



## Etiketteren is een psychische stoornis

Onder sterke druk van belangengroepen is besloten ‘etiketteren’ als psychische stoornis op te nemen in de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Het betreft hier een driftmatige obsessie, veelal bij professionals in de geestelijke gezondheidszorg, om psychisch lijden te willen classificeren. Onderzoekers zijn er van overtuigd dat het neurobiologische fundament van deze aandoening snel gevonden gaat worden. Rekening houden met psychodynamische, etiologische en contextuele factoren als verklaring voor deze stoornis is niet nodig. Via ‘big pharma’ gesponsord onderzoek, is al bij toeval een medicijn ontdekt dat uiterst effectief werkt tegen etiketteren, met nagenoeg geen bijwerkingen. De meest effectieve behandeling daarbij, blijkt uit onderzoek, is een protocolletje, waarin irrationele cognities en gedrag aangepast worden in acht sessies. De verzekeraar betaalt, omdat het zo kostenefficiënt is. Indien dit geen effect heeft, ligt dat vooral aan degene die het protocol ondergaat.

### Psychische stoornis: wie bepaalt dat?

Ooit gehoord van drapetomanie? Een psychische aandoening in de negentiende eeuw, die zwarte slaven ertoe aanzette om hun gevangenschap te ontvluchten.

Psychiatrische stoornissen vandaag de dag zijn synoniem met DSM-categorieën.

ADHD, autisme en stemmingsstoornissen zijn flink toegenomen de afgelopen decennia. Haast een etiketteringsdrift rondom psychisch lijden. Maar hoe wordt bepaald wat een stoornis is?

De meeste medici zien graag dat het oordeel over ziekte en gezondheid een objectief oordeel is; een wetenschappelijke norm om duidelijk afgebakende criteria te stellen. Voor sommigen is dat mogelijk wanneer psychische ziekten niet verschillen van organische ziekten. Dan zijn ze natuurlijke soorten, werken volgens bepaalde wetmatigheden met een duidelijke onderliggende causaliteit, gelijk zwaarte-kracht – in tegenstelling tot kunstmatige, door de mens zelf gecreëerde en in categorieën onderscheiden soorten, gelijk het maken van verkeersregels.

Het verhaal over wat normaal en psychopathologisch is, wordt nu gedomineerd door de biomedische neurowetenschappen, vastberaden om biologische afwijkingen van psychiatrische stoornissen te ontdekken. Maar kan het fysiologische ziektebegrip zomaar worden toegepast op het psychische? Zijn psychiatrische stoornissen wel zo natuurlijk? Of eerder kunstmatig?

### Natuurlijk of kunstmatig?

Het doel van de DSM was aanvankelijk om te komen tot diagnoses, op oorzaken gebaseerd, zoals in de somatische geneeskunde. Psychiatrie bewandelde hier een natuurwetenschappelijke route, om tot een indeling van ziekten (nosologie) te komen: metingen en empirische observatie van psychische verschijnselen, beschrijven van aandoeningen via onderzoek

en classificatie. Dit resulteerde in de eerste DSM, etiologisch neutraal. Onderzoeken welke DSM-categorieën neurobiologische substraten hadden, was het vervolg. Daarmee diagnoses baseren op fysiologie, in plaats van op geobserveerde gedragingen en gevoelens. Zo leek de heilige graal.

Jaren van onderzoek en grote financiële investeringen in internationale neurobiologische onderzoeksprojecten, hebben voor geen enkele DSM-classificatie enige neurobiologische zekerheid gegeven. Dit leidt zelfs tot de kritiek dat de DSM onwetenschappelijk is, bij gebrek aan hard neurobiologisch bewijs. Er blijkt weinig fysiek fundament voor de psychiatrische classificaties.

Een duidelijk markeerpunt tussen ziek en gezond, zoals dat in het categoriale karakter van de DSM wordt verondersteld, bestaat ook niet in de praktijk. Er is geen duidelijke afscheiding tussen de verschillende stoornissen. DSM-diagnosen duiden geen homogene groepen aan (kleine verschillen tussen individuen met eenzelfde diagnose), maar veel eerder een heterogeniteit middels comorbiditeit, grootschalige overlap. Soms zijn ze juist in geen enkele categorie te vatten.

Overigens heeft classificatie per definitie geen betrekking op het individuele geval, maar op onderzoek van groepen van verschijnselen. De ordening aan de hand van vaste criteria bevordert een heldere, eenduidige communicatie tussen hulpverleners, en maakt het gestandaardiseerd wetenschappelijk onderzoek en het opstellen van behandelprotocollen mogelijk. Als beschrijving van individuen moet ze echter niet te serieus genomen worden.

