

Hoe “normaal” is “pathologisch”? Psychiatrie en klinische psychologie als nieuwe disciplinerings¹

PAUL VERHAEGHE
 hoogleraar klinische psychologie
 en psychoanalyse

SAMENVATTING

Deze bijdrage vertrekt vanuit een aantal probleemstellingen binnen het huidige psychodiagnostisch en therapeutisch veld die nopen tot het stellen van belangrijke vragen op het niveau van ethiek, wetenschap en kliniek; niveaus die vanuit een ruimer maatschappelijk kader met elkaar verknoot zijn. De invulling van psychopathologie berust immers op sociaal bepaalde normen en waarden (ethiek), die sterk afhankelijk zijn van en dus mee variëren met de maatschappelijke context. Het hedendaagse neoliberale discours schuift hierbij een medisch model naar voren dat de manier dicteert waarop wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd wordt, resulterend in een schijnbaar empirisch ondersteunde DSM-diagnostiek. In de kliniek vertaalt het gebruik van dit psychiatrisch handboek zich in het “detecteren” van personen die afwijken van de vooropgestelde criteria en stelt de daaruit voortvloeiende behandeling zich vervolgens tot doel hen terug in de pas te doen lopen. Meer dan sociale normering komt er vaak niet bij kijken en patiënten worden dit steeds meer gewaar. Het protest hierop is echter minimaal en heeft bovendien nauwelijks impact, waardoor psychotherapie zich vandaag op een hellend vlak bevindt. Ter bescherming van ons vakgebied is het bijgevolg uitdrukkelijk nodig zicht te krijgen op de zee waarin we allemaal zwemmen en stil te staan bij ons eigen aandeel in het algemeen perspectief.

TREFWOORDEN diagnostiek, ethiek, kliniek, maatschappij, wetenschap

INLEIDING

Meer dan vijftig jaar geleden werd ik belast met het onderwijs in de klinische psychodiagnostiek. Belast is het juiste woord, want niemand van het toenmalige professorenkorps wilde dat vak doceren, omdat het besmet was. Wetenschappelijk onderzoek in het kielzog van de antipsychiatrie had overtuigend aangetoond dat de diagnostische labels niet valide waren noch betrouwbaar; dat de veronderstelde biologische ondergrond van die diagnoses een fabeltje was, en dat

psychofarmaca veel te vaak werden voorgeschreven, bovendien binnen de context van een behandeling die stevast neerkwam op een disciplinerings. Dit alles kreeg zeer ruime aandacht via literatuur, films en algemene pers. Vandaag zijn we dertig jaar verder, met het volgende resultaat. Het aantal labels is spectaculair gestegen, van 180 (DSM II) naar 292 (DSM III R) naar 365 (DSM IV TR), en straks met de DSM-V een kleine vijfhonderd. Die labels zijn wetenschappelijk gezien niet valide, noch betrouwbaar, de meerderheid van

de diagnoses wordt gemaakt op grond van eenvoudige checklists, en de neurobiologische grond van de stoornissen is veeleer een farmacologische reclameslogan dan een wetenschappelijk feit. Het gebruik van psychofarmaca is vertienvoudigd en de psychotherapie is heel sterk aan het opschuiven in de richting van een disciplineren.

We zijn niet terug bij af, verre van, we zijn een flink stuk doorgesloten in een richting die toen met recht en reden aangeklaagd werd. Er is een levensgroot verschil: in vergelijking met die periode krijgt het protest daartegen vandaag heel weinig aandacht — net zoals toen komt dit protest vanuit de sector zelf, zijnde psychiaters en psychologen, aangevuld met een handje wetenschapsjournalisten, maar dit protest heeft nauwelijks impact. Bovendien — en dit is nog belangrijker — de overgrote meerderheid van de patiënten reageert niet of nauwelijks, integendeel, jan-met-de-pet neemt de labelcultuur met een zekere gretigheid over (“ik ben een autist”) en is vaak de eerste om psychofarmaca te vragen. Nog merkwaardiger is dat de overgrote meerderheid van de clinici en zelfs van de hoogleraren overtuigd zijn dat er bonafide wetenschappelijke bewijzen bestaan voor de veronderstelde neurobiologische en genetische ondergrond, net zoals ze er min of meer van overtuigd zijn dat de DSM-rubricering grotendeels valide en betrouwbaar is.

Deze verschuivingen roepen ontzettend veel vragen op, en in het tijdsbestek van deze lezing kan ik er slechts gedeeltelijk op ingaan. Bovendien zijn het erg belangrijke vragen — iedereen van ons die in de psy-sector werkt, draagt op dit vlak een enorme verantwoordelijkheid, die nog groter wordt als men ook een onderwijsfunctie heeft — we zijn ons daar veel te weinig van bewust. Met onze diagnostiek beslissen wij wie er normaal of abnormaal is, wat er gestoord is of niet, en we staan daar nauwelijks bij stil. Ik zal in mijn lezing achtereenvolgens drie verschillende velden bespreken waarin dat belang aan bod komt: het ethische, het wetenschappelijke, het klinische. In mijn besluit wil ik dit alles dan ruimer maatschappelijk situeren. U ziet, veel te veel voor dit korte tijdsbestek.

