden ervoor ontbreken.' Het bereiken van de waarheid wordt door Lacan onmogelijk geacht omwille van de taal. Hoe het individu zich tot deze talige structuur verhoudt, bepaalt volgens deze school op zijn beurt zijn psychische structuur. Deze structurele opvatting van de werkelijkheid wordt niet als een denkconstructie beschouwd (instrumentalisme). De structuur bevindt zich op een ander niveau van de werkelijkheid dan die van de waarneembaarheid, maar haar komt wel een eigen werkelijkheid toe. De structuur betreft de organisatie van de werkelijkheid en wordt daarom opgevat als een eigenschap van deze werkelijkheid (Mooij 1997). Deze stellingen leiden tot de discours-theorie, waarbij de verhouding van het subject tot de waarheid en de ander wordt geformaliseerd in abstracte algebraïsche formules. Dit leidt tot een 'nieuwe diagnostiek' (Verhaeghe 1996).

Aangezien vanuit dit uitgangspunt de waarheid wordt uitgesloten, wordt ook de classificatie van psychopathologie op basis van wetenschappelijke gevalideerde determinanten uitgesloten. Verhaeghe (1996) formuleert dit als volgt: 'De meest recente oplossing van hetzelfde probleem (het vinden van een diagnostisch systeem)

vinden we in de DSM-productie ... Het enige interessante aan deze mislukking is het steeds terugkerende spanningsveld tussen klinische realiteit aan de ene kant, en de conceptualisatie aan de andere kant.'

De statische dynamiek

Wanneer men wil classificeren, legt men kenmerken vast op een bepaald tijdstip. Diagnostische entiteiten moeten echter stabiel blijven gedurende een periode. Binnen de classificatie moet er een tijdsdimensie worden ingepast. Afhankelijk van het gekozen model gebeurt dit op verschillende wijzen.

Het realisme Ten eerste is er opnieuw het DSM-model. De vastgestelde criteria moeten gedurende een arbitraire tijdsduur aanwezig zijn. De geobjectiveerde disfunctie beweegt zich als een gestold object langs de tijdsas. De duurcriteria zorgen voor de noodzakelijke voortbeweging in de tijd, maar maken de geobjectiveerde stoornis statisch en onveranderlijk. Men spreekt als het ware over foto's, waar het om films gaat. De psychopathologische werkelijkheid wordt in zijn grillige verschijningsvormen van alledag geweld aangedaan, zoals blijkt uit prospectief onderzoek en uiteenlopende prognoses van eenzelfde stoornis (Van Praag 1999).

Het instrumentalisme Ten tweede gaan psychodynamische modellen het subject catalogiseren vanuit de ontwikkeling van de psyche. Stadia worden gedefinieerd door tijdsgebonden eigenschappen van het subject en leiden tot het onderscheiden van ontwikkelingsfasen. Fixaties, eigenschappen uit een vorige fase die ondanks een verdere ontwikkeling aanwezig blijven, leiden dan tot determinering van de psychopathologie. Het subject krijgt ruimte om te ontwikkelen, maar de stadia zijn moeilijk operationaliseerbaar, onvoldoende gevalideerd en dus ook arbitrair.

Het relativisme Ten slotte stelt het relativisme voor ons huidige tijdsbegrip te verwerpen: 'Tijd dient niet langer gereduceerd tot verschillende modaliteiten van het heden, namelijk een heden dat voorbij is, een heden dat actueel is en een heden dat komende is.' (Oger 1995). Bij Lacan wordt tijd uitsluitend opgevat als een aspect van de taal, van de individuele taal of van de taal als systeem. In de taal zit de tijd vervat, die hier niet van wordt losgekoppeld. 'Het eerste netwerk is de synchronische structuur van de materie van de taal voor zover in deze structuur ieder element zijn precieze gebruik krijgt door te verschillen van de andere. Het tweede netwerk is de diachronische verzameling van de concreet uitgesproken vertogen, die historisch reageert op het eerste netwerk, zoals ook de structuur van het eerste netwerk de wegen van het tweede netwerk bepaalt.' (Lacan 1966).

DISCUSSIE

Wanneer men psychopathologie tracht te classificeren, stuit men op een spanningsveld tussen subjectiviteit en objectiviteit en tevens op het statische van een classificatie. Drie mogelijke standpunten kunnen worden ingenomen met betrekking tot de gebrekkige validiteit van het DSM-systeem: (1) Het huidige systeem moet verijnd worden, en meer, of aangepaste criteria moeten empirisch gevalideerd worden (Spitzer & Wakefield 1999); (2) De kloof tussen subjectieve rapportering en formele criteria, tussen statische classificatie en dynamische werkelijkheid moet overbrugd worden door het klinisch oog (Pincus e.a. 1998) of door een methodisch-dualistische opzet gehandhaafd blijven; (3) Men kan het systeem verwerpen als structureel onmogelijk en op een metaniveau de poging tot classificatie benoemen als een universitair discours, een van de onmogelijke manieren om de waarheid na te streven (Verhaeghe 1996). Aan de hand van een aantal denkkaders zullen deze drie standpunten worden uitgewerkt.

Een doorgedreven empirisme Bij het eerste standpunt – empirisch realistisch te noemen – moet het subjectieve beleven worden geobjectiveerd. Dit wil zeggen: empirisch eenduidig worden vastgesteld. Zoals eerder gesteld, rijzen vele obstakels op. Deze zijn van conceptuele, technische en semantische aard. Conceptueel kunnen we met Mooij (1999) stellen: ‘Waar empirisme door formalisering en isolering van verschijnselen deze wil verklaren, doet zich de vraag voor naar de verhouding tussen het geformaliseerde en geïsoleerde verschijnsel en het oorspronkelijke fenomeen. Daar empirisme reductie impliceert, is een realiteit ten aanzien waarvan gereduceerd wordt verondersteld.’ Voorts is er het technische probleem dat termen vaak meerduidelijk zijn. Zo vond men voor de term denkstoornis maar liefst zes inhoudelijk verschillende definities naar gelang de geraadpleegde tekst (Gangdev 1999). Ten slotte is er het semantische probleem, dat door het relativisme als onoverkomelijk wordt gezien: ‘In de natuurwetenschappen heeft het misverstand van de gelijkstelling van taal en ding, van bewering en waarheid in de loop van de eeuwen postgevat.’ (De Kroon 1993). Met Kandel (1999) kan men besluiten: ‘Subjective phenomena do not readily lend themselves to objective empirical analysis.’ Eenduidigheid kan worden betracht door de subjectieve verschijnselen te verbinden met neurobiologisch objectiveerbare vaststellingen. Een idee dat soms voorbarig in plaats van als denkkader als na te streven ideaal wordt geponeerd: ‘We may be in a position to ... develop a theory ... to state the laws of correlation between neural phenomena and subjective experience.’ (Kandel 2000). Dromen van een systeem dat dit kan verbinden, is dromen van een wereld van oorzaak en gevolg waarbij de subjectiviteit ten onder gaat, en alles determineerbaar is tot en met elke individuele actie. Dergelijk doorgedreven determinisme met zijn gevolgen leidt tot interessante filosofische discussies (Comte-Sponville & Ferry 2000), maar kan tot nu toe niet hardgemaakt worden, zoals op voorzichtiger momenten wordt toegegeven: ‘It can be argued that an intellectual framework so fully

embedded in biology and aligned with neurology is premature for psychiatry. In fact, we are only beginning to understand the simplest mental functions in biological terms.’ (Kandel 1998).

