

Zeven visies op een psychiatrische stoornis

G. MEYNEN, A. RALSTON

ACHTERGROND Bij het ontwikkelen van een classificatiesysteem voor mentale stoornissen, zoals de DSM-5, is het van belang te weten wat een mentale stoornis is. Maar ook in de spreekkamer en in het wetenschappelijk onderzoek speelt dit punt steeds opnieuw.

DOEL Een overzicht geven van belangrijke visies op psychiatrische stoornissen en deze visies kritisch bespreken.

METHODE Bespreking van recente literatuur met een nadruk op filosofische studies naar het psychiatrisch ziektebegrip.

RESULTATEN Geen van de besproken visies geeft afdoend antwoord op de vraag hoe een psychiatrische stoornis gedefinieerd en afgebakend moet worden. Elk van de visies lijkt tegelijkertijd waardevolle punten te bevatten en accenten te leggen die een zinvol perspectief op de psychiatrie kunnen geven.

CONCLUSIE Het begrip 'psychiatrische stoornis' is complex. De invulling die er impliciet of expliciet aan gegeven wordt, heeft grote gevolgen. Het is een taak ook van de psychiatrie zelf dit begrip zo veel mogelijk te verhelderen.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)12, 895-903]

TREFWOORDEN filosofie, medisch model, psychiatrische stoornis, ziektebegrip

Bij de ontwikkeling van een nieuwe editie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) is niet alleen de vraag relevant wat de juiste criteria zijn voor elk van de mentale stoornissen. Daarnaast speelt de kwestie welke fenomenen of condities überhaupt in de DSM-5 thuishoren. De vraag is, met andere woorden: wat is te beschouwen als een psychiatrische stoornis (en wat valt daarbuiten)? In filosofische termen is dit het demarcatieprobleem tussen psychisch ziek en gezond. Dit is het centrale thema van dit artikel. Het hangt nauw samen met de ontologische vraag wat een geestesstoornis is.

Een voorlopig voorstel voor een nieuwe definitie van 'mental disorder' is onlangs door een werkgroep van het DSM-5-project gedaan (zie tabel 1).

De 'definitie' roept vragen op: wat is precies een psychobiologische disfunctie? Wanneer is lijden klinisch significant? Zullen de tekstveranderingen in de definitie ook tot verschuiving van de grens tussen ziek en niet-ziek in de klinische praktijk leiden? Meerdere alternatieven voor dit voorstel zijn inmiddels gedaan en bekritiseerd (o.a. Verhoeff & Glas 2010). Opvallend is dat het concept 'geestesstoornis' in dit voorstel een soort ongelijksoortige legpuzzel lijkt – datzelfde geldt overigens voor de huidige definitie in de DSM-IV (American Psychiatric Association 1994, p. xxi). Dit wijst erop dat we te maken hebben met een moeilijk te vatten, complex begrip. De analyse van dit concept is een van de centrale onderwerpen van de filosofie van de psychiatrie. Hoe we theoretisch naar psychiatrische stoornissen kijken, zal uiteindelijk niet alleen gevolgen hebben voor de dagelijkse

TABEL 1 Voorlopig voorstel (Stein e.a. 2010, vertaald) voor een nieuwe definitie van 'mentale stoornis' ter voorbereiding van DSM-5 (American Psychiatric Association 2010)

A	Een gedragsmatig of psychologisch syndroom of patroon dat zich voordoet bij een individu
B	dat een onderliggend psychobiologische disfunctie weerspiegelt
C	waarvan de gevolgen een klinisch relevant probleem vormen (bijv. een pijnlijk symptoom) of een onvermogen (bijv. beperking op een of meer belangrijke functioneringsgebieden) zijn
D	dat niet alleen een te verwachten reactie is op veelvoorkomende stressfactoren en verlieservaringen (bijv. het verlies van een geliefde) of een cultureel gesanctioneerde reactie op een bepaalde gebeurtenis (bijv. trancetoestanden bij religieuze rituelen)
E	dat niet primair het resultaat is van sociaal deviant gedrag of conflicten met de maatschappij
<i>Andere overwegingen</i>	
F	dat diagnostische validiteit bezit op basis van verschillende diagnostische validerende kenmerken (bijv. prognostische betekenis, psychobiologische verstoring, respons op behandeling)
G	dat klinische bruikbaarheid bezit (bijv. bijdraagt aan een betere conceptualisering van diagnoses, of aan een betere beoordeling en behandeling)
H	Geen enkele definitie geeft perfect de precieze grenzen aan voor het concept 'medische stoornis', noch van 'mentale/psychiatrische stoornis'
I	Diagnostische validerende kenmerken en klinische bruikbaarheid moeten helpen om een onderscheid te maken tussen een stoornis en diagnostische 'nearest neighbors'
J	Wanneer men overweegt om een mentaal/psychiatrisch beeld aan de nomenclatuur toe te voegen, of een mentaal/psychiatrisch beeld uit de nomenclatuur te verwijderen, dienen de potentiële voordelen (bijv. betere patiëntenzorg, stimuleren van nieuw onderzoek) groter te zijn dan de potentiële schade (bijv. schaden van individuen, zich lenen voor misbruik)