De voorzitters van de DSM-5 taskforce erkennen dat het doel – om te komen tot etiologische homogene groepen die uniform op specifieke behandelingen zouden reageren – niet haalbaar is gebleken. Duidelijke grenzen tussen psychopathologie en normaliteit blijken een fabel. Waarden spelen in de psychiatrie een grotere rol dan bij somatiek. Een hartaanval



wordt overal gezien als een afwijking van biologische normen; er is iets stuk. Hoe anders is dat bij gedrag en beleving, waar de specifieke sociaal cultureel maatschappelijk context een rol speelt. Ter illustratie: homoseksualiteit was tot in de jaren zeventig een psychiatrische aandoening.

Psychiatrische stoornissen zijn *value based*, geen vastomlijnde ziektes die in de natuur bestaan, maar labels. De DSM heeft een geconstrueerd karakter.

Waar de grenzen van ADHD liggen wordt veeleer afgesproken door organisaties als de Amerikaanse Psychiatische Associatie die de DSM opstelt vanuit overleg, werkgroepen, discussie, onderzoek. Daarmee

is ADHD als gestoord gedrag een *'social construct'*; product van maatschappelijke ontwikkelingen. Zo'n aanpak valt ten prooi aan belangen, waarden, politiek, macht, tijdsgeest en mensvisie. *"Mental disorders is what clinicians treat and researchers research and educators teach and insurance companies pay for."*

### Verkeerde beeldvorming

De meeste psychiatrische stoornissen zijn dus kunstmatig, door de mens gecreëerd. Toch worden ze vaak opgevat als natuurlijke soorten. Dit heeft vergaande gevolgen.

De DSM is inmiddels bepalend in de gezondheidszorg, in het neurobiologische onderzoek en in de farmaceutische industrie, maar ook bij verzekeraars, op de werkvloer en op scholen. Het is maar de vraag in hoeverre dit een gunstige ontwikkeling is.

Experts presenteren psychiatrische stoornissen vaak als hersenaandoeningen.

Spreeken over ADHD als een hersenaandoening, suggereert dat we ADHD in louter biologische termen kunnen conceptualiseren; als iets dat stuk

is, afwijkend van een biologische norm. Deze stelligheid van neurobiologische bevindingen kan niet worden waargemaakt. Problemen worden hierdoor herleid tot individuele moeilijkheden en helemaal gedecontextualiseerd; los van de sociale, culturele en maatschappelijke omgeving, los van de intrapsychische dynamiek en het eigen verhaal. Ook de farmaceutische industrie draagt bij aan de perceptie dat psychiatrische stoornissen van natuurlijke aard zijn. Het heeft alles te maken met een verstoorde

werking van de grijze massa: u bent echt ziek, niet alleen psychisch. U hoeft zelf niets te doen, een pilletje is voldoende.

Psychiatrische diagnostische categorieën worden voor waar ge-

houden en bieden een illusie van een verklaring. Dat is een proces van reïficatie. Iemand heeft dan ADHD en het drukke gedrag wordt veroorzaakt door ADHD. Maar psychiatrische stoornissen zijn niet verklarend, en zeggen niets over hoe het komt dat iemand aan criteria van ADHD voldoet. Reïficatie gebeurt des te sneller als die categorieën een allure van wetenschappelijkheid hebben of bepaald worden door een autoriteit. Categorieën creëren een *selffulfilling prophecy*, doordat we met die blik waarnemen. Menselijke classificaties creëren daarbij nieuwe mogelijkheden van identiteit, *'making up people'*, aldus Hacking (2006). Toename van stoornissen wordt ook veroorzaakt door een *looping effect*: veranderingen in het gedrag dat door het label is gegeven, heeft weer effect op wat binnen de classificatie valt. Er is bijvoorbeeld grote druk van patiëntenverenigingen, ouderverenigingen en andere belangengroeperingen om nieuwe stoornissen in de DSM op te nemen. De DSM is mede vorm gaan geven aan de manier waarop de samenleving is ingericht en de manier waarop men zichzelf beziet.

Rose (2003) stelt dat mensen zichzelf en hun

## De meeste psychiatrische stoornissen zijn dus kunstmatig, door de mens gecreëerd

psychische abnormaliteiten in toenemende mate begrijpen als 'neurochemical selves'. "We are witnessing a psychiatrization of the human condition." Hedendaagse samenlevingen willen vlugge oplossingen voor problemen en denken die te vinden in een psychiatrische diagnose. Dit brengt risico's op onnodige stigmatisering, sterke groei van stoornissen, overbodig medicijngebruik, de illusie van een quick fix en hoge kosten voor behandelingen.

### DSM en interventies

Steeds meer wordt een voorschot genomen op psychische ziekten als een natuurlijke soort, met als oorzaak afwijkingen in de hersenen. Dat leidt automatisch tot een behandeling met psychiatrische medicatie, die klachtgericht en symptoom bestrijdend is, en een focus legt op snelle gedragsverandering. Koren op de molen van farmaceutische industrie en verzekeraars.