ETHIEK

Ik begin met de meest voor de hand liggende vraag. Wat diagnosticeren wij? In het eenvoudigste geval

hebben we te maken met een eigenlijke ziekte en dan wordt dit materie voor de neurologie. In alle andere gevallen is het een groot vraagteken, vandaar dat we vandaag de vage term “stoornissen” gebruiken. Het statuut daarvan is erg onduidelijk en de beste aanpak is zo ruim mogelijk, wat dan benoemd wordt als bio-psycho-sociaal. Het idee op zich van stoornis plaatst ons onvermijdelijk in het veld van de ethiek, iets wat vandaag weinig aandacht krijgt, behalve als het over roken in de huiskamer gaat. Het valt heel erg te betwijfelen of wij bezig zijn met het onderscheid ziek versus gezond in de medische betekenis van het woord. Daartegenover staat het vast dat we bezig zijn met het onderscheid tussen normaal en abnormaal, en dat is ten volle een ethische kwestie. Ethiek en moraal delen dezelfde etymologie, want hun oorspronkelijke betekenis verwijst naar de zeden en gewoonten, zelfs het gewoonterecht dat een bepaald volk of cultuur deelt.

Wij denken allemaal dat we superieur zijn aan onze voorgangers en dat wij dergelijke fouten zeker niet zullen maken

Wie die zeden en gewoonten volgt, is binnen die cultuur normaal, wie daarvan afwijkt is abnormaal en dus gestoord en eventueel zelfs misdadig. Dit betekent dat elke maatschappij zowel gezond- als ziekmakend werkt, en de balans daartussen is of zou een centraal aandachtspunt moeten zijn voor politici en ethici. Een bekend voorbeeld: homoseksualiteit was niet zo lang geleden zowel gestoord als misdadig, en is dat vandaag in bepaalde culturen nog steeds. Een dergelijk statuut is ten volle een effect van de toenmalige normen en waarden en heeft verregaande gevolgen: zo iemand moest toen behandeld worden, mocht bepaalde beroepen niet uitoefenen, kon in de gevangenis vliegen enzovoort. Vandaag ligt dat helemaal anders, en onder andere op grond van dergelijke veranderingen denken wij allemaal dat we superieur zijn aan onze voorgangers en dat wij dergelijke fouten zeker niet zullen

maken. Elke generatie denkt dat, waarom zouden wij een uitzondering zijn? Dat heet *hybris*, een stoornis die vooralsnog niet voorkomt in de DSM, maar waarvan het handboek zelf een illustratie vormt.

Deze vaststelling — dat het onderscheid normaal/abnormaal, gestoord/niet gestoord — afhankelijk is van de maatschappelijke context heeft voor ons beroep verregaande implicaties. In mijn onderwijs maak ik onderscheid tussen wat ik een juridische psychodiagnostiek noem en een klinische. De eerste is gericht op de bescherming van de groep, van de maatschappij, desnoods tegen het individu; de tweede is gericht op bescherming van het individu, desnoods tegen de maatschappij. Beide zijn nodig, zodat wij als clinici geconfronteerd worden met een serieuze spreidstand, want ze staan in hun bedoeling lijnrecht tegenover elkaar (de vermenging van die twee perspectieven maakt ze alle twee onmogelijk). Iedereen van ons maakt situaties mee in zijn of haar praktijk waarbij we moeten kiezen hetzij voor het maatschappelijke, hetzij voor het individuele perspectief. Dat zijn telkens situaties waar het over de patiënt gaat, als we bijvoorbeeld moeten beslissen over collocatie of internering. Terzelfder tijd, en zonder dat we ons daarvan bewust zijn, dragen wij door onze manier van werken en denken ook bij tot het collectieve perspectief, dit wil zeggen tot de algemene, wijdverspreide opvattingen over wat tot het veld van de psychiatrie behoort en wat daarbuiten valt. Ik geef een voorbeeld: twintig jaar geleden zei een van onze toen meest ervaren kinderpsychiaters mij dat ze die groeiende stortvloed van opvoedingsproblemen grondig beu was en verlangde naar echte psychiatrie — er zijn niet veel huidige kinderpsychiaters die een dergelijke uitspraak nu nog luidop zouden durven formuleren, denk ik.