praktijk, de afbakening en indeling van zorg(programma's), maar ook voor wetenschappelijk onderzoek (Cooper 2007; Meynen 2010). In dit artikel beogen we een overzicht te geven van een aantal visies op hoe een mentale stoornis gedefinieerd kan worden, onder meer om zo de discussies rond de DSM-5 beter te kunnen plaatsen.

METHODE

Voor dit overzicht doorzochten wij recente filosofisch-psychiatrische literatuur op conceptuele analyses van 'mental disorder'. Als algemene bronnen selecteerden we daarbij Fulford e.a. (2006), Bolton (2008) en Thornton (2007), omdat deze publicaties overzichtswerken op dit gebied zijn. Daarbij is ook literatuur waarnaar in deze boeken verwezen werd bij het geboden overzicht betrokken. Tevens zochten we in PubMed met de zoektermen 'concept' en 'mental disorder' voor aanvullende, recente literatuur.

De uiteindelijke selectie van de te bespreken concepten maakten we primair op basis van de plaats die de visies in het debat innemen: de eerste

vier zienswijzen spelen in de (recente) historie een dominante rol. Daarnaast selecteerden we drie visies die niet slechts een variant op deze vier benaderingen zijn, maar een nieuw, contrasterend filosofisch gezichtspunt bieden. Hiermee is de selectie vanzelfsprekend niet uitputtend: doel van het overzicht is namelijk vooral ook de diversiteit van concepten in de huidige discussie te laten zien. Bolton (2008) geeft een heldere indeling en analyse van verschillende visies, die wij derhalve deels volgden. Voor een meer gedetailleerde uitwerking van de filosofische standpunten waarop de verschillende visies gebaseerd zijn, verwijzen wij naar Ross (2005) en Kendler e.a. (2010).

EEN PATHOFYSIOLOGISCHE AFWIJKING

Binnen de geneeskunde spreken we van een ziekte wanneer er een pathofysiologische verandering bekend is die ten grondslag ligt aan afwijkingen of symptomen. Als er weliswaar een kenmerkende constellatie van verschijnselen of symptomen is, maar het pathofysiologisch substraat is onbekend, dan spreekt men van een syndroom.

Dit wordt vaak het ‘medisch model’ van ziekte genoemd: symptomen plus een onderliggend pathologisch substraat (voor varianten op het medisch model: zie Zachar & Kendler 2007). Er bestaat hierbij een samenhang tussen verschijningsvorm en een onderliggende afwijking. De essentie van ziekte is dan eigenlijk gelegen op een dieper niveau, dat als doorslaggevend en als oorzaak van de symptomen wordt gezien. Wat onder het oppervlak ligt, vormt de ‘essentie’, en is ook wat alle mensen die aan de ziekte lijden gemeen hebben – hoewel ze heel verschillende symptomen aan de oppervlakte kunnen tonen.

Vanaf de opkomst van de geïnstitutionaliseerde psychiatrie in de 19de eeuw is het pathofysiologisch model een dominante opvatting geweest. De nauwe samenhang met een natuurwetenschappelijke benadering heeft ook een belangrijke rol gespeeld bij de maatschappelijke legitimering van de psychiatrie (Oosterhuis & Gijswijt-Hofstra 2008). Het kan overigens best zo zijn dat we op dit moment niet weten wat de onderliggende lichamelijke of neurobiologische afwijking is. Het model vraagt evenwel dat zo’n biologische afwijking wordt verondersteld (en dat er wetenschappelijk onderzoek naar wordt gedaan). En zou er uiteindelijk helemaal niets pathofysiologisch worden gevonden, dan is er geen sprake van een (psychiatrische) stoornis. Tegelijkertijd mag het even duren voordat we de conclusie trekken dat een dergelijk substraat er niet is. Volgens sommigen berust een aanzienlijk deel van de huidige legitimering van de psychiatrie zo op de belofte van toekomstige opheldering (zie Fancher 1995). Overigens, in de definitie die de DSM-IV geeft, komt een directe verwijzing naar een biologisch substraat niet voor. Het concept van de DSM-5 (zie tabel) spreekt wel van psychobiologische *dysfunction* (B) en *dysruption* (F).