Het methodisch dualisme Het tweede standpunt is dat van de DSM-IV en van het artikel van Jongedijk (2001): ‘Binnen de geneeskunde, maar zeker binnen de psychiatrie, kan men niet zonder een goed klinisch, dus subjectief oordeel. Lineair rationele kennis ... vormt een belangrijke basis voor de psychiatrie, maar is niet voldoende voor de individuele patiënt. Relationistische kennis is van groot belang en deze ontwikkelt zich gedurende een grondige, langdurige, maar ook brede opleiding en training en gedurende het werk als professional in de dagelijkse psychiatrische praktijk.’ Het verschil tussen rationele en relationistische kennis is een eerste probleem. Waarin verschillen deze en hoe wordt dit verschil dan geïntegreerd binnen het model? Ook de grondige, langdurige en brede opleiding klinkt behalve mythisch weinig concreet. Waarin moet men eigenlijk opgeleid worden? In de eigen invulling van de DSM? Waartoe dient de DSM dan nog? Als een basis voor als men verdwaald is? Het probleem wordt wel onderkend. De oplossing is vooral pragmatisch, maar doet afbreuk aan de door Jongedijk (2001) benoemde achtergrond van de DSM: ‘Individuele opvattingen tellen niet meer mee.’ Het grootste bezwaar tegen dergelijke tegenstellingen is dat ze het probleem verdoezelen. Het klinisch oog is uiteraard belangrijk, maar dit gaat voorbij aan het theoretische probleem, lost het niet op en ontkracht de eigen vooropstelling. Wanneer het realisme faalt, gaat men een context creëren waarbij relationistische – lees relativistische – epistemologie het tekort moet aanvullen. De huidige realiteit kan het klinisch oog dan wel onmisbaar maken, maar het voordeel van theorieën is dat ze hier geen rekening mee moeten houden en trouw aan hun hypothesen moeten blijven, willen ze coherent en geloofwaardig overkomen. Wanneer de DSM merkt dat het statistische empirische vertrek-

punt (nog) niet haalbaar is, zou het consequenter zijn de D te laten vallen tot de diagnostische validiteit voldoende groot is. Dit zou vermelde epistemologische dubbelzinnigheden vermijden en de discussie duidelijker maken. Men is zich dan immers beter bewust van de nog grote beperktheden van het DSM-systeem en kan op deze wijze stagnatie en eenzijdige reductie vermijden.

Sommige auteurs maken het onderscheid tussen het biologisch-natuurwetenschappelijke terrein waar de empiristische methodiek van de DSM wel van nut is en het klinisch terrein waar de hermeneutiek toegepast moet worden (Mooij 1988, 1999). McHugh & Slavney (1998) onderscheiden zelfs vier perspectieven: het ziekteconcept, het dimensioneel concept, het gedragsconcept en het levensverhaalconcept. Deze perspectieven vullen elkaar aan: *'With each explanatory method the definitions differ as to who is a patient, what is psychopathology, what is meant by "normal", and which treatments are suitable.'* Een dergelijke opzet heeft als voordeel dat er plaats is voor subject en object, omdat zij naast elkaar kunnen bestaan. Ook wordt de ideeënstrijd die nu vaak wederzijdse bevruchting in de weg staat, omzeild. Men kan zich echter de vraag stellen wie bepaalt wanneer welk perspectief toe te passen. Het antwoord van McHugh & Slavney mag geen verrassing meer zijn: de competente psychiater.

De metapositie Het derde standpunt lijkt door al het voorgaande het meeste bij de praktijk aan te sluiten, maar bij nadere beschouwing al tot even grote classificatieproblemen te leiden. De kloof tussen subjectiviteit en objectiviteit die als bestaansreden van het subject wordt gegeven, wordt terzelfder tijd als onoverbrugbaar beschouwd. Het subject kan dan (voorlopig) niet objectiveerbaar zijn, maar het relativistische model geeft als antwoord de vooropstelling van de structurele onmogelijkheid.

Dit leidt tot een 'metafysica' waar geen determinering mogelijk is, maar ook geen concrete klinische vragen kunnen worden gesteld,

tenzij in de eigen metataal die door de wetenschap, gezien haar abstractie, als leeg gepraat wordt ervaren (Sokal & Bricmont 1999). In 1946 schreef Einstein al: 'Opdat ons denken niet ont-aardt tot metafysica of leeg gepraat, is alleen nodig dat voldoende uitspraken van het begrip-pensysteem voldoende zeker verbonden zijn met zintuiglijke ervaringen, en dat het begrippensysteem aldus zo samenhangend en economisch mogelijk is, het dient immers om het zintuiglijk ervaren te ordenen en overzichtelijk te maken.'

