

Zeno Van Duppen

Ter indiening voor de Van Helsdingen Prijsvraag 2013: Etikettering als houvast.

Wat is een psychiatrische ziekte? Een ontologisch antwoord.

Essay

Inleiding

Wat is een psychiatrische ziekte? Op het eerste zich lijkt dit misschien een vreemde vraag. Schizofrenie is een psychiatrische ziekte. Een bipolaire I-stoornis is een psychiatrische ziekte. Anorexia nervosa is een psychiatrische ziekte. Dat klopt, maar het zegt niets over wat een psychiatrische ziekte nu net betekent. Waarom is schizofrenie een psychiatrische ziekte en diabetes niet? Ook dit is opnieuw een vreemde vraag. Ze lijkt inhoudsloos. Uiteraard is diabetes geen psychiatrische ziekte. Maar wat maakt dan het verschil?

De reden waarom deze vragen zo vreemd zijn, is omdat we ze niet verwachten. Er zijn toch psychiatrische patiënten en zij worden behandeld door psychiaters. Die psychiaters zullen toch wel weten wat ze behandelen en wat niet? En onderzoekers naar de genetische achtergrond van schizofrenie moeten het onderwerp van hun onderzoek toch eenduidig kunnen definiëren, en ze weten met andere woorden toch wat ze onderzoeken? Het concept 'psychiatrische ziekte' ligt immers aan de basis van al het onderzoek en van de psychiatrische praktijk zelf.¹

Als we de concepten van de psychiatrie ver voorbij de grenzen van het vakdomein gebruiken, zoals in juridische en maatschappelijke discussies over ontoerekeningsvatbaarheid, worden we verondersteld deze concepten te begrijpen en er eenduidig mee om te gaan. Dat betekent dat we ook op deze vreemde vraag antwoord moeten kunnen geven. Wat betekent immers ontoerekeningsvatbaarheid als gevolg van deze of gene psychiatrische ziekte, als we niet weten wat een psychiatrische ziekte is?

We zijn gelukkig niet de enigen die deze vragen stellen. In de recente literatuur zijn er heel wat artikels en boeken verschenen over dit onderwerp.² We zullen deze in combinatie met onze eigen klinische ervaring gebruiken, om overzichtelijk de verschillende visies weer te geven die kunnen ontstaan als antwoord op de vraag: wat is een psychiatrische ziekte? We verliezen hierbij niet uit het oog dat het doel van de psychiatrie is om het psychisch lijden te verlichten van de patiënt, en hoewel de vragen lastig en de antwoorden verrassend kunnen zijn, zijn ze volgens ons hiervoor noodzakelijk. Anders dan in de meeste andere artikels zullen wij proberen om dit ontologische probleem van de psychiatrische ziekten tot zijn fundament terug te brengen. De ontologie en de epistemologie zijn immers moeilijk van elkaar los te koppelen.

In de literatuur zijn in grote lijnen drie opvattingen terug te vinden met betrekking tot de ontologie van de psychiatrische ziekten en hun definitie. Het is een ontologie, aangezien de vraag is in hoeverre de ziekten en diagnose werkelijk bestaan. Bestaan de aandoeningen los van ons, of zijn zij kunstmatige formuleringen? Gezien de DSM het diagnostisch model is dat de praktijk en het onderzoek domineert gaan deze

standpunten over het bestaan van de DSM-stoornissen. Dit is geen academische discussie die ver van de psychiatrische praktijk staat. Het is namelijk zo dat er heel wat vragen in de psychiatrische praktijk en onderzoek verwijzen naar het al dan niet bestaan van de aandoeningen en naar de overtuigingen hierover. Wat is de optimale behandeling voor aandoening X? Zou screening en preventie zinvol zijn voor aandoening Y? Zouden we moeten investeren in onderzoek naar aandoening Z?³

Er zijn verschillende oorzaken die deze definitie zo moeilijk maken. We kunnen niet, zoals bij een aantal somatische aandoeningen, biologisch uitleggen wat er mis is bij een bepaalde ziekte, er is zelden een onderliggende psycho-biologische disfunctie gekend. Daarnaast zijn de concepten als 'disfunctie' niet waardenvrij en zijn lijden en ongemak subjectieve gegevens. Uiteraard is ook het onderscheid tussen gestoord en normaal problematisch.⁴ De drie opvattingen die we terugvinden zijn het realisme, het nominalisme en het constructivisme en tot slot de originele omschrijving van de psychiatrische ziekte als metafoor. We zullen deze achtereenvolgend bespreken en hun sterkten en zwakten aantonen.

Corpus DSM-Realisme

De eerste opvatting is het realisme. We delen het realisme opnieuw op in twee groepen. Ten eerste is er een realisme dat ervan uitgaat dat de DSM-stoornissen werkelijke ziekte-entiteiten zijn. We zullen dit gemakshalve het DSM-realisme noemen. Daarnaast bestaat een andere vorm van realisme, die we het disfunctie-realisme zullen noemen. Deze overtuiging houdt in dat er een andere vorm van diagnostiek is die de werkelijke ziekte-entiteiten kan vatten. Aanhangers van deze laatste visie wijzen op verschillende problemen die met het DSM-realisme gepaard gaan, en formuleren een nieuwe diagnostiek, waarin de disfunctie centraal staat.

Het DSM-realisme gaat ervan uit dat de categorieën van de DSM overeenkomen met werkelijk bestaande ziekte en dat de naam die de DSM eraan geeft, en de criteria om tot de diagnose te komen, de ziekte volledig kunnen omvatten. Het betekent echter niet dat men overtuigd is van de validiteit van de DSM-classificatie. Het zou immers kunnen dat er hier of daar een stoornis te nauw omschreven wordt en er dus een aantal vals negatieven zijn. Of het zou ook kunnen dat sommige DSM-diagnosen te breed en te onnauwkeurig zijn opgesteld, waardoor er enkele vals positieven opduiken. Het impliceert in ieder geval dat men gelooft dat er ten eerste zoiets is als een mentale stoornis en ten tweede dat deze door de DSM-classificatie gevat wordt of in de toekomst gevat kan worden. Men gaat er bovendien van uit dat de objectieve psychopathologische werkelijkheid bestaat, los van het subject.⁵ Het begrip validiteit op zich komt al voort uit een realisme. Hoewel het dus regelmatig gebruikt wordt om kritiek op de DSM te leveren, gaat het er vanuit dat er wel zoiets is als de echte stoornis die al dan niet correct gevat wordt door de classificatie.

Wie de geschiedenis van de DSM bestudeert, zal merken dat het conventionele karakter van de classificatie volgens DSM-critici vaak problematisch is. Vanuit het DSM-realisme kan men echter argumenteren dat de DSM-stoornissen tot stand komen door een convergerend iteratief proces dat niet enkel op conventie en consensus onder experts steunt. Door het samenbrengen van alle inzichten en onderzoeksbevindingen zou men

namelijk steeds dichterbij de realiteit van de stoornissen, met als doel haar op een bepaald moment volledig te kunnen vatten. In deze visie leidt het wetenschappelijk proces naar steeds meer verheldering van het onderzoeksgebied. De veranderende classificatie wijst dan ook niet op een onderliggend epistemologisch probleem, maar op vooruitgang.

In de praktijk merken we dit DSM-realisme op in het alledaags diagnostisch taalgebruik. We vragen ons namelijk af of een patiënt schizofrenie *heeft*, of hij ADHD *heeft*, of hij een antisociale persoonlijkheid *heeft*. Het lijken dus entiteiten die bestaan los van de patiënt. Dat wil zeggen dat onze patiënt deze stoornis heeft, en dat we merken dat hij eraan lijdt in zijn persoonlijke wereld, maar dat het dezelfde stoornis is die een andere patiënt heeft. Hoewel veel vraagtekens bij haar te plaatsen zijn, lijkt het DSM-realisme de klinische praktijk soms te domineren.

Ook psychiaters die dit DSM-realisme niet bewust aanhangen, blijken in de praktijk toch met een zeker DSM-realisme te werken. Enkele redenen hiervoor zouden kunnen zijn dat in de opleiding geneeskunde de DSM als enige – want overzichtelijke – ordening van aandoeningen wordt gepresenteerd. Wanneer later inzicht vanuit de kliniek of vanuit verschillende therapie-opleidingen wordt aangeboden, blijven de DSM-stoornissen de referentie. Ten tweede wordt er in het kader van epidemiologie en statistiek enkel met DSM-stoornissen gerekend. Ten derde is er de evolutie die nog niet in België is aangekomen, om de terugbetaling van behandelingen te koppelen aan de DSM, zoals in Nederland en de Verenigde Staten. Een laatste, en volgens ons de meest interessante verklaring voor dit DSM-realisme, is de reïficatie, zoals deze door de Nederlandse kinder- en jeugdpsychiater Edo Nieweg al uitgebreid werd besproken.⁶ De reïficatie is het proces waarbij een abstract of kunstmatig gegeven door het gebruik tot een concreet of natuurlijk object gemaakt wordt. We gaan hier nu niet verder op in, maar onthouden dat de DSM-stoornis een werkelijkheidswaarde wordt toegeschreven, zonder dat zij hiervoor bedoeld was. Het realisme valt geregeld ten prooi aan deze reïficatie, omdat zij een naïeve houding heeft tegenover de objecten waaruit haar wereld bestaat. Zo bestaat de taak van de wetenschap er volgens de realist in om de objecten in de wereld te ordenen, te verklaren en er conclusies uit te trekken en voorspellingen uit op te maken. Daarin ziet de realist niet dat delen van die wereld mogelijk door reïficatie tot stand zijn gekomen en niet de object-waarde kunnen hebben die haar toegedragen worden.⁷

Dit DSM-realisme lijkt in het licht van de hedendaagse discussie bij het verschijnen van de DSM-5 en de vraag naar een paradigmaverschuiving minder evident dan voordien. De wetenschappelijke vooruitgang, of het gebrek daaraan, lijkt steeds minder voor dit DSM-realisme te pleiten. Drie argumenten hiervoor zijn ten eerste de vaststelling dat de DSM finaal op een zekere subjectiviteit berust, namelijk deze van de 'klinische significantie'.⁸ Ten tweede zijn er fouten in de betrouwbaarheid. Hierdoor komen verschillende clinici tot verschillende diagnoses. Ten derde is het niet evident om de DSM-stoornissen te beschouwen als losstaande entiteiten die bestaan als abstracties in de wereld, los van het individu dat hen ervaart.

Om de problemen en kritieken op het DSM-realisme te verklaren, zullen we dieper moeten ingaan op de werking en constitutie van de DSM. De DSM is immers het belangrijkste diagnostische instrument in de hedendaagse psychiatrie. Ze is bovendien nog veel meer dan een instrument. Het is de officiële referentielijst van alle

psychiatrische stoornissen. De DSM heeft een enorme invloed op beslissingen over wie een diagnose krijgt, hoe die behandeld wordt, wie ervoor zal betalen en of bijvoorbeeld een invaliditeitsuitkering mogelijk is. Daarnaast zal de DSM-diagnose ook van belang zijn bij gedwongen procedures en strafrechtelijke processen.⁹ Of men de DSM-classificatie nu als ordening van psychiatrische aandoeningen bekijkt, of als kunstmatige opsomming van criteria die weinig lijken overeen te stemmen met de werkelijke ziektes waarvoor ze staan, een zeker vertrouwen in de DSM is altijd aanwezig in de praktijk. Zoals we eerder opmerkten: men moet geen DSM-aanhanger te zijn om de DSM te gebruiken, in de praktijk wordt de DSM en haar namen en criteria immers veelvuldig gebruikt.

De DSM is ontstaan uit een poging om in de wildgroei aan diagnoses helderheid en structuur te bieden. Aanvankelijk gebeurde dit op psycho-analytische basis. Door wetenschappelijke en maatschappelijke eisen werd het psycho-analytische perspectief op de diagnostiek vanaf de DSM-III vervangen door een symptoombeschrijving waarbij men atheoretisch de criteria voor al dan niet aanwezigheid van ziekte opsomde. Betrouwbaarheid stond als kenmerk van wetenschappelijkheid voorop.

De stoornissen zelf kennen een conventionele constitutie. Dat wil zeggen dat ze expliciet door een comité van psychiaters wordt onderzocht, besproken en vastgelegd als stoornis. Eenmaal een stoornis tot de DSM behoort, worden verschillende niet-empirische beslissingen genomen over de criteria (symptomen, duur, weerslag...), zoals hun aantal, het aantal dat er nodig is om over die stoornis te kunnen spreken en welke de criteria zijn. Deze beslissingen gebruiken empirisch bewijs, maar dit bewijs is zeker niet alles bepalend.¹⁰ De criteria moeten vervolgens streng toegepast worden, maar ze zijn in se dus arbitrair en door consensus beslist.¹¹

Het is niet eenvoudig om 'psychiatrische ziekte' of 'mentale stoornis' helder te verklaren. Er wordt in de DSM herhaaldelijk verwezen naar de term 'clinical significance' om uit te maken wanneer iets een stoornis is en wanneer het normaal is. Is de stoornis gestoord genoeg, is de ziekte ziek genoeg en is het lijden erg genoeg om het als klinisch significant te duiden? Het illustreert een moeilijkheid waarmee klinici worden geconfronteerd. Zij moeten namelijk aan de slag gaan met de subjectieve klachten van de patiënt. Klachten die voortkomen uit het uiterst subjectieve en intieme beleven van emoties, perceptie, gedrag en relaties. Met die twee niveaus van subjectiviteit die eigen zijn aan de patiënt (het narratieve en de beleving) moet de clinicus iets kunnen doen. Hiervoor doet hij beroep op een andere subjectiviteit, namelijk deze van de clinicus zelf: zijn aanvoelen, zijn interpretatie, zijn empathie, zijn begrip en zijn kennis. De DSM kan dan een nuttige houvast zijn om in dat web van subjectiviteit toch een zekerheid te hebben waarin de inhoud en vorm van de klachten en symptomen aan de criteria voor een bepaalde stoornis getoetst kunnen worden.

Maar met de discussie over de 'clinical significance' in gedachten, komen we tot de vaststelling dat de objectiviteit van de DSM gebaseerd blijft op een inschatting. Dat betekent ook dat deze klinische significantie niet vastligt. *"Clinical significance will widely vary in relation to social and scientific factors (treatment availability included), and we should not expect to find a unique and definitive definition of clinical significance, valid in any case, in any culture and in any period of time"*, aldus de Italiaanse filosoof Massimiliano Aragona.¹⁰ Klinische significantie betekent in feite dat de clinicus moet

beslissen over de aanwezigheid of afwezigheid van een stoornis. Ook dat is ontegensprekelijk subjectief.

De spanning tussen kliniek en onderzoek uit zich in een gebrek aan overbrugging tussen theoretische kennis en praktische kunde, met andere woorden tussen 'epistème' en 'phronesis'. Maar daarnaast wordt de spanning verstevigd doordat de DSM vrijwel altijd als uitgangspunt wordt genomen voor psychiatrisch onderzoek. Nochtans hebben dertig jaar intensieve inspanning van onderzoekers er niet voor gezorgd dat er een biologische 'marker' of een gen is gevonden dat nuttig zou zijn in de psychiatrische diagnostiek. Men wist weliswaar dat de psychiatrische syndromen sinds de DSM-III geheel uit descriptieve symptomen bestonden, maar ging er toch vanuit dat er een onderliggende neurobiologisch mechanisme zou zijn, dat op een dag, door nauwgezet onderzoek, zou leiden tot een geobjectiveerde diagnostiek door middel van bijvoorbeeld een laboratoriumtest.¹² Men ging in het onderzoek dus uit van een DSM-realisme. Terugkijkend op die periode geeft men dan ook snel de schuld voor het relatief falend onderzoek -het niet inlossen van de hoge verwachtingen- aan de dominantie van de DSM.

Naast de DSM als obstakel voor onderzoek en vooruitgang, wordt ook de validiteit van haar stoornissen bekritiseerd. Validiteit heeft betrekking op de realiteit, en we zouden het kunnen omschrijven als de mate waarin een woord overeenkomt met een object. We kunnen denken aan de hoge mate van comorbiditeit, waardoor het lijkt dat de stoornissen zoals die nu gedefinieerd worden geen aparte entiteiten zijn. Een bekend voorbeeld is de co-morbiditeit tussen een angststoornis en een depressie. Daarnaast is ook de lage specificiteit van behandeling mogelijk een indicatie voor zwakke validiteit. Dat zou immers kunnen betekenen dat meerdere stoornissen een gelijkaardige biologisch onderliggend mechanisme zouden hebben. Het genetisch onderzoek toont, zoals we zagen, weinig specificiteit voor de DSM-diagnoses en men spreekt soms over een gedeelde genetische achtergrond van verschillende stoornissen. Ten slotte is er de grote groep mensen die een niet-specifieke diagnose krijgen, namelijk de stoornis- 'niet-anderszins omschreven'.¹³

Het probleem van de validiteit toont dat het trekken van de grens tussen normaal en abnormaal niet op zuiver wetenschappelijke basis kan. Zowel voor een majeure depressie en een gegeneraliseerde angststoornis, als voor hypertensie of diabetes, geldt dat ze een waaier aan presentaties kennen van uiterst invaliderend tot bijna niet aanwezig.¹⁴ Het gaat om een continuïteit waarin op geen enkele manier duidelijk is af te leiden valt wie ziek is en wie niet. Daarvoor is een beslissing nodig. Dit geldt voor psychiatrische stoornissen, maar evenzeer voor diabetes, hypertensie of hypercholesterolemie.¹⁵

De DSM-stoornissen kunnen een zwakke validiteit hebben, maar desondanks een belangrijke utiliteit: zij zijn nuttig in de praktijk. Dit is een stelling die we herkennen in de omgang van psychiaters in de kliniek met de DSM-diagnostiek. Want ondanks de kritiek dat de DSM onderzoek in de weg staat, heeft ze er wel voor gezorgd dat er veel waardevolle informatie is verzameld over de prognoses, herstel en mate van invalideren van enkele DSM-stoornissen. Bovendien wordt in de praktijk de link wel gelegd tussen de DSM-diagnose en de behandeling, hoewel dat oorspronkelijk niet de bedoeling was. De DSM-diagnoses zijn waardevol, omdat ze op grote schaal en langdurig gebruikt worden. Dat zij een lage validiteit hebben verandert daar niets aan.

Ondanks het nut van DSM-classificatie kan ze ook schade aanrichten. Een verandering van enkele criteria van een stoornis kan ervoor zorgen dat een geheel nieuwe groep patiënten ontstaat die medicatie moet nemen. Het is geen geheim dat medicatie ook schade kan veroorzaken. Aangezien de geneeskunde “primum non nocere” traditioneel naar voor schuift als haar devies, is de herziening van de diagnostiek belangrijk indien dat mensen zou kunnen schaden. Sinds de eerste DSM is het aantal stoornissen duidelijk toegenomen, en er rijzen dan ook vragen of men de normaliteit niet medicaliseert.¹⁶ Men moet al behoorlijk optimistisch – of goedgegelovig – zijn om de invloed van minder wetenschappelijke belangen niet te herkennen in het uitbreiden van de diagnostische classificatie. In economische termen ook wel gekend als het vergroten van de markt. Daar hoeven we niet naïef over te zijn. Er zit nog een andere onaangename kant aan deze evolutie: ondanks de toename van de diagnoses, is het de vraag of er nu meer behandelingsmogelijkheden zijn voor deze stoornissen. Onder andere hierdoor wordt de vraag naar de definitie van een psychiatrische ziekte sterk aangemoedigd.

Disfunctie-realisme

Tegenstanders van het DSM-realisme beroepen zich vaak op ene andere vorm van realisme die wij het disfunctie-realisme zullen noemen. Het gaat om de overtuiging die onder anderen de Amerikaanse filosoof Jerome Wakefield en de Nederlandse psychiater Herman van Praag hebben beargumenteerd. Zij formuleren een andere visie op de psychiatrische diagnostiek, die volgens ons een variant is. Op de titelvraag van deze tekst zou Wakefield antwoorden met de *‘evolution-based harmful dysfunction’*.¹⁷ Kort gezegd is een psychiatrische ziekte een disfunctie, biologisch of psychologisch van oorsprong, waaronder de patiënt lijdt doordat ze hem schade berokkent in zijn mentale beleving. Hoewel dit een duidelijke definitie is, is het niet eenvoudig uit te maken wie er oordeelt over de mate van dit lijden. Het uitgangspunt is dat geen enkele disfunctie een stoornis is zolang er geen schade of lijden door ontstaat voor het individu of de maatschappij. We kunnen dit vergelijken met de *‘clinical significance’*. We weten dus nu al dat de subjectiviteit van de inschatting over de klinische betekenis ook in deze vorm van realisme aanwezig blijft. ‘Harmful’ is een schijnbaar eenvoudig woord waarachter een complex debat schuilt. Het is uitermate normatief. Belangrijker echter is dat door het eerste deel van de term normatief en subjectief te maken, Wakefield de indruk geeft dat het tweede deel, namelijk de disfunctie, op feiten gebaseerd en theorie- en waarde vrij is. Hij gaat er vanuit dat het feitelijke en het normatieve strikt gescheiden kunnen worden.¹⁸

Door de diagnostiek op de disfunctie te baseren kan zowel de biologische als de psychologische laag van de disfunctie geïntegreerd worden en kunnen we tot een begrip van de stoornis komen. De psychiatrische diagnostiek die zich op deze disfuncties baseert kan niet meer als een constructie beschouwd worden. Men kan echter andere kritiek formuleren. Volgens Wakefield is de disfunctie een mogelijkheid om theorie- of cultuurvrije diagnoses te maken. Echter: disfunctie wijst erop dat er een functie is waarvan men denkt dat zij het normale is, en dat er daar een fout in is waardoor er iets misloopt. Dit mislopen heeft dus een negatieve betekenis. Het normale functioneren moet dus ook gekend zijn, en gezien het feitelijk moet zijn en niet normatief, moet dit functioneren een zuiver gegeven zijn. Dat is uiteraard niet mogelijk. De kritiek die Wakefield formuleerde op de DSM – zij is conventioneel en zij is een constructie- is correct, maar hij valt eigenlijk ten prooi aan zijn eigen realisme. Daar kan de evolutietheorie niets aan veranderen. De idee dat de functie geëvalueerd moet worden

*“in virtue of how human beings are designed by evolution”*¹⁹ is uiteraard niet theorie- of waardenvrij.

Desondanks lijkt dit de richting die het onderzoek uitgaat. De verhoopde paradigmashift zou er moeten komen doordat de DSM-5 zich meer met de etiologieën inlaat. Dit kan, volgens Wakefield, alleen maar door met de zuivere disfuncties te werken in plaats van met de DSM-stoornissen. Het is alsof men denkt dat de disfunctie dichterbij de werkelijkheid staat van de psychiatrische ziekte. Het probleem van de epistemologie en ontologie verdwijnt echter niet door de introductie van het begrip disfunctie. Opnieuw zal men de vraag stellen: wat is een disfunctie en opnieuw kan daar niet theorievrij over gesproken worden.²⁰

Men kan zich afvragen of met de introductie van de disfuncties als diagnostische basis er een vooruitgang in de psychiatrie verwacht kan worden. Van Praag en Wakefield denken alvast van wel: het onderzoek zal niet meer belemmerd worden door verkeerde, kunstmatige DSM-diagnoses en men kan vertrekken van een kern-symptoom. Zo kan men de onderliggende etiologie, bijvoorbeeld genen die correleren met een bepaalde disfunctie makkelijker identificeren. Dit noemt van Praag het ‘verticaliseren van de diagnostiek’.¹¹ Dat geldt ook voor onderzoek van de neurowetenschappen naar neurotransmitters en naar beeldvorming. Men vermoedt dus dat de DSM-taal de vooruitgang in de weg heeft gestaan.

Eigen aan deze twee visies is dat zij niet twifelen aan het werkelijk bestaan van respectievelijk de DSM-stoornis en de disfunctie, los van onze eigen menselijke vermogens. Zij zijn met andere woorden mens-onafhankelijke entiteiten. Zij delen nog een tweede eigenschap. Deze wordt geïllustreerd door Allen Frances, voorzitter van de DSM-IV Task Force en ondertussen een berucht criticus van de DSM-5. *“As we slowly discover the biology of mental disorders, small subunits will cohere around a common pathogenesis and declare themselves as a disease.”* En verder: *“I have no problem at all with the metaphor of epistemic iteration- it is obviously the route of all science.”*²¹

Frances illustreert ten eerste dat hij gelooft dat er in de psychiatrie een evolutie aan de gang is waardoor het werkelijk bestaan van ziekten aangetoond zal worden, vermoedelijk op biologische grond. Bovendien illustreert het tweede citaat dat hij gelooft dat wetenschap evolueert door ‘*epistemic iteration*’. Dit betekent dat er een lineaire vooruitgang is van onze kennis, waarin elementen van kennis voortdurend vervangen worden richting een steeds betere benadering van de waarheid. Door toename van empirisch onderzoek zou elke herziening van de classificatie dan vooruitgang boeken. Na een tijd zouden we tot een echte nosologie komen, waarin we niet langer van conventionele stoornissen hoeven te spreken, maar van *“psychiatric diseases as they exist in nature”*.²² Dit komt neer op een visie op wetenschapsevolutie die sinds Thomas Kuhn en Paul Feyerabend van een zekere epistemologische naïviteit getuigd.

We vinden het belangrijk dat er aan deze discussie wordt toegevoegd dat het begrip validiteit en de kritiek erop een zeker realisme vereist. Namelijk de overtuiging dat er wel degelijk reële ziekten bestaan die DSM-loos zijn en in hun geheel taallos, met andere woorden, mens-onafhankelijk. Wij vermoeden dat de alternatieve manieren om deze ziekten te vatten, zoals de ziekte als disfunctie, niet anders begrepen kunnen worden dan als andere talen waarbinnen opnieuw gelijkaardige ontologische en

epistemologische problemen aan bod zullen komen. Het enige verschil is de middelen waarmee ze een naam en bestaansrecht krijgen.

Nominalisme en constructivisme

Naast het realisme is er de opvatting dat de DSM-stoornissen een kunstmatig karakter kennen. Dit staat bekend als het nominalisme, waarmee wordt bedoeld dat men de overtuiging heeft dat de diagnoses en de ziekten een kunstmatig bestaan kennen en dat zij afhankelijk zijn van de naamgeving, de conventie. Men vindt dus dat het hebben van een naam niet voldoende mag zijn voor het werkelijke bestaan van de ziekte. Zoals we zagen, argumenteren Wakefield en van Praag dat de DSM nominalistisch benaderd moet worden, of beter nog, verlaten moet worden, omdat deze namen kunstmatig zijn en bovenal verkeerd zijn.

Wanneer we spreken over reïficatie in de psychiatrische diagnostiek, spreken we noodgedwongen uit een vorm van nominalisme. Het hoeft niet zo te zijn dat men daarom het disfunctie-realisme verkiest of vertrouwt op de evolutie in de neurowetenschappen om de psychiatrische diagnostiek nieuw leven in te blazen of beter gezegd, om haar wetenschappelijkheid te verzekeren. In het licht van de verwachtingen van de neurowetenschappen denken we dat ook het nominalisme zal blijven bestaan. Wanneer er andere stoornissen zullen ontstaan, zal dit opnieuw gebeuren door naamgeving. Er zullen experts zijn uit de kliniek en uit het onderzoek die aan de hand van nieuwe bevindingen tot nieuwe inzichten zullen komen over welke symptomen of disfuncties correleren met welke veronderstelde oorzaken. Er zal beslist worden wat bij de ziekte hoort en wat niet. Er zal beslist worden wat normaal is en wat niet. Hypothetisch wordt dat bijvoorbeeld de cut-off van een labowaarde. Uiteindelijk betekent dat, dat we in een nieuwe taal zullen benoemen wat we ziek en gezond vinden. Het zal heel moeilijk te argumenteren zijn dat dit op zuiver objectieve basis gebeurt.

Mogelijk zullen er minder mensen op een nominalistische manier met deze nieuwe stoornissen omgaan. In tegenstelling tot de expliciete formulering in de DSM, lijkt het onwaarschijnlijk dat expliciet geformuleerd zal worden dat de nieuwe neurobiologische entiteiten in belangrijke mate door naamgeving tot stand kwamen, en zal de nadruk misschien eerder op het ontdekken dan op het uitvinden van de stoornis liggen.

Het constructivisme gaat er net zoals het nominalisme vanuit dat de diagnoses een kunstmatig karakter hebben en niet werkelijk bestaan, maar dat zij constructen zijn die voortkomen uit onze visie op afwijking en regel, op normaal en abnormaal. Dit vanuit een sociale, culturele en politieke context. In tegenstelling tot het nominalisme legt het dus de nadruk op de constructie en haar achtergrond. Het constructivisme hoeft dan ook niet negatief geladen te zijn. Het zegt namelijk niet: het zijn slechts constructen en daarom hebben ze geen waarde. Maar met het constructivisme kunnen we wel degelijk onderbouwde kritiek op de DSM formuleren. Het is namelijk zo dat de DSM als medisch wetenschappelijke diagnostiek wordt aanvaard, terwijl het volgens de constructivist eigenlijk een conventionele opsomming is van afwijkingen van maatschappelijke normen.

Het idee wordt vaak aangevuld met het idee dat er desondanks wel een zeker aantal ziekten zijn die realistisch benaderd moeten worden en dus los staan van deze sociale constructie. Veel kritiek op de psychiatrie bestaat eruit dat ze zich inmengt met het normale mensenleven zonder dat er ziekte aanwezig is. We zouden de antipsychiatrie van de Hongaarse psychiater Thomas Szasz hierbij kunnen betrekken: hij stelt dat de psychiatrie zich niet met ziektes bezighoudt en dus niet zou mogen bestaan als medisch specialisme. Dit betekent dat hij zowel het realisme als het constructivisme aanhangt: realisme over het bestaan van echte ziekten, los van enige context, en het constructivisme wanneer het over psychiatrische aandoeningen gaat. Met Szasz zou men kunnen zeggen dat de psychiatrie met haar diagnostiek een medisch discours opdringt waar dit niet thuishoort.¹

Wie de geschiedenis van de DSM bestudeert, merkt dat er met de verschillende edities telkens ziektes wegvielen en stoornissen bijkwamen. Zelfs de term 'ziekte' zelf werd door 'stoornis' vervangen. We moeten de hedendaagse categorisering dan ook begrijpen als geconstrueerde concepten die open staan voor aanpassing, eerder dan als statische entiteiten die noodzakelijke waarheden vertegenwoordigen.²³

Wanneer we de constructivistische opvatting volgen, moeten we ons afvragen wie deze constructies vormt. Het zou te eenvoudig zijn om te zeggen dat de DSM-Task Force beslist over het bestaan van mentale stoornissen. Historisch gezien is dat natuurlijk het geval: er wordt gedacht, gedebatteerd en beslist over wat een stoornis is en wat niet. Maar dat komt niet zomaar uit de lucht gevallen.²⁴ Er is een reden dat de overtuiging dat de CIA achter je aanzit als vreemd wordt ervaren. In geval er geen enkele aanwijzing voor geloofwaardigheid van zo'n overtuiging zou zijn, zijn psychiaters, maar ook leken, al snel geneigd om te denken aan een afwijking. Het is niet normaal dat iemand dat denkt. Het is niet normaal dat iemand de stem van God hoort die hem dwingt tot bepaalde handelingen. Maar is het ook niet normaal dat sommige kinderen veel bewegen, niet stil kunnen zitten en moeite hebben met zich concentreren? Is het niet normaal dat mensen ongelukkig kunnen zijn, of angstig, of narcistisch?

Er zijn redenen waarom we sommige gedragingen, gedachten of emoties als normaal en andere als abnormaal bestempelen. Dit heeft te maken met onze cultuur, met wat voor ons passend en verwacht is binnen een context. Wij zouden het normaal vinden dat na enkele weken de rouw van een weduwe nog niet beëindigd is. We zouden het abnormaal vinden als iemand denkt dat hij de nieuwe Messias is. De hermeneutische psychiatrie zou dit omschrijven als de afwijking van een leefregel en de analogie zien met de regels van de taal, zoals de Nederlandse psychiater en hoogleraar Antoine Mooij heeft uitgewerkt.²⁵

Deze grenzen van de regels zijn voor de constructivist niet statisch en ze zijn per definitie contextgebonden. We hoeven maar naar een ander land te gaan om een andere opvatting te vinden over normaal of abnormaal gedrag. Er zijn in het verleden uitgebreide studies geweest naar de transculturele mogelijkheden van de DSM-diagnostiek. Die bevestigden dat Amerikaanse opvattingen over geestelijke gezondheid niet overeenkwamen met die in andere delen van de wereld.²⁶ Vanuit de constructivistische optiek is dat uiteraard ook niet te verwonderen. Het is pas als men aan psychiatrische stoornissen denkt als losstaande entiteiten die op een objectieve, wetenschappelijke manier beschreven zijn, dat men zulke fouten kan maken.

De poging van de DSM-IV om deze culturele factoren te elimineren, net door haar te expliciteren als exclusiecriteria, heeft de constructivistische kritiek in se niet verminderd: het blijven afwijkingen van leefregels, van sociale en culturele context.²⁷

We kunnen vanuit dit standpunt niet op de DSM steunen om zinvolle uitspraken te doen over wat nu een stoornis is en wat niet, want dit leidt tot de tautologie dat mentale stoornissen de stoornissen zijn in de DSM. Vanuit het constructivisme zijn de etiketten die we in de DSM vinden dus in geen geval een houvast. Het zijn eerder constructies tegen een sociale, politieke en culturele achtergrond. Het feit dat we het over constructies hebben betekent niet dat het verzinself is die kant noch wal raken en niets met de realiteit te maken hebben, *“but simply that our “worldmaking” activity is involved as a relevant factor.”*¹⁰

Psychiatrische ziekte als metafoor

We zagen dat psychiatrische ziekten op zijn minst voor een deel door sociale, culturele en dus menselijke criteria wordt beïnvloed of geconstitueerd, afhankelijk van welke ontologische uitgangspositie men verkiest. Met het realisme, het nominalisme en het constructivisme in het achterhoofd en met als doel een definitie te vinden voor de psychiatrische ziekte zouden we geneigd zijn te denken dat er een deel van de diagnostiek kunstmatig is, namelijk dat deel dat we als mensenwerk kunnen beschouwen. De wetenschappelijkheid lijkt dan eerder beperkt. Maar het wetenschappelijk proces bestaat niet enkel uit het nagaan van sociale of culturele leefregels, en er is wel degelijk een zeker realisme aanwezig bij iedere wetenschapper die zich met psychiatrische diagnostiek bezig houdt. Er blijkt een eenvoudige tweedeling in onze kennis tussen het wetenschappelijk empirisme, namelijk de idee dat er objecten zijn in de buitenwereld, los van de observator, die zeker zijn en bereikbaar zijn door zuivere observatie en eventueel bijgestaan met technische hulpmiddelen. De andere zijde van de kennis is deze die de nadruk legt op de menselijke creatie, namelijk de kennis die ons in staat stelt om dingen te maken, zoals hoogtechnologische machines maar evengoed romans. *“Science describes entities of nature, but “proof” comes through our success in interpreting, interacting with, manipulating (and often, controlling) them.”*²⁸ De vraag is dus: aan welke zijde van de tweedeling bevindt onze psychiatrische kennis zich dan? Is zij deel van het mensenwerk of is zij empirisch? Of is er een andere mogelijkheid?

We zouden met de Nieuw-Zeelandse bio-ethicus Neil Pickering de vraag op een geheel andere manier kunnen beantwoorden. Volgens Pickering kunnen we het deel van de diagnostiek dat mensenwerk is namelijk niet geringschatten. De rol van de mens bestaat erin dat hij de categorisering van ziekten maakt en dat daardoor de eigenschappen van deze ziekten en hun causaliteit of hun typerende disfunctie verschijnt.²⁹ De ziekten die gecategoriseerd worden zijn fenomenen die aanvankelijk met sociale, culturele of politieke termen worden beschreven, maar die door de categorisering zelf deze sferen ontstijgen om in een medische sfeer te belanden. Het is volgens Pickering dus zeker zo dat er een belangrijk constructivisme vooraf gaat aan de categorisering, maar het blijft daar niet bij: het is niet slechts een constructivisme.

De eenvoudige opdeling tussen het mens-afhankelijke deel van onze kennis en de empirische, zuivere kennis is sinds de *Kritiek van de Zuivere Rede* van Immanuel Kant

(1724-1804) niet meer denkbaar. Voordien kon men epistemologisch kiezen voor het rationalisme of het empirisme, respectievelijk de idee dat alle objectiviteit ontstaat uit het verstand en de rede of de idee dat objectiviteit alleen in het 'Ding-an-sich' te vinden is.³⁰ Na de 'Copernicaanse revolutie' was dit echter niet langer mogelijk. De alternatieve denkwijze van Pickering biedt met de metafoor een oplossing voor het probleem. *"Mental illness, as a metaphor, represents the world made in a certain way. It does not represent a socially convenient fiction about how the world really is. The larger point is that some of what the world is, is down to how humans make it. We make it in the sense that we apply categories and classifications to it, which in particular cases make possible our experiences of the world."*³¹

Door het gebruik van de metafoor kunnen we inzien dat onze categorisering en classificatie van de wereld en de psychiatrische ziekten veranderlijk is. Het kan namelijk zijn dat er nieuwe gegevens naar boven komen of dat er sociale of culturele druk ontstaat op de concepten waardoor de grenzen van de categorieën niet meer houdbaar zijn.³¹ Dat betekent echter niet dat we de idee van de classificatie moeten laten varen omdat de ziekten niet bestaan, zoals Thomas Szasz betoogde.

Men kan argumenteren dat de categorisering enkel op verbeelding steunt en dus niets met medische wetenschap te maken heeft. Maar het is net deze creatieve verbeelding die dicht bij de kern van de medische wetenschap ligt.³¹ Het idee van de metafoor als kennisomschrijving is dus niet antiwetenschappelijk: het is net de manier waarop wij aan wetenschap doen. Deze visie is uiteraard problematisch wanneer men het realisme aanhangt en vertrouwt op het werkelijk bestaan van psychiatrische ziekten als natuurlijke objecten. Desondanks neigt deze visie op de metafoor wel meer naar het realisme dan het constructivisme: zij geeft namelijk aan dat net door de metafoor het sociale en deontologische ontstegen wordt omdat het tekort schiet als definitie van ziekte. De metafoor is dus fundamenteel voor het medisch diagnostisch proces: het is niet langer slechts een sociaal of cultureel probleem, maar een psychiatrisch probleem, dat reëel is en bestaat. Tegelijk stelt de metafoor het nominalisme of het constructivisme, of welke vorm van kritiek dan ook, in staat om te blijven bestaan als een alternatieve verklaring en beschrijving van wat in psychiatrische termen 'ziekte' of 'stoornis' genoemd wordt.

In de andere wetenschappen en in het bijzonder de geneeskunde wordt er geen probleem van gemaakt dat de objecten van de wetenschap in feite minder objectief en onafhankelijk zijn dan we denken. Mogelijk zorgen de herhaaldelijk revisies en nieuwe edities van het diagnostisch handboek ervoor dat dit in de psychiatrie wel problematisch wordt. Er wordt namelijk openlijk gedebatteerd wanneer aanvankelijk reële objecten plots niet meer bestaan of een andere naam en functie krijgen, zoals we zien bij de gecontesteerde aanpassing van rouw.³² In de geneeskunde verandert men meestal niet om het decennium de diagnoses, maar ook daar zijn diagnoses vaak afspraken waarbij de afwijking zich niet zomaar toont als een bestaand object, maar komt het eerder neer op interpretatie, conventie en categorisering van de werkelijkheid. Wat bepaalt immers wanneer een lichamelijke klacht een symptoom wordt, of een labowaarde abnormaal is?¹⁵ We denken bijvoorbeeld aan hypertensie, diabetes of obesitas. Ook in de algemene geneeskunde geldt de werking van de metafoor.

Men kan de metafoor echter ook een minder grote rol toeschrijven, door haar te zien als een advies, een afwijkend advies aan de rationaliteit, waardoor bepaalde stugge denkkaders doorbroken kunnen worden. Dan blijft men er dus vanuit gaan dat wetenschap op een intrinsiek rationele basis vooruitgang maakt. De metafoor kan dan de afwijkende visie zijn die ervoor zorgt dat de neuzen in een andere richting wijzen en er feitelijke verandering en vooruitgang kan komen in het paradigma of discours, zoals we het ons met de wetenschapsfilosofen Thomas Kuhn en Paul Feyerabend kunnen voorstellen.

De metafoor als basis voor ons wetenschappelijk proces lijkt ons in een zekere irrationaliteit te werpen, en het is dan ook aangewezen om een zekere graad van irrationaliteit te accepteren.³¹ Het is namelijk niet zo dat in wetenschap de Rede zegeviert. Dat al te eenvoudige wetenschappelijk optimisme is sinds de doortocht van de eerder genoemde Kuhn en Feyerabend niet meer mogelijk. Wat zegeviert zijn praktische overtuigingen die ons het idee geven dat we een goede richting opgaan. Het had evengoed kunnen zijn dat we een andere richting opgingen, andere beschrijvingen van fenomenen gaven en dus tot andere voorspellingen over de toekomstige gebeurtenissen waren gekomen. Met het oog op de psychiatrische diagnostiek geldt dat evenzeer: *"Recategorization may actually lead to different divisions among phenomena, and, indeed, to different phenomena."*³¹

Tot slot

Aan de hand van drie grote ontologische visies probeerden we een antwoord te zoeken op de vraag: Wat is een psychiatrische ziekte? Het bleek onmogelijk om een eenduidig antwoord te formuleren dat voorstellen en kritieken vanuit deze visies zou kunnen samenvatten. Het DSM- en disfunctie-realisme zijn onverenigbaar met het nominalisme en het constructivisme. Hoewel er verschillende argumenten te bedenken zijn tegen het DSM-realisme lijkt dit wel de meest voorkomende ontologische houding in de psychiatrische praktijk. Het lijkt onwaarschijnlijk dat een aanhanger van het realisme het voorstel om de psychiatrische ziekte als metafoor te zien zal aanvaarden. De fundamentele houdingen, die vooraf gaan aan de woorden en argumenten die men gebruik om op de titelvraag te antwoorden, lijken onverenigbaar.

Enkel het voorstel van Pickering lijkt volgens ons in staat om een zeker constructivisme en afgezwakt realisme samen te voegen. Het antwoord op de titelvraag zou dan zijn dat een psychiatrische ziekte een aandoening is die zich uit in het afwijkingen van leefregels, van culturele, sociale of politieke aard, die door het gebruik van de medische metafoor begrepen worden als wetenschappelijke entiteiten die als dusdanig bestudeerd en verklaard kunnen worden. De psychiatrische patiënt lijdt dan werkelijk aan de psychiatrische ziekte en deze ziekte wordt gekenmerkt door bepaalde afwijkingen in leefregels die aan haar eigen zijn en door de clinicus ervaren en aangevoeld kunnen worden. Daarbij kan de clinicus geholpen worden door technische hulpmiddelen, zoals beeldvorming of labotests, die de biologische of bijvoorbeeld neuro-anatomische afwijkingen waarmee de afwijkingen in leefregels gepaard gaan, kunnen aantonen. Daarbij weet de clinicus dat de verschillende lagen waarin deze ziekte begrepen kan worden niet aan de kant geschoven kunnen worden door een naïef realisme. Daarbij weet de clinicus bovendien dat op elk niveau waar de aanwezigheid van de ziekte wordt bestudeerd een zekere subjectiviteit aanwezig blijft. Finaal zal de

clanicus dan ook begrijpen dat deze subjectiviteit geen zwakte is, die kost wat kost bestreden moet worden, maar dat ze eigen is aan wetenschap. De oorsprong van deze subjectiviteit is dat wij als mens, of wij nu patiënt, leek of wetenschapper zijn, onze wereld door de neo-Kantiaanse 'spontaniteit' vorm geven en als gevolg daarvan de wereld als objectief kunnen ervaren. Met de neo-Kantiaan Ernst Cassirer kunnen we immers concluderen dat mensen symbolische dieren zijn.³³

Wie de geschiedenis van de psychiatrie bestudeert, merkt dat wetenschap geen voortdurende vooruitgang kent. De etiketten die we gebruiken om het psychisch lijden overzichtelijk te maken kunnen dan ook alleen een houvast bieden, als we uitgaan van een realisme en de hoop dat we ooit, en liefst in de nabije toekomst, over voldoende technologie, kennis en kunde beschikken om de psychiatrische ziekten te vatten onder de vorm waarin zij werkelijk voorkomen en onafhankelijk van ons bestaan.

Wie de geschiedenis van het wetenschappelijk proces bestudeert, zal merken dat dit geen stijgende lijn van succes is, alleen een opstapeling van contingenties die we achteraf kunnen benoemen met termen die we zelf kiezen, bijvoorbeeld 'vooruitgang'.

Het kan zijn dat onze kennis van de psychopathologie hierdoor zwakker lijkt en wij wat onzekerder lijken geworden. We kunnen ons afvragen of dit onze houding in de psychiatrische praktijk zal beïnvloeden. Zullen wij met meer twijfel omgaan met de vragen van onze patiënten, met de diagnoses die we toeschrijven en met de overtuigingen die we over ons vak aanhangen? Misschien wel. We laten het aan de lezer over, of dit een eerste stap is naar vooruitgang.

¹ Varga S. *Defining mental disorder. Exploring the 'natural function' approach*. Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine 2011; 6:1

² Zie onder meer:

- Phillips J et al. *The Six Most Essential Questions in Psychiatric Diagnosis: A Pluralogue. Part 1: Conceptual and Definitional Issues in Psychiatric Diagnosis*. Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine 2012; 7:3
- Varga S. *Defining mental disorder. Exploring the 'natural function' approach*. Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine 2011; 6:1
- Wakefield J. *What Makes a Mental Disorder Mental?* Philosophy, Psychiatry, & Psychology 2006; 6: 123-131
- Brülde B, Radovic F. *What Is Mental about Mental Disorder?* Philosophy, Psychiatry, & Psychology, 2006; 6: 99-114
- Gerrit Glas in hoofdstuk 2 van Denys D, Meynen G. *Handboek psychiatrie en filosofie*. Utrecht, De Tijdstroom, 2012

³ Pouncy C. *Commentary*. In: Phillips J et al. *The Six Most Essential Questions in Psychiatric Diagnosis: A Pluralogue. Part 1: Conceptual and Definitional Issues in Psychiatric Diagnosis*. Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine 2012; 7:3

⁴ Pierre J. *Commentary*. In: Phillips J et al. *The Six Most Essential Questions in Psychiatric Diagnosis: A Pluralogue. Part 1: Conceptual and Definitional Issues in Psychiatric Diagnosis*. Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine 2012; 7:3

⁵ Van Hecke J, De Bruyne S, Sabbe B. *Pre-dsm-denken in een post-dsm-tijdperk Epistemologie: de blinde vlek van de huidige psychiatrische classificatie*. Tijdschrift voor psychiatrie 2002; 7: 427-436

⁶ Nieweg EH. *Wat wij van Jip en Janneke kunnen leren. Over reïfictie (verdinglijking) in de psychiatrie*. Tijdschrift voor psychiatrie. 2005; 47, 10: 687-696

⁷ Nieweg, EH. *De psychiater in spagaat – over de kloof tussen natuur- en geesteswetenschappelijke psychiatrie*. Tijdschrift voor psychiatrie 2012; 47, 4: 239-249

⁸ Zie volgenden:

- Van Hecke J, De Bruyne S, Sabbe B. *Pre-dsm-denken in een post-dsm-tijdperk Epistemologie: de blinde vlek van de huidige psychiatrische classificatie*. Tijdschrift voor psychiatrie 2002; 7: 427-436
- Stein DJ et al. *What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DSM-V*. Psychological Medicine 2010; 40: 1759-1765

⁹ Zie onder meer:

- Pickering N. *The metaphor of mental illness*. Oxford, Oxford University Press, 2006
- Frances A. Commentary. In: Phillips J et al. *The Six Most Essential Questions in Psychiatric Diagnosis: A Pluralogue part 2: Issues of conservatism and pragmatism in psychiatric diagnosis*. Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine 2012; 7: 8
- Nieweg, EH. De psychiater in spagaat – over de kloof tussen natuur- en geesteswetenschappelijke psychiatrie. Tijdschrift voor psychiatrie 2012; 47, 4: 239-249

¹⁰ Aragona M. *The concept of mental disorder and the DSM-V*. Dial Phil Ment Neuro Sci 2009; 2(1): 1-14

¹¹ Van Praag HM. *The impact of classification on psychopharmacology and biological psychiatry*. Dialogues Clin Neurosc. 1999; 12: 141-151

¹² Zie volgenden:

- First, M. Commentary. Phillips J et al. *The six most essential questions in psychiatric diagnosis: a pluralogue part 3: issues of utility and alternative approaches in psychiatric diagnosis*. Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine 2012; 7:9
- Kendler K, First M. *Alternative futures for the DSM revision process: iteration v. paradigm shift*. BJP 2010; 197:263-265

¹³ Kendler K, First M. *Alternative futures for the DSM revision process: iteration v. paradigm shift*. BJP 2010; 197:263-265

¹⁴ Kendell R, Jablensky A. *Distinguishing Between the Validity and Utility of Psychiatric Diagnoses*. Am J Psychiatry 2003; 160:4–12

¹⁵ Rohlf J. *Psychiatrische diagnostiek, het 'Culturele Interview' en de DSM-5*. Tijdschrift voor Psychiatrie 2012; 54, 9, 819 - 821

¹⁶ Pierre J. Commentary. Phillips J et al. *The Six Most Essential Questions in Psychiatric Diagnosis: A Pluralogue part 2: Issues of conservatism and pragmatism in psychiatric diagnosis*. Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine 2012; 7: 8

¹⁷ Wakefield J. Commentary. In: Phillips J et al. *The Six Most Essential Questions in Psychiatric Diagnosis: A Pluralogue. Part 1: Conceptual and Definitional Issues in Psychiatric Diagnosis*. Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine 2012; 7:3

¹⁸ Aragona M. *The concept of mental disorder and the DSM-V*. Dial Phil Ment Neuro Sci 2009; 2(1): 1-14

¹⁹ Wakefield J, First M geciteerd in: Aragona M. *The concept of mental disorder and the DSM-V*. Dial Phil Ment Neuro Sci 2009; 2(1): 1-14

²⁰ Kinghorn W. Commentary. In: Phillips J et al. *The Six Most Essential Questions in Psychiatric Diagnosis: A Pluralogue. Part 1: Conceptual and Definitional Issues in Psychiatric Diagnosis*. Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine 2012; 7:3

²¹ Frances A. Commentary. In: Phillips J et al. *The Six Most Essential Questions in Psychiatric Diagnosis: A Pluralogue. Part 1: Conceptual and Definitional Issues in Psychiatric Diagnosis*. Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine 2012; 7:3

²² Kendler K, First M. *Alternative futures for the DSM revision process: iteration v. paradigm shift*. BJP 2010; 197:263-265

²³ Kawa S, Giordano J. *A brief historicity of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Issues and implications for the future of psychiatric canon and practice*. Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine 2012; 7:2

²⁴ Greenberg G. Commentary. In: Phillips J et al. *The Six Most Essential Questions in Psychiatric Diagnosis: A Pluralogue. Part 1: Conceptual and Definitional Issues in Psychiatric Diagnosis*. Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine 2012; 7:3

²⁵ Mooij A. *De psychische realiteit. Psychiatrie als geesteswetenschap*. Amsterdam, Boom, 2006

²⁶ Thakker J, Ward T. *Culture and Classification: the cross-cultural application of the DSM-IV*. Clinical Psychology Review 1998; 18, 5, 501–529

²⁷ Stein DJ et al. *What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DSM-V*. Psychological Medicine 2010; 40: 1759-1765

²⁸ Patil T, Giordano J. *On the ontological assumptions of the medical model of psychiatry: philosophical considerations and pragmatic tasks*. Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine 2010; 5:3

²⁹ Pickering N. *The metaphor of mental illness*. Oxford, Oxford University Press, 2006.

³⁰ Kant I. *Kritiek van de zuivere rede*. Amsterdam, Boom, 2004.

³¹ Pickering N. *The metaphor of mental illness*. Oxford, Oxford University Press, 2006.

³² The Lancet. *Editorial: Living with Grief*. The Lancet 2012; 379, 9816, 598.

³³ Cassirer E. *Philosophie der symbolischen Formen*. Hamburg, Felix Meiner Verlag, 2010.