Deze medische benadering van het psychiatrisch stoornisbegrip sluit dus aan bij de rest van de geneeskunde. Dat kan als voordeel worden gezien. Dit kan ook het gevoel versterken dat psychiatrie een ‘hard’ vak is: door middel van objectieve criteria is een lichamelijke afwijking vast te

stellen. Vaak is men namelijk beducht dat het psychiatrisch ziektebegrip al te zeer gestoeld is op subjectieve beleving en waarden. Er wordt dan voorgesteld dat de psychiatrie naar zoveel mogelijk objectiviteit en waardevrijheid moet streven (Sadler 2005). Tegelijkertijd geven andere auteurs aan dat waarden intrinsiek met het begrip ‘ziekte’ verbonden zijn, en – derhalve – overal in de geneeskunde spelen (Fulford e.a. 2006). Punt is wel, aldus Fulford, dat er in de psychiatrie minder eensgezindheid over de waarden is dan in de somatische geneeskunde (zie ook Thornton 2007).

De bekendste kritiek op de psychiatrie is overigens juist op basis van dit medische model geformuleerd, door Szasz (1972). Met dit model in de hand argumenteerde hij dat geestesziekten geen echte ziekten zijn; er is immers geen enkele psychiatrische aandoening waarvoor een solide pathofysiologische afwijking bekend is. Dit maakt duidelijk dat het medische model dat belangrijk was voor de legitimering van de psychiatrie ook haar achilleshiel kan zijn: als er gevraagd wordt wat de psychiatrie in de praktijk aan pathologische substraten gebruikt, dan is dat een lastig te beantwoorden vraag. In de DSM-IV zijn zulke criteria in elk geval niet te vinden (we zouden een voorbehoud voor dementieën kunnen maken, wanneer we die niet primair tot de neurologie rekenen). Er moet, zo luidt de kritiek, dus wel heel veel verondersteld worden om met dit medische model het begrip ‘psychiatrische stoornis’ te kunnen definiëren. En de vraag is dan wat we aan al die ‘veronderstelde’ biologische substraten hebben voor ons ziektebegrip: is dat wel een solide en legitieme basis, of dus eerder een lege belofte?

Een ander, conceptueel bezwaar is het volgende. We gaan er vaak van uit dat alle mentale toestanden een neurobiologische ‘basis’ hebben. Het simpele feit dat we een bij een bepaalde mentale toestand horende neurobiologische toestand vinden, betekent nog niet dat die toestand een afwijking of stoornis vormt. De neurobiologische bevindingen kunnen daarmee niet doorslaggevend zijn (Zachar 2000). Bijvoorbeeld, er kan best een neurobiologisch substraat zijn voor blijd-

schap, haat, fobische angst voor muizen, en aanhoudende somberheid, maar op zich bepaalt zo'n substraat niet welke van deze als stoornis moet worden beschouwd.

Daarnaast vraagt men zich af of een neurobiologische benadering genoeg oog heeft voor de beleving van de individuele patiënt. Een te sterke focus op dit beschrijvingsniveau zou tot gevolg kunnen hebben dat het primaat van de talige werkelijkheid van de klinische praktijk verloochend wordt (Milders 2007). Overigens is het van belang te bedenken dat er verschillende varianten van dit model bestaan, onder andere een 'ontologische' variant die ervan uitgaat, zoals we in het voorgaande beschreven, dat de geestesstoornis uiteindelijk ook samenvalt met de afwijking op het niveau van gen, neurotransmitter, neuronaal circuit etc., en een kentheoretische variant die benadrukt dat een geestesstoornis door middel van de pathofysiologie gekend en benaderd moet worden, maar waarbij men geen uitspraak doet over wat een geestesstoornis nu is (Zachar & Kendler 2007).

VERLIES VAN BETEKENIS

Psychiatrische stoornissen zijn toestanden waarin sprake is van verlies van betekenis (*breakdown of meaning*) (Bolton 2008). Deze opvatting van stoornis zou goed aansluiten bij hoe we in het dagelijks leven (de symptomen van) mentale stoornissen tegenkomen en ervaren. Iemand kan gedrag vertonen dat we niet begrijpen. Waarom reageerde hij niet enthousiast toen ik hem het nieuws vertelde? Waarom was hij agressief tegen zijn buurvrouw? Bij een arrestant die onbegrijpelijk, schijnbaar betekenisloos communiceert, zal vaak een psychiater in consult worden gevraagd. Wat we niet begrijpen, waar we de betekenis niet van zien, wordt al gauw 'gek', 'raar', 'ziek', of 'gestoord' gevonden (Ahn e.a. 2003). Niet alleen voor de omgeving, ook voor een patiënt zelf is diens gedrag soms onbegrijpelijk: 'Waarom ga ik maar door met vijftig keer per dag mijn handen wassen, terwijl ik ergens wel weet dat dit nergens goed voor is?' De *breakdown of meaning*-visie neemt

dit gegeven als centraal: het gedrag verliest haar (normaal vanzelfsprekende) zin of betekenis. Op dat moment is er sprake van een mentale stoornis. We zien dat terug in punt D (tabel 1): er moet niet slechts sprake zijn van een te verwachten (begrijpelijke) respons op een stressor.