Vandaag vind ik het uitdrukkelijk nodig dat we stilstaan bij ons aandeel in dit algemene perspectief, en dat we nadenken over onze collectieve en individuele verantwoordelijkheid daarbij. De reden daarvoor is simpel: ons vakgebied is vandaag letterlijk overal aanwezig, in de rechtspraak en het verzekeringswezen, in het onderwijs en de opvoeding, in het relationeel leven en op de werkvloer.² Er is nog nooit zo’n psychiatrisering en psychologisering geweest als nu, wat meteen betekent dat onze impact op wat als normaal of abnormaal

beschouwd wordt, enorm is. De paradox is dat heel veel van die psychiatrisering/psychologisering niet van psychiaters of psychologen komt, maar wel vanuit het heersende discours — nogal wat van ons proberen met de moed der wanhoop die psychiatrisering/psychologisering te corrigeren. De impact daarvan is zeer groot en kan zowel positief als negatief uitdraaien. Positief, omdat er meer en vroeger hulp kan geboden worden aan individuen, en omdat de maatschappij meer en sneller beschermd kan worden; negatief, omdat er een ernstig gevaar bestaat voor labeling, stigmatisering en overmedicalisering.

Ik vermoed dat het merendeel van de psy-werkers het daar *grosso modo* mee eens is, dus dat is geen probleem. Het probleem is dat er daar heel weinig aandacht aan besteed wordt, ondanks deze consensus, en dat heeft alles te maken met een bepaalde paradigmatische overtuiging — paradigma in de betekenis van Thomas Kuhn, of met een bepaald vertoog, in de betekenis van Foucault, dat vandaag ons denken bepaalt en een ander denken nagenoeg onmogelijk maakt. Concreet: het heersende paradigma dicteert een medisch model gefocust op het individu, en ongeveer niemand durft nog luidop zeggen dat de meerderheid van de psychiatrische stoornissen een overduidelijke samenhang vertoont met maatschappelijke situaties. Het recente besluit van de Wereldgezondheidsorganisatie dat mentale gezondheid bepaald wordt door

Onze impact op wat als normaal of abnormaal beschouwd wordt, is enorm

sociale factoren vindt nauwelijks gehoor, en de sociale psychiatrie krijgt vandaag nauwelijks aandacht.³ Als Jim van Os (van Os, Kenis & Rutten, 2010) op grond van onderzoek aantoonde dat er meer argumenten zijn om schizofrenie als een sociale stoornis te beschouwen dan als een genetische-neurologische, dan wordt hij weggehoond, ondanks het feit dat zijn gegevens gepubliceerd zijn in *Nature*. Het roept bij mij Semmelweis op, wiens onderzoeksgegevens 150 jaar geleden ook

werden weggelachen. *Evidence based* heeft duidelijk verschillende maten en gewichten... Daarmee kom ik tot mijn tweede veld, het wetenschappelijke.

WETENSCHAP

Dit veld krijgt vandaag alle aandacht, en het sleutelwoord daarbij is inderdaad *evidence based*, gebaseerd op empirisch onderzoek. Op zich valt daar veel voor te zeggen, op voorwaarde dat het op een ernstige manier gebeurt. Ik zal daar straks op ingaan, maar eerst wil ik aandacht besteden aan het achterliggende vertoog of paradigma, want dat bepaalt de manier waarop er aan empirisch onderzoek gedaan wordt. Binnen het medische veld verzamelt men zorgvuldige symptoombeschrijvingen met als diagnostisch doel het ontdekken van de achterliggende ziekte. Dat lukt in een groot aantal gevallen vrij goed, waardoor we een betrouwbare en valide medische diagnostiek hebben. Betrouwbaar betekent dat verschillende artsen op grond van dezelfde symptoombeschrijving tot dezelfde diagnose zullen komen. Valide betekent dat het diagnostisch label overtuigend verwijst naar iets wat in de werkelijkheid voorhanden is. Binnen het psychiatrische veld zien we twee benaderingen die elkaar beconcurreren en de geschiedenis van de psychiatrie is een geschiedenis van de wisselende machtsverhoudingen tussen die twee. Het ene model gaat ervan uit dat ogenschijnlijk identieke symptomen en symptomatische gedragingen zeer verschillende betekenissen en functies kunnen hebben bij verschillende patiënten. De diagnose moet zich daarop richten, en zal dan ook altijd de vorm aannemen van een uitvoerig diagnostisch verslag binnen wat vroeger een holistische benadering heette en vandaag bio-psycho-sociaal. Het uitgangspunt daarbij is dat elke zieke of gestoorde persoon ondanks de overeenkomsten toch vooral verschillend is, en ook als dusdanig behandeld moet worden. De andere benadering is een entiteitsmodel: symptomatisch gedrag heeft een constitutionele oorzaak waardoor neurobiologische processen in gang worden gezet die aanleiding geven tot de uitingen van de stoornis. Het uitgangspunt hierbij is dat een ziekte bij verschillende patiënten dezelfde is, zodat de diagnose zich grosso modo kan beperken tot een label. Bovendien kan de behandeling protocolair uitgevoerd worden.

Vandaag overweegt het entiteitsmodel. Een stoornis berust op een onderliggend maladaptief neurobiologisch proces met een genetische grondslag, waardoor patiënten min of meer hetzelfde storende en gestoorde gedrag vertonen, dat is de heersende overtuiging. Binnen deze benadering moet evidence based-onderzoek zich dan ook altijd richten op zo groot en zo representatief mogelijke groepen, om daaruit die gemeenschappelijke kernentiteit te destilleren; kwalