

DSM (5): NATUURLIJK?

Marc Calmeyn

‘We moeten de DSM omarmen’. Dit was de uitspraak enkele jaren geleden van een voorzitter van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie tijdens een studiedag over de pas verschenen DSM 5. Vanuit mijn praktijk als psychiater wil ik door middel van een filosofisch en antropopsychiatrisch perspectief aantonen dat deze omarming veeleer tot een verarming van het hedendaagse psychiatrische denken en handelen leidt. De DSM 5 is de vijfde versie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. In 1952 verscheen de eerste versie, toen nog met een sterk psychoanalytische inslag. Vanaf de derde versie werd dit totaal verlaten en was het adagium ‘we baseren ons op de feiten’. Waar aanvankelijk nog een expliciete mensvisie aanwezig was – waarmee iemand al of niet akkoord kan gaan – wordt er vanaf de derde versie ten minste gesuggereerd dat feiten voldoende zijn. In de inleiding van de DSM 5 verwijzen de auteurs wel naar context en verhaal. In de feiten, of eerder in de indeling (of verdeling?) van psychiatrische aandoeningen, blijkt dit een lippendienst te zijn. Enkele overwegingen dringen zich dus op.

Verder kijken dan het symptoom lang is

Ten eerste. Aan de hand van symptomen worden diagnoses gesteld. Dit lijkt evident maar is het niet. Zo toonde Rohde-Dachser in haar boek *Het borderline-syndroom* aan dat je een borderlinepathologie zonder manifeste symptomen kan detecteren. Darian Leader wijst in *What is Madness* op de mogelijkheid van een *silent psychosis*. Er zijn geen symptomen te detecteren hoewel er duidelijk een psychotische gedachtegang aanwezig is.

Ten tweede, het stellen van sommige DSM-diagnoses gebeurt met de vermelding ‘indien x symptomen van het totaal y symptomen aanwezig, dan geldt die diagnose’. Is dit niet vreemd? Om het bovengenoemde voorbeeld van de borderlinepathologie als verheldering te gebruiken, komt het erop neer dat er verschillende combinaties van symptomen mogelijk zijn waardoor eenzelfde diagnose sterk verschillende klinisch beelden kan geven. Zo vermeldt de DSM bij borderline negen mogelijke symptomen. Wie lijdt aan vijf van deze symptomen, die krijgt het label borderline. Vreemd? In de praktijk betekent dit dat het mogelijk is dat twee mensen die lijden aan borderline, slechts één gemeenschappelijk

symptoom vertonen. Kan dit wel? Het doet ook denken aan de problematiek van de tot op heden nog omstrede diagnoses als CVS en fibromyalgie. Pas als er een aantal symptomen van een uitgebreide lijst aanwezig zijn, kan aan deze diagnoses gedacht worden – en dan nog enkel als op voorhand andere (erkende) diagnoses uitgesloten worden. Daarom spreken de professionelen van een ‘uitsluitingsdiagnose’. Men krijgt dan de diagnose A, en dit op basis van het uitsluiten van diagnose B, C en D. Eenzelfde scenario speelt zich ook af in de DSM-classificatie. Dit stemt toch tot nadenken.

Wat de diagnoses zelf betreft, in de DSM staan de meest verschillende diagnoses bij elkaar. Gaande van dementie, psycho-organische stoornissen over mentale stoornissen bij organische aandoeningen tot gekende diagnoses als psychose, depressie, bipolaire stoornissen. Het is dus een amalgaam aan mentale stoornissen. Het kan echter nog erger. Als één of ander niet in een diagnostische klasse past, dan krijgt de patiënt een label dat eindigt op ‘not otherwise specified’, afgekort als ‘NOS’. In het Nederlands is de afkorting ‘NAO’ (niet anders omschreven). Ik heb geen weet van cijfers, maar mijn klinische praktijk doet me vermoeden dat deze diagnoses veel worden voorgeschreven ... Dit is erg(erlijk) en niet meer ernstig. Op zijn minst is er hier toch een epistemologisch bezwaar. Wanneer een classificatie te veel ‘ad hoc’ toestanden kent, dan doet dit toch vragen rijzen bij die classificatie. Ik maak een pregnante analogie. Historisch gold dit ook voor het geocentrisme uit de middeleeuwen (de zon draait rond de aarde), tot het heliocentrisme een veel eenvoudiger en duidelijker verklaring bood. Dit is nog niet alles. In de loop van de verschillende DSM-versies was en is het een ‘va et vient’ van diagnoses. Een aantal verdwijnen, bijvoorbeeld homoseksualiteit en histerie. Andere komen erin, bijvoorbeeld syndroom van Asperger, weer andere maken hun opwachting (geattenueerde psychotische stoornis), eventueel ook om weer te verdwijnen – wat onder andere het geval is met het Aspergersyndroom (dit ontbreekt in de DSM 5 tot grote ontzetting van veel patiënten- en familiegroepen).

Begrijp wie kan?

Hoe is het voorgaande te begrijpen? We keren even terug naar de historische wortels van de DSM-classificatie. Ooit was er de bedoeling, zeker in de negentiende en begin van de twintigste eeuw, om enkel een *inventarisatie* te maken van psychiatrische ziektes. Dit hield een uitdaging in om er een wetenschappelijke naam aan te geven en ze zo te kunnen classificeren. Niet meer en niet minder. Demazeux doet dit verhaal in zijn werk *Qu'est-ce que le DSM? Genèse et transformations de la bible américaine de la psychiatrie* (2013) heel gedetailleerd uit de doeken. Die bescheiden oorsprong is natuurlijk al lang niet meer het geval. Hoewel de *Task Force* – het redactiecomité – van de DSM 5 in de

inleiding er terloops op wijst dat het enkel als een diagnostisch handboek is bedoeld, is het hen bekend dat dit al lang niet meer het geval is. Niet alleen overheidsdiensten, verzekeringsmaatschappen en dergelijke maken er gebruik van. Ook wetenschappelijke onderzoekers dienen zich door de flessenhals van de DSM-criteria te persen indien ze hun artikelen willen gepubliceerd zien. Het meest verwonderlijke is het feit dat dit classificatiesysteem het statuut van een handboek heeft gekregen. Bijgevolg gebruiken lectoren en docenten dit om het vak psychiatrie aan te leren. Van verarming gesproken. Het is didactisch niet verantwoord om studenten, ontdaan van alle context en verhaal – want dit is de premisse van een psychiatrische diagnosestelling – een inzicht in de psychopathologie bij te brengen. De (gebroken) mens en zijn verhaal moeten het afleggen voor beslissingsbomen, flow charts en andere diagnostische strategieën. Daarenboven sluit het in het geheel niet aan bij de klinische realiteit. De kaart is niet het landschap. Als psychiatrisch patiënt, dus een persoon met mentale problemen, werkt een dergelijke diagnose juist vervreemdend. Wat zegt een diagnose ‘psychotische stoornis NAO’ over de innerlijke ontredde van het subject, een mens? Inderdaad, de mens of het *subject* staan niet in het DSM-woordenboek. *Subjectivering* is zelf een ‘no go zone’ voor DSM-adepten. Geldt dit ook voor menselijkheid?

Filosofisch natuurlijk?

Vooraf dit. Mijn klinische ervaring leert me dat psychiatrie en filosofie inherent met elkaar verbonden zijn. Een boutade verduidelijkt dit: ‘De filosofie verwondert zich over de mens. De psychiatrie verwondert zich (hopelijk) over de fragiele mens.’ Met dit in het achterhoofd wil ik twee vaststellingen overwegen.

Ten eerste: facts, facts, facts. Het DSM-denken gaat er prat op zich enkel op feiten te baseren. Vooral de DSM III is hieraan schatplichtig. De vijfde versie verschilt wat dat betreft in wezen niet veel van de vorige. Elke weldenkende wetenschappelijke filosoof en filosofische wetenschapper weet echter dat het onmogelijk is om ‘enkel’ vanuit de feiten te vertrekken. Naast de feiten is er ook nood aan een mensbeeld. Hoe kan er anders geordend of geclassificeerd worden. Wie het boek leest van Allen Frances, voorzitter van de *Task Force* van de DSM IV maar daarna ‘spijtoptant’, vindt er sporen van een mensvisie die de huidige DSM impliciet hanteert. Het is deze van een medisch en biologisch geïnspireerde psychiatrie. Op zich zou dit nog te redden zijn wanneer dit mensbeeld zou kaderen in een bredere kennistheorie zoals bijvoorbeeld in het klassieke biopsychosociale model. Dit is echter niet het geval. De DSM-diagnoses zijn medisch te stellen aan de hand van symptomen en enkel symptomen. Daarbij, in bepaalde DSM-contrerien is de verwachting (groot) dat biologische factoren de *uiteindelijke*

verklaring van de psychiatrische entiteiten zullen brengen.