Dit ziektemodel past dus bij een primaire ervaring van de onbegrijpelijkheid van het gedrag. Een evident probleem is de subjectieve kant: wat ik niet begrijp, begrijpt een ander misschien wel. Bovendien zouden sociale normen hier kunnen gaan overheersen. Als veel mensen iets niet begrijpen of vreemd vinden, dan gaan ze het 'gestoord' noemen. Dan dreigt uitsluiting van mensen (Sadler 2009). Een ander punt is, redeneert men, dat de voortgang binnen psychologische theorievorming en onderzoek ertoe heeft geleid dat allerlei ogenschijnlijk betekenisloze en bizarre fenomenen begrijpelijker zijn geworden. Onder verwijzing naar bijvoorbeeld Freud argumenteert men dat onder ogenschijnlijk onbegrijpelijke symptomen onbewuste conflicten, disfunctionele schema's of systemisch bepaalde gedragspatronen schuil kunnen gaan, die juist zeer betekenisvol zijn (Bolton 2008). Een *slip of the tongue* kan een wereld aan betekenissen blootleggen. Vanuit dit perspectief moeten we dus voorzichtig zijn om symptomen als betekenisloos te zien.

SCHADELIJKE DISFUNCTIE

Door het werk van Jerome Wakefield is het begrip 'schadelijke disfunctie' (*harmful dysfunction*) veel bediscussieerd. Volgens zijn model moet er sprake zijn van een disfunctie (zie B en C in de tabel) om van een mentale stoornis te kunnen spreken. Wakefield (2007) definieert disfunctie vanuit de evolutiebiologie. Maatgevend is of iets werkt volgens de functie die het binnen de evolutie heeft. Bepaalde eigenschappen zijn in de evolutie ontstaan als aanpassingen aan de omgeving, ze waren adaptief. Essentieel is dus of er ten opzichte van die evolutionaire, adaptieve eigenschappen sprake is van disfunctie. Als tweede criterium moet er ook sprake zijn van schade. Als iets niet functio-

neert zoals het bedoeld is, maar iemand ondervindt er géén schade van, dan spreken we niet van een mentale stoornis.

Er zijn belangrijke kritiekpunten op deze visie geformuleerd. Want wat weten we op dit moment van evolutionaire functies? Anders gezegd: weten we hoe de evolutie dingen heeft ‘bedoeld’? Bepaalde biologische fenomenen (oren bijvoorbeeld) kunnen op een zekere manier gebruikt worden – maar is dit ook hun evolutionaire functie? Oren zijn waarschijnlijk ‘bedoeld’ om mee te horen. Maar ze zijn ook geschikt om er een bril op te zetten – en zo worden ze veelvuldig en naar tevredenheid gebruikt (en dit gebruik kan waarschijnlijk ook best helpen bij de overleving van de soort). Maar als ze – om wat voor reden dan ook – niet geschikt zijn om een bril op te zetten, disfunctioneren ze dan? (Zie voor discussie: Van der Stel 2009.)

De vraag is dan ook of er nu eerst allemaal evolutionair biologisch onderzoek gedaan moet worden naar het verre verleden op de savanne voordat we nu in de spreekkamer kunnen zeggen: ‘U bent ziek’. Men kan echter tegenwerpen: het is toch wel duidelijk dat het evolutionair niet ‘de bedoeling’ is dat mensen enorm af gaan vallen of hun werk niet meer kunnen uitoefenen – dat is toch niet bevorderlijk voor de overleving? Dat kan zo zijn, maar op die manier definieert men de disfunctie vanuit de *schadelijke gevolgen*. Dat is juist niet Wakefields bedoeling. Onafhankelijk van de schade moet sprake zijn van disfunctie, om circulariteit te voorkomen (Megone 2000). Een ander probleem voor dit model is de mogelijkheid dat entiteiten die nu als geestesstoornis gezien worden, mogelijk evolutionair voordeel geboden hebben en nog steeds bieden, zoals o.a. gesuggereerd is voor schizofrenie en sociopathie (Cooper 2007).

Overigens, misschien hoeft de evolutionaire benadering van de ‘schadelijke disfunctie’ niet gevolgd te worden. Van der Stel (2009) heeft onlangs geprobeerd te laten zien dat hoewel het evolutionaire deel van Wakefields benadering niet erg zinvol lijkt, het begrip ‘disfunctie’ wel nuttig kan zijn.

SOCIAAL CONSTRUCT

Tegenover de conceptualisatie van geestesstoornis als pathofysiologische afwijking, of, populair gezegd, hersenziekte, kan het idee van geestesstoornis als ‘sociaal construct’ worden geplaatst. Deze term benadrukt het idee dat de rol van de mens in het verkrijgen van kennis een wezenlijke is, en dat de mens geen toegang heeft tot objectieve, theorievrije kennis van de natuur. Zijn aandeel in het beschrijven en classificeren van de wereld om ons heen wordt hierbij benadrukt. Dit houdt niet zozeer een relativering in van de ‘echtheid’ van de dingen die beschreven worden, wel houdt het vaak *antirealisme* in: de categorieën die wij als mensen of wetenschappers hebben vastgesteld, zijn geen onontkoombaar gevolg van de manier waarop de wereld in elkaar zit, maar zijn afhankelijk van onze menselijke interesses en gedachteprocessen, en theorieën. In het verleden stonden sociaal constructivisme en naturalisme of realisme recht tegenover elkaar, maar inmiddels hebben auteurs als Latour (1999) en Pickering (2006) nuanceringen aangebracht waarbij zaken zowel ‘natuurlijk’ als ‘menselijk construct’ kunnen zijn. Zie overigens punt E uit de tabel: het moet niet alleen gaan om het schenden van sociale normen.

Behalve hybride vormen tussen realisme en constructivisme zijn er verschillende gradaties van constructivisme (Hacking 1999). Bij de ‘mildste’ vorm van constructivisme laat de auteur bijvoorbeeld zien dat iets dat doorgaans als een natuurlijk gegeven wordt beschouwd eigenlijk afhankelijk is van historische dan wel sociale factoren. Hacking noemt dit ‘historisch constructivisme’. De auteur kan ook een stap verder gaan en zeggen dat het beter zou zijn om dat ogenschijnlijk natuurlijk gegeven dáárom ook anders te gaan zien of anders te benoemen, dan wel als concept af te schaffen (zie bijvoorbeeld Blom 2003). In dat laatste geval spreekt hij van een veranderingsgerichte constructivistische analyse. Nog een stap verder kan een auteur ook actief gaan proberen een geconstrueerd concept (denk bijvoorbeeld aan

geslachtsgebonden identiteit of rolpatronen) in de praktijk af te schaffen of te veranderen: dan spreekt Hacking van revolutionair constructivisme.

Opvallend is dat publicaties die eigenlijk als historisch of ironisch constructivistisch gezien zouden moeten worden, door sommige commentatoren de lading van 'revolutionair' mee lijken te krijgen. Dit zou in de reacties op publicaties van Dehue in Nederland (o.a. Van der Does 2009), en op Bracken en Thomas (2005) in Groot-Brittannië kunnen spelen. Sociaal constructivisme blijkt overigens weinig populair te zijn onder psychiaters (Harland e.a. 2009). Mogelijk kan dit worden teruggevoerd op de conflicten in de periode van de antipsychiatrie. Daarnaast kan een dergelijke opvatting worden ervaren als een existentiële bedreiging voor de legitimering van de professie. Discussies tussen aanhangers van medische en constructivistische modellen van een psychiatrische stoornis raken daarom snel gepolariseerd (zie Holloway 2009).

ONVERMOGEN OM HET 'GOEDE LEVEN' TE LEIDEN

Megone (2000) heeft een visie naar voren gebracht gebaseerd op de ideeën van Aristoteles over het goede leven. Aristoteles begon met uitleggen wat het betekende dat een organisme een goed specimen van zijn soort was. Hij claimde dat elk soort een karakteristieke levenscyclus kent. Om deze te volgen heeft het organisme een aantal gereedschappen nodig, bijvoorbeeld tanden om te kauwen, ogen om prooi mee te vinden, etc. Deze gereedschappen garanderen niet dat het organisme een goed leven zal leiden (het organisme kan bezwijken aan ziekte of iets dergelijks), maar het vergroot wel de kans daarop. Megone ziet menselijke 'rationaliteit' (breed opgevat) als een dergelijk gereedschap om te komen tot 'flourishing human life', wat méér inhoudt dan alleen reproduceren. Bijvoorbeeld: gegeven het feit dat mensen van nature sociale wezens zijn – en spelletjes doen en grapjes maken onderdeel zijn van het typische 'bloeiende menselijk leven' – betekent een gebrek

aan het gereedschap om aan deze activiteiten deel te kunnen nemen, dat er sprake is van een stoornis.

Cooper (2007) wijst op de tekortkomingen van dit model, namelijk dat het overinclusief is: er zijn gemakkelijk voorbeelden te noemen van zaken die het bloeiende leven kunnen verhinderen die we desalniettemin niet als stoornissen zien, zoals armoede, analfabetisme of onaantrekkelijkheid. Daarnaast leidt ook moreel falen er volgens Aristoteles toe dat het 'goede leven' niet geleid wordt. Dus ook in die zin helpt dit model niet om een onderscheid te maken tussen een stoornis en moreel onaanvaardbaar gedrag ('mad or bad').

LEED EN BEPERKINGEN WAAR MENSEN ZELF NIET MEE KUNNEN OMGAAN

Bolton trekt in zijn boek (2008) de conclusie dat de huidige visies op een psychiatrische stoornis tekortschieten. Hij stelt daarom een alternatief voor, waarbij hij de patiënt zelf centraal stelt. Hij wil een psychiatrische stoornis namelijk begrijpen als een conditie waarin mensen hun leed en beperkingen ervaren als iets waar zij zelf niet mee om kunnen gaan, en waar zij professionele, medische zorg voor zoeken. Dit lijkt arbitrair en subjectief. Een patiënt die met psychische problemen naar een dokter gaat, heeft volgens deze benadering op grond van die komst een mentale stoornis. Nuttig is wel dat dit stoornisbegrip de patiënt zelf centraal stelt, niet de maatschappij of 'anderen'. Dat past ook in het recente denken over de psychiatrie, waarin de cliënt centraal komt te staan (Schrank & Slade 2007). Het lijkt ook in overeenstemming te zijn met hoe we vaak het succes van een behandeling evalueren, waarbij we – zeker in een poliklinische setting – vooral ook willen weten of de patiënt zelf ervaart dat hij of zij is opgeknapt.

Echter, bij sommige stoornissen komen mensen helemaal niet zelf naar de dokter. Sterker nog, juist bij de stoornissen die men wel beschouwt als ernstige en evidente psychische ontregelingen (zoals een psychose of manie), kunnen mensen dat zelf helemaal niet zo beleven. Volgens Bolton kan het dan zo zijn dat mensen om iemand

heen deze persoon dan ‘omdat zij het niet meer goed redden’ naar de dokter brengen. Daarmee wordt echter de definitie weer flink opgerekt, en verliezen we juist dat patiëntenperspectief dat aanvankelijk als maatgevend genomen werd. Een ander bezwaar is de conclusie dat iedereen die zich bij de psychiatrie aanmeldt, ook een psychiatrische stoornis heeft. Hoe is de psychiatrie dan (nog) af te grenzen? Daar staat tegenover: vaak werkt het wel zo. Waar de neuroloog geregeld zegt: ‘Geen afwijkingen op mijn terrein. Consult afgesloten,’ is de psychiater hiertoe veel minder geneigd. In de praktijk lijkt Boltons ziektebegrip (impliciet) te spelen.

FAMILIEGELIJKENIS

Hoe nu verder, als alle pogingen om het begrip ‘geestesstoornis’ te definiëren steeds op problemen stuiten? Liliensfeld en Marino (1995) proberen de angel uit deze vraag te halen met een beroep op Wittgensteins idee van een ‘familiegelijkenis’-concept. Hun model van stoornis houdt in dat er inderdaad geen voldoende en noodzakelijke voorwaarden bestaan die het concept ‘stoornis’ kunnen afbakenen. Hoewel er voor elke stoornis specifieke kenmerken zijn vast te stellen, zijn niet alle kenmerken toepasbaar op alle mentale stoornissen. Dit is vergelijkbaar met de manier waarop leden van eenzelfde familie op elkaar lijken. Sommige familieleden hebben dezelfde ogen, anderen hebben hun oren gemeen (etc.), maar er is niets wat ze allemaal met elkaar gemeen hebben. Toegespast op de psychiatrie kunnen we zeggen dat sommige stoornissen gekenmerkt worden door het subjectief lijden van de patiënt, terwijl andere primair gekenmerkt worden door intermenselijk disfunctioneren. Er is altijd wel een stoornis te vinden die lijkt op een andere stoornis, maar er is geen gemene deler die de ‘familieleden’ onderscheidt van leden van andere ‘families’. Onder deze visie zou de conclusie zijn dat de afgrenzing van mentale stoornissen *princiepelijk* vaag is en blijft (punt H in de tabel).

Volgens Cooper (2007) is het echter nog te vroeg om deze conclusie te trekken. Zij merkt op dat de meeste modellen streven naar een enkelvoudig criterium voor stoornis, en dat blijkt – inderdaad – niet te lukken. Maar dat betekent niet dat het principieel onmogelijk zou zijn om een psychiatrische stoornis af te bakenen. We zouden namelijk een beroep kunnen doen op meerdere criteria tegelijk (zoals ook bij de individuele psychiatrische stoornissen op dit moment het geval is). Zowel Cooper als Reznek (1987) doet voorstellen voor zo’n meer samengesteld begrip.