TOT BESLUIT

Het DSM-systeem heeft door zijn consensus de betrouwbaarheid van een psychiatrische diagnose aanmerkelijk vergroot. De validiteit van de classificatie blijft echter ter discussie staan. Naar gelang welk pre-DSM-standpunt wordt ingenomen, verandert de hiervoor geboden oplossing. Het bespreken van deze standpunten toont de onderliggende mechanismen van het spanningsveld tussen kliniek en classificatiesysteem. Dit is een andere kijk, die tevens kan bijdragen tot de uitbouw van validere classificaties in een post-DSM-tijdperk. Verduidelijking van het epistemologische kader waarbinnen men classificeert en argumenten voor deze of gene keuze leiden immers tot een duidelijker afbakening van wat er binnen de classificatie mogelijk en niet mogelijk is, welk type subject-objectverbinding men hanteert en welke doelstelling deze classificatie dient.

We kunnen ons dan ook akkoord verklaren met Hyman (2001) dat door de hoge verwachtingen die aan het DSM-systeem worden gesteld, dit op de vele reeds aangehaalde punten tekortschiet. Doelstellingen en bruikbaarheid van de DSM kunnen na een epistemologisch betoog scherper worden afgelijnd. Zodoende kunnen polariserende standpunten met betrekking tot de gevolgen van classificeren, zoals een deterministisch-causalistisch uiterste of een nihilistisch-relativistisch uiterste worden vermeden.

Een duidelijke epistemologische kijk leidt

volgens ons tot een realistische visie op de mogelijkheden en onmogelijkheden van classificeren in het algemeen en van het DSM-systeem in het bijzonder. Het DSM-model hoeft dan niet noodzakelijk een gevaar te zijn ten aanzien van verdere ontwikkelingen (tabel 1, u), het laatste nadeel uit de catalogus van Jongedijk (2001).

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision* (4de herziene druk). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Casti, J.L. (1992). *Verloren paradigma's*. Amsterdam: Contact.
- Comte-Sponville, A., & Ferry, L. (2000). *Van wijsheid tot schoonheid*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Einstein, A. (1946). Bemerkingen zu Bertrand Russells Erkenntnistheorie. In Schilpp, A. (Red.), *The philosophy of Bertrand Russell* (p. 278). New York: Harper & Row.
- Fonagy, P., Kachele, H., Krause, R., e.a. (1999). *An open door review of outcome studies in psychoanalysis*. London: International Psychoanalytical Association.
- Gangdev, P.S. (1999). Multispeak in psychiatry. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 282-283.
- Guze, S.B. (1995). American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. (DSM-IV) (boekrecensie). *American Journal of Psychiatry*, 152, 1228.
- Hoofdakker, R.H. van den. (1995). *De mens als speelgoed*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; Utrecht: Kosmos-Z&K.
- Hyman, S.E. (2001, mei). *Psychiatric diagnosis: Are we prepared for a new millennium?* Voordracht gehouden op de Annual meeting of the American Psychiatric Association, New Orleans.
- Jongedijk, R.A. (2001). Psychiatrische diagnostiek en het DSM-systeem. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43, 309-319.
- Kandel, E.R. (1998). A new intellectual framework for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 155, 457-469.
- Kandel, E.R. (1999). Biology and the future of psychoanalysis. A new framework for psychiatry revisited. *American Journal of Psychiatry*, 156, 505-524.
- Kandel, E.R. (2000). *Principles of neural science*, 4de druk. Maidenhead: McGraw-Hill.
- Kendler, K.S. (1999). Setting boundaries for psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1845-1848.
- Kroon, J.A.M. de. (1993). *Taal en psychose*. Utrecht: de Tijdstroom.
- Lacan, J. (1990). *Televisie*. (J. Quackelbeen, Vert.). Leuven: ACCO. (Oorspronkelijke werk gepubliceerd in 1974.)
- Lacan, J. (1966). *Ecrits*. Parijs: Seuil.
- McHugh, P.R., & Slavney, P.R. (1998). *The perspectives of psychiatry*. Baltimore/London: The Johns Hopkins University Press.
- Moore, A.W.M. (1988). *De psychische realiteit*. Meppel: Boom.
- Moore, A.W.M. (1997). *Taal en verlangen*. Meppel: Boom.
- Moore, A.W.M. (1999). *De psychische realiteit* (2de druk). Meppel: Boom.
- Oger, E. (1995). *Jacques Derrida*. Kapellen: Pelckmans.
- Pincus, H.A., First M.B., Frances A., e.a. (1996). Reviewing DSM-IV. *American Journal of Psychiatry*, 153, 850.
- Pincus H.A., Zarin D.A., & First M.B. (1998). 'Clinical significance' and DSM-IV. *Archives of General Psychiatry*, 55, 1145.
- Praag, H.M. van. (1999). Nosologomanie, een aandoening van de psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 41, 703-712.
- Robins, E., & Guze, S.B. (1970). Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 126, 983-987.
- Sokal, A., & Bricmont, J. (1999). *Intellectueel bedrog*. Berchem: EPO.
- Spitzer, R.L. (1998). Diagnosis and need for treatment are not the same. *Archives of General Psychiatry*, 55, 120.
- Spitzer, R.L., & Wakefield, J.C. (1999). DSM-IV diagnostic criterion for clinical significance: does it help solve the false positives problem? *American Journal of Psychiatry*, 156, 1856-1864.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., & Rieder, R. (1999). Another perspective on 'Putting DSM-IV in perspective'. *American Journal of Psychiatry*, 156, 499-500.
- Tucker, G.J. (1998). Putting DSM-IV in perspective. *American Journal of Psychiatry*, 155, 159-161.
- Verhaeghe, P. (1996). *Tussen hysterie en vrouw*. Leuven: ACCO.

AUTEURS

J. VAN HECKE is arts-assistent in opleiding tot psychiater en werkzaam in de Fase, PC St. Norbertushuis te Duffel.

S. DE BRUYNE is psychiater en werkzaam in het PC St. Hiëronymus te Sint-Niklaas en in het Cepos, PC St. Norbertushuis te Duffel.

B.G.C. SABBE is hoogleraar medische psychologie en psychiatrie aan de Universiteit Antwerpen, universitair hoofd-docent aan de KU Nijmegen en psychiater-teamleider in de Fase, PC St. Norbertushuis te Duffel.

Correspondentieadres: PC Sint-Norbertushuis, Stationsstraat 22 C, 2570 Duffel.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 15-4-2002.

SUMMARY

Pre-DSM-thinking in a post-DSM-era. Epistemology: the blind spot of current psychiatric classifications – J. Van Hecke, S. De Bruyne, B.G.C. Sabbe –

BACKGROUND Over the past few years the DSM-system was the subject of discussion in several leading journals. Recently, a review of Jongedijk summarised this by putting side by side the different advantages and disadvantages that were discussed in these journals. The main thesis of this essay is that we can achieve a better understanding of these advantages and disadvantages once the epistemological background of the classification of psychopathology is elucidated.

AIM To discuss the epistemological background of the DSM-system in comparison with the epistemology of other classification systems in order to achieve a better understanding of the difficulties of the classification of psychopathology.

METHOD Two problems that are typical of the classification of psychopathology are discussed from three different points of view: the field of tension between subjective symptoms and the objective criteria on the one hand, and that between the static aspect of a classification system and the dynamic aspect of the psychopathology on the other hand. The three points of view are: the DSM-system as an example of a system of classification with realism as epistemological background; the psychodynamical classification thinking as an example of instrumentalism; and the Lacanian school as an example of relativism.

RESULTS AND CONCLUSION This discussion from an epistemological view shows the limitations of the different classification systems. A preliminary delineation of the goals and the applicability is essential. This will result in a more realistic vision on the possibilities and impossibilities of a psychiatric classification, the DSM system in particular.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 44 (2002) 7, 427-436]

KEYWORDS DSM, epistemology, psychiatric classification