De specifieke werking van medicatie op stoornissen is echter nauwelijks bekend. De effectiviteit wordt systematisch fors overschat en de nevenwerking fors onderschat. Veel patiënten stoppen met de inname, op grond van te veel nevenwerkingen en te weinig positieve resultaten. Vaak worden medicijnen bij toeval ontdekt in plaats van op basis van kennis van de neurobiologische mechanismen bij bijvoorbeeld depressie. Negatieve onderzoeksresultaten worden vaak weggelaten. Om over de promotie en marketingmachine van big pharma bij positieve resultaten nog maar niet te spreken.

Daarnaast verwachten we alle succes van behavioristische gedragsverandering. Onderzoek om de effectiviteit daarvan wetenschappelijk te bewijzen, met *randomized controlled trials* (RCT), heeft een groei doorgemaakt. Methodes die de test doorstaan krijgen het pluimpje van 'empirically supported treatments'. Een psychotherapeutische methode kan echter alleen gemeten worden op effectiviteit als het aan strenge eisen voldoet. Cliënten moeten identiek zijn (slechts één stoornis). De behandeling moet standaard zijn (kortdurend 6-16 sessies,

8-10 weken, want hoe korter de behandelduur hoe groter de kans dat de effecten met de onderzochte behandeling te maken hebben) en de behandelaar identiek (zodat verschillen tussen therapeuten geminimaliseerd worden).

Het is echter een ontoereikend onderzoeksmodel om effectiviteit van psychotherapie te meten, omdat het overgrote deel van patiënten uit de klinische praktijk bij dit onderzoek uitgesloten wordt. Cliënten met een enkele stoornis bestaan nagenoeg niet; comorbiditeit is eerder regel. Op grond van de eisen kan ook de grote meerderheid van psychotherapieën niet worden beoordeeld. Alleen voor kortdurende psycho-educatieve, gedragsmatige of cognitief-gedragsmatige behandelingen is dit onderzoek mogelijk en is het effect makkelijk aantoonbaar. Maar het effect van kortetermijnpsychotherapie is meestal ook kortdurend. Na aanvankelijk succes doet zich vaak een terugval voor met een nieuwe hulpvraag. De onderzoeksliteratuur bevestigt dit alsook dat langer durende psychotherapeutische behandeling goedkoper uitkomt tegenover herhaalde kortdurende interventies, met wisselende therapeuten. Nog een beperkend element aan deze RCT is de reductie van de therapeut tot een machinaal instrument dat strak afgebakende voorschriften uitvoert. Zo werkt psychotherapie niet. Elke behandeling werkt anders. De behandeling vraagt aanpassing, dienstbaar aan een specifiek individu. Daarbij is er weinig bewijs dat een bepaald behandelmodel specifiek werkzaam is bij een bepaalde diagnose. En alle therapiemodellen werken ongeveer even goed (*Dodo bird verdict*).

De relevantie van *evidence based medicine* en RTC wordt superieur geacht. In de praktijk werken deze wetenschappelijk gevalideerde methodes niet. Ze zijn kortdurend, goedkoop, objectief, onpersoonlijk, iedereen ontvangt dezelfde behandeling, van op identieke wijze en emotioneel gestorven te werk gaande therapeuten. De resultaten hebben een zeer beperkte reikwijdte.

Dit staat haaks op het grote belang dat therapeuten



en onderzoekers hechten aan behandelprotocollen. Therapeuten, instituten en verzekeraars baseren hun keuzes van behandelplan op de resultaten van deze onderzoeken, die gebaseerd zijn op DSM-categorieën. Vergoeding door verzekeraars van het aanbod van ggz-instellingen of de regulier psychologische praktijk hangt vaak af van die wetenschappelijk effectiviteit.

Toch blijkt uit onderzoek telkens opnieuw, dat binnen elke psychotherapievorm de therapeutische verhouding de meest werkzame factor is. De DSM en evidence based medicine gaan daaraan volledig voorbij. In plaats van een objectieverbaar 'evidence based proces', is psychotherapie veel meer een interpersoonlijk 'dance based proces'. Subjectiviteit is inherent aan de psychiatrie omdat de effectiviteit van het vak afhankelijk is van de onderlinge relatie.

We komen hier uit bij de dialectische methode, als noodzaak voor succes in begeleiding. Geen afstandelijke, medisch technische procedure, maar een proces van bewuste en onbewuste intersubjectieve betrokkenheid van twee mensen in een psychotherapeutische relatie. Het belang van de dialectiek voor succes in psychotherapie wordt ondersteund door uitgebreid onderzoek. Het impliceert een significante rol voor de persoonlijkheid van de therapeut voor het succes bij therapeutische problematiek. Dit heeft een diepe implicatie voor de individuele ontwikkeling van de therapeut, als die de volle range van menselijk erva- ring wil begrijpen.