BESLUIT

In dit overzicht hebben wij een zevental visies op mentale stoornissen besproken. De visie op mentale stoornissen die we als psychiaters impliciet dan wel expliciet hanteren, is van groot belang voor de psychiatrie. Het gaat om het beeld van het vakgebied naar buiten, over wat ‘we aan het doen zijn’, over de verwachtingen die mensen mogen hebben over wat we kunnen bieden. Tegelijkertijd is het van belang voor de concrete gesprekken in de spreekkamer (met wie we die voeren en wat we patiënten vertellen over hun psychische stoornis), en voor het wetenschappelijk onderzoek. Wij gaven aan dat elk van deze visies evidente tekortkomingen heeft. Dat is een belangrijke observatie: wat een mentale stoornis is, blijkt niet goed te zeggen – in elk geval ontbreekt hierover consensus.

Maar we hebben de verschillende visies niet alleen gepresenteerd om te laten zien dat ze niet voldoen. Naar ons idee is een andere, eveneens belangrijke observatie dat elk van de visies waardevolle punten lijkt te bevatten, en accenten legt die een zinvol perspectief op de psychiatrie kunnen geven. Het is, met andere woorden, niet moeilijk om elk van de opties af te wijzen, maar het is evenmin moeilijk om er iets positiefs aan te ontdekken.

Wat in elk geval naar voren komt wanneer we de verschillende visies samennemen, is dat sociale en individuele waarden en normen een belang-

rijke rol spelen. Dat is niet vreemd: het begrip 'ziekte' drukt al een waarde uit en stelt een belangrijke norm (tegenover gezondheid). Intrinsieke waarden zijn geen onoverkomelijk probleem: waarom zouden we ons druk maken over zaken die géén (intrinsieke) waarde vertegenwoordigen? Belangrijke twistpunten zijn tegelijkertijd de tegenstelling tussen de 'medische' kijk op geestesstoornis (als gegevenheid van de natuur in de zin van een pathofysiologische afwijking) en de constructivistische visie, die er in verschillende varianten is.

Hoewel de verschillende visies op mentale stoornissen elk doorklinken in de praktijk, en elk een zinvol aspect van de psychiatrie laten zien, blijft wel het punt liggen dat de definitie en daarmee de afbakening van een 'psychiatrische stoornis' niet helder is. Dat betekent dat het psychiatrisch ziektebegrip, en daarmee de psychiatrie, kwetsbaar blijft voor, onder meer, hypes en vragen over wat nu eigenlijk het domein van de psychiater is (bijvoorbeeld ten opzichte van dat van de neuroloog).

Wij concluderen dat de wellicht wat vage en uitgebreide definitie van de DSM-5 voornamelijk moet fungeren als overkoepelend concept dat enigszins recht kan doen aan de diversiteit aan visies die er nu nog bestaan. Er is immers geen algemeen geaccepteerde visie voorhanden en de voorstellen zijn nog heel divers. Dat wilden wij demonstreren door zeven visies te bespreken. We hoeven met de onduidelijkheid over het psychiatrisch ziektebegrip niet al te gespannen om te gaan. Tegelijkertijd blijft het een taak van de psychiatrie zelf (en niet uitsluitend van geïnteresseerde filosofen en sociologen) om te verhelderen wat een mentale stoornis is.

LITERATUUR

- Ahn W, Novick LR, Kim NS. Understanding behavior makes it more normal. *Psychon Bull Rev* 2003;10: 746-752.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders-IV. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
- American Psychiatric Association. Definition of a mental disorder. 2010. Gedownload 14 januari 2011 www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=465.
- Blom JD. Deconstructing schizophrenia. Amsterdam: Boom; 2003.
- Bolton D. What is mental disorder? Oxford: Oxford University Press; 2008.
- Boorse C. On the distinction between disease and illness. *Philosophy and Public Affairs*, 1975; 5: 49-68.
- Bracken P, Thomas P. Postpsychiatry: mental health in a postmodern world. Oxford: Oxford University Press; 2005.
- Cooper R. Psychiatry and philosophy of science. Stocksfield: Acumen; 2007.
- Dehue T. De depressie-epidemie. Amsterdam: Augustus; 2008.
- Does W van der. Hoezo, depressie-epidemie? *Volkskrant*, 2009, 8 augustus.
- Fancher RT. Cultures of healing. Correcting the image of American mental health care. New York: Freeman; 1995.
- Fulford KWM, Thornton T, Graham G. Oxford textbook of philosophy of psychiatry. New York: Oxford University Press; 2006.
- Hacking I. The social construction of what? Cambridge: Harvard University Press; 1999.
- Harland R, Antonova E, Owen GS, Broome M, Landau S, Deeley Q. A study of psychiatrists' concepts of mental illness. *Psychol Med* 2009; 39: 967-76.
- Holloway F. Common sense, nonsense and the new culture wars within psychiatry. *The Psychiatrist* 2009; 33: 243-4.
- Horwitz AV, Wakefield JC. The loss of sadness. How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder. Oxford: Oxford University Press; 2007.
- Kendler KS, Zachar P, Craver C. What kinds of things are psychiatric disorders? *Psychol Med* 2011; 41: 1143-50.
- Latour B. Pandora's hope. Essays on the reality of science studies. London: Harvard University Press; 1999.
- Lilienfeld S, Marino L. Mental disorder as a Roschian concept: a critique of Wakefield's 'harmful dysfunction' analysis. *J Abnorm Psychol* 1995; 104: 411-20.
- Megone C. Mental illness, human function, and values. *Philosophy, Psychiatry and Psychology* 2000; 7: 45-65.
- Meynen G. Een psychiatrische stoornis – wat is dat? Over definiëren en operationaliseren. In: Koster E, redactie. *Wat is wetenschap?* Amsterdam: VU University Press; 2010. p. 69-83.
- Milders CFM. Psychiatrie op de kop? *Tijdschr Psychiatr* 2007; 49: 873-6.
- Oosterhuis H, Gijsswijt-Hofstra M. *Verward van geest en ander ongerief*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2008.

- Pickering N. The metaphor of mental illness. Oxford: Oxford University Press; 2006.
- Reznek L. The nature of disease. London: Routledge & Kegan Paul; 1987.
- Ross PA. Sorting out the concept disorder. *Theor Med Bioethics* 2005; 26: 115-40.
- Sadler JZ. Values in psychiatric diagnosis. Oxford: Oxford University Press; 2005.
- Sadler JZ. Stigma, conscience, and science in psychiatry: Past, present, and future. *Acad Med* 2009; 84: 413-7.
- Schrank B, Slade M. Recovery in Psychiatry. *The Psychiatrist* 2007; 31: 321-5.
- Stein DJ, Phillips KA, Bolton D, Fulford KW, Sadler JZ, Kendler KS. What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DSM-V. *Psychol Med* 2010; 40: 1759-65.
- Stel J van der. Psychopathologie. Grondslagen, determinanten, mechanismen. Amsterdam: Boom; 2009.
- Szasz T. The myth of mental illness. London: Paladin; 1972.
- Thornton T. Essential philosophy of psychiatry. Oxford: Oxford University Press; 2007.
- Verhoeff B, Glas G. The search for dysfunctions. *Psychol Med* 2010; 40, 1787-8.
- Wakefield JC. The concept of mental disorder: diagnostic implications of the harmful dysfunction analysis. *World Psychiatry* 2007; 6: 149-56.
- Zachar P. Psychological concepts and biological psychiatry. Amsterdam: John Benjamins; 2000.
- Zachar P, Kendler KS. Psychiatric disorders: a conceptual taxonomy. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 557-65.

AUTEURS

GERBEN MEYNEN is psychiater bij GGZ inGeest en docent Faculteit Wijsbegeerte VU, Amsterdam.

ALAN RALSTON is psychiater bij GGZ Dijk en Duin, Castricum, en promovendus op het gebied filosofie van de psychiatrie, LUMC, Leiden.

Correspondentieadres: dr. Gerben Meynen, Vrije Universiteit, faculteit Wijsbegeerte, De Boelelaan 1105, 1081 HV Amsterdam.

E-mail: g.meynen@ph.vu.nl.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 21-6-2011.

Geen strijdige belangen meegegeeld.

SUMMARY

Seven views on mental disorder – G. Meynen, A. Ralston –

BACKGROUND Anyone attempting to devise a system for classifying mental disorders, such as DSM-5, needs to know what is meant by a mental disorder. This matter is also highly relevant for doctors in their daily practice and for persons involved in scientific research.

AIM To present and discuss important views on the concept of mental disorder.

METHOD Recent relevant literature is discussed, the main emphasis being on philosophical studies of the concept of mental disorder.

RESULTS None of the views discussed provides a satisfactory answer to the question of how mental disorder should be defined and demarcated. Each view, however, does contain valuable points and elements that may help to offer a meaningful perspective on mental disorder.

CONCLUSION Mental disorder is a complex concept. The way in which it is defined and applied has far-reaching consequences. Psychiatry has a duty to define this concept as clearly and accurately as possible.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)12, 895-903]

KEY WORDS concept of illness, medical model, mental disorder, philosophy