Ten tweede. Mentale ziektebeelden worden als entiteiten met een natuurlijk karakter begrepen. Dit verleent ze vanuit een natuurwetenschappelijke basis het statuut van een objectiviteit. Zelfs meer. Daardoor ontstaat de illusie dat ze ‘eeuwigheidswaarde’ hebben. Dit vormt de kern van het DSM-denken waardoor het wellicht (on)gewild zo’n grote aantrekkingskracht op klinici en wetenschappers blijft uitoefenen. Om deze bias uit te klaren, verwijs ik naar de werkgroep ‘DSM 5’ van de Hoge Gezondheidsraad die momenteel een advies aan het formuleren is betreffende deze materie. Begin 2019 zal het advies gepubliceerd worden. Gelukkig zijn er in deze werkgroep ook een aantal filosofen als expert betrokken zodat zeker vanuit deze discipline een substantiële bijdrage kan geleverd worden.

Ik kom tot mijn filosofisch punt. De problematiek van de DSM situeert zich in het concept van *natural kinds*. Neem water als voorbeeld. Het heeft een bepaalde (micro)structuur als basis. De typische eigenschappen staan los van context, sociale factoren, financiële belangen, psychische invloeden en dies meer. Het lijkt wat lachwekkend, maar hiermee komt het kernprobleem van de DSM-classificatie beter tot uiting. Impliciet, of beter gezegd epistemologisch, heeft de DSM-classificatie een *natural kind* grondslag. Ze bekijkt symptomen los van context, sociale factoren, ... Boven verwees ik al naar de lippendienst van context en naar de ‘no go zone’ van subjectivering. Dat deze vooronderstelling van *natural kind* niet opgaat, een patiënt als water, is alleen al aan te tonen door het feit dat diagnoses komen en gaan in de loop van het nu ongeveer 60-jarig bestaan van de DSM-classificatie.

Antropopsychiatrische verkenningen

Ik zie de antropopsychiatrie als een alternatief. Grondleggers zijn de Hongaarse psychiater Leopold Szondi (1893 - 1986) en de Belgische psychiater-psychoanalyticus en hoogleraar Jacques Schotte (1928 - 2007). Zoals het woord het zegt: antropopsychiatrie is de theorie en de praktijk van de typisch menselijke aandoeningen. Wat is het wezenlijk verschil met de DSM-visie? Szondi werkt met een DNA-metafoer. DNA is uit vier stoffen samengesteld – deze vier en geen andere. Het vormt de grond van de mens als materie, zowel gezondheid alsook in ziekte. Via empirisch-klinische weg vond Szondi dat vier levensvectoren, driftvectoren – deze vier en geen andere – de mens drijven. Schotte als theoretische bruggenbouwer beseftte de draagwijdte van deze vinding en integreerde dit in zijn antropopsychiatrisch (levens)werk. Psychiaters Leo Ruelens en Jean-Louis Feys hebben dit respectievelijk in het Nederlands en Frans uitstekend beschreven en

gedocumenteerd.

Voor Szondi zijn onze vier driften geen instincten. Laat dit van meet af aan duidelijk zijn. De hond van Pavlov heeft instincten. Ze impliceren onmiddellijke (re)acties op een prikkel. Driften liggen echter op de grens van het somatische en het psychische, zoals Freud dit zeer kernachtig omschreef. Driften bewegen de persoon als *psychè*, te begrijpen vanuit de Griekse etymologie en filosofie: het globale menselijke functioneren. Dus zowel geest als lichaam zijn aan de orde, in tegenstelling met het dierlijke waar het instinct louter lichamelijk functioneert. Hieruit volgt dat voor de antropopsychiatrie enkel die mentale aandoeningen in aanmerking komen die *typisch* menselijk zijn. Hier ligt een duidelijk verschil met ziektes zoals bijvoorbeeld dementie. Dergelijke ziektes zijn neuropsychiatrische aandoeningen die zowel bij mens als bij dier kunnen voorkomen (denk maar aan de dollekoeienziekte). Deze ziekten zijn allereerst lichamelijk en werken pas secundair op de geest. Dit zijn ziektes die, net als *a natural kind*, onafhankelijk van de levensgeschiedenis en context van de patiënt evolueren. Antropopsychiatrische aandoeningen hebben echter een eigen dynamiek. Het verhaal, de context, en vooral de psychische realiteit maken het verschil met neuropsychiatrische ziekten.

De antropopsychiatrie onderscheidt vervolgens vier typische menselijke aandoeningen. Het zijn er vier. Niet toevallig vier. Zoals hierboven vermeld zijn er vier driftvectoren die ons leven schragen en vormgeven, in gezondheid en ziekte. Iedere vector draagt in zich zowel potentialiteit als pathologie. Indien dat laatste, dan zijn er dus vier basispathologieën. Deze zijn: de thymopsychopathie, de perversie, de neurose en de psychose. Het eerste is een trias van stemmingspathologie (depressie en manie), toxicomanie en psychopathie. Dit laatste niet te begrijpen als de ‘criminele’ versie zoals ook in de DSM beschreven. Neurose is verwant met het hedendaagse begrip van persoonlijkheidsstoornis.

Uit het bovenstaande wil ik twee belangrijke filosofische vaststellingen destilleren. Ten eerste. Psychopathologie *maakt deel uit* van de menselijke conditie. Psychopathologie is des mensen. In feite is dit een realistische kijk op de mens: wie zonder problemen is, ... Deze visie verschilt totaal van het idee dat gezondheid staat voor een afwezigheid van symptomen. Iedereen heeft symptomen, maar de één meer dan de ander. Ten tweede. Psychopathologie is *gegrond* in de menselijke conditie. Bijgevolg kan een psychiatrische classificatie niet ‘willekeurig’ zijn, afhankelijk van tijdperk en context (maatschappij). Deze antropologische visie weerspiegelt zich in het concept van ‘categorie’. Dit kan omschreven worden als basis van een classificatie die niet willekeurig is, waarvan een antropologisch en filosofisch concept de grond vormt die naar de essentiële kenmerken van het (menselijke) zijnde verwijst. Iedere basispathologie is dus een categorie en het is de antropopsychiatrie die duidelijk maakt dat er vier en slechts

die vier zijn. Waarom die vier en geen andere? Only humaneness knows ... Wat een verschil met de DSM 'filosofie'! In de loop van de jaren is er in de verschillende versies een 'va et vient' van diagnoses geweest. Dit toont aan dat dergelijke classificatie op basis van 'klassen' is ingedeeld. Klassen verwijzen wél naar een willekeurige classificatie die eindeloos kan zijn en au fond steeds aan verandering onderhevig is. Oude wijn in nieuwe zakken of nieuwe wijn in oude zakken, alles is mogelijk tot het vroeg of laat onmogelijk wordt. Dit is het lot dat elke diagnose in principe in dergelijke classificatie kan ondergaan. In principe dus principeloos en kans dat dergelijke classificatie zich vroeg of laat zelf moet opheffen. Wat een verschil met de 'categorische imperatief' van de antropopsychiatrie. In de DSM als classificatiesysteem zijn zowel neuropsychiatrische als de klassieke psychiatrische ziekten – antropopsychiatrisch zijn dit de typisch menselijke aandoeningen – aan de orde. Wat leidt tot wanorde gezien aandoeningen met een totaal verschillende eigenheid, c.q. behandeling, gelijkgesteld naast elkaar ingedeeld zijn. De bovenvermelde impliciete basisassumptie van de DSM-samenstellers is er debat aan: deze ziektes zijn uiteindelijk organisch te verklaren. Zo wordt wanorde *waanorde*. Zo wordt de mens in zijn gebrokenheid tot een mensdier gereduceerd. Jacques Schotte haalde graag de gevleugelde uitspraak van Michel Foucault aan om de DSM te typeren: 'Le fou est envoyé au jardin des espèces' ...

In dit essay zijn enkele filosofische en antropologische argumenten aan bod gekomen die een huidige psychiatrische classificatie als de DSM in vraag stellen. Het *basic instinct* van de Task Force over hun geesteskind is naar analogie met somatische ziekten organisch van aard. De ziektebeelden zijn naar hun overtuiging natuurlijke entiteiten. De filosofische uitklaring van klinische en classificatorische fenomenen in dit artikel toont aan dat de DSM juist een heel tijdelijk, en wellicht vergankelijk, leven beschoren is. De antropopsychiatrie, die naast psychoanalyse ook filosofie en psychiatrie integreert, is een meer coherente en meer 'menselijke' kandidaat voor een (ver)nieuw(end)e psychiatrie. De argumenten vanuit deze invalshoek die het DSM-concept als het ware deconstrueren tonen dit aan. Inderdaad, psychopathologie in de echte zin van het woord is een menselijk drama. DSM reduceert dit echter tot een eendimensionaal 'natuurlijk' verhaal. DSM is the dis-ease.