### Psychologie zonder ziel

De drang van de psychologie om het vakgebied (natuur)wetenschappelijk te maken heeft tot een verarming geleid. Vanuit een materialistisch reductionistisch mensbeeld is de mens niets meer dan een verzameling atomen en moleculen (wij zijn ons brein). Dezelfde verarming ligt besloten in het psychologische veld: objectief classificeren, symptoom bestrijdend, aanpassings- en oplossingsgericht met kortdurende protocollaire behandelingen, kostenefficiënt. Een mechanistisch principe, reparatie van wat stuk is en liefst zo snel mogelijk om weer van economische waarde te zijn. Dit is een eenzijdige

## Steeds meer wordt een voorschot genomen op psychische ziekten als een natuurlijke soort, met als oorzaak afwijkingen in de hersenen

objectieve benadering, die niet de ware aard van psychiatrische problematiek kan blootleggen. Het ontbeert hier aan zicht op het intrapsychische en de psychodynamische werking in de mens. Vanuit het psychoanalytisch denkkader bezien, is inzicht in unieke patronen en drijfveren van elk

mens relevanter dan het toekennen van ziekteclassificaties. De huidige praktijk waarin classificeren en diagnosticeren zowat zijn samengevallen doet geen recht aan de complexiteit van psychische stoornissen. Het veralgemeniseert en reduceert de cliënt en zijn conditie ten koste van een meer integraal perspectief en een genuanceerd begrip van zijn unieke situatie.

Een integrale werkwijze met een diagnostiek in brede zin en een openheid voor meerdere perspectieven op psychologische ontwikkeling en psychisch leed is relevant. Dit biedt een tegenwicht aan de DSM en voorkomt de neiging te vervallen in absolutisme. Er is niet een waarheid om psyche en gedrag te begrijpen. Naast het biomedische verhaal zijn er psychoanalytische, humanistische, behavioristische, transpersoonlijke, interpersoonlijke, systeem-

gerichte, transculturele, existentiële, lichaamsgerichte, cognitieve, feministische en meer stromingen en perspectieven. Hoe meer verhalen de begeleider kent, hoe groter zijn 'narratieve competentie', des te groter de kans op een afgestemde en heilzame begeleiding. Dit benadrukt eens te meer het belang van de individuele ontwikkeling van de therapeut. De wortels van de psychologie liggen nu eenmaal diep verborgen in de menselijke ziel.

### Referenties

- Dehue, T. (2012). Over de (on)wetenschappelijkheid van de DSM: Een wetenschapstheoretisch perspectief. In D. Denys, & G. Meijnen (Red.), *Handboek Psychiatrie en Filosofie* (pp. 53-69). Utrecht: Tijdstroom.
- Denys, D., & Meynen, G. (Red.) (2012). *Handboek Psychiatrie en filosofie*. Utrecht: Tijdstroom.
- Foucault, M. (2012). Voorbij antipsychiatrie: Macht, vrijheid en de mens in de maak. In D. Denys, & G. Meijnen (Red.), *Handboek Psychiatrie en Filosofie* (pp. 69-82). Utrecht: Tijdstroom.
- Glas, G. (2012). Wat is een psychiatrische ziekte? In D. Denys, & G. Meijnen (Red.), *Handboek Psychiatrie en Filosofie* (pp. 31-52). Utrecht: Tijdstroom.
- Hacking, I. (2006). *Making up people*. London: Review of Books.
- Nieuweg, E. (2012). Wat zijn DSM-categorieën? ADHD als casus. In D. Denys, & G. Meijnen (Red.), *Handboek Psychiatrie en Filosofie* (pp. 83-94). Utrecht: Tijdstroom.
- Oenen, F.J. van (2019). *Het misverstand psychotherapie*. Amsterdam: Boom.
- Rose, N. (2003). The neurochemical selves and its anomalies. In R. Ericson (Ed.), *Risk and Morality* (pp. 407-437). Toronto: University of Toronto Press.
- Rump, H.A.J. (2014). *Geestelijke gezondheidszorg*. Nijmegen: Jungiaans Instituut.
- Verhaeghe, P (2010). *Het einde van de psychotherapie*. Amsterdam: Bezige Bij.

## Bart Donkers

Bart Donkers is als vrijgevestigde werkzaam als Jungiaans analytisch psycholoog, nabij Nijmegen. Dienstverlening op maat met deskundigheid, integriteit, zorgvuldigheid, vertrouwen en klant-tevredenheid als kernwaarden. [www.bartdonkers.nl](http://www.bartdonkers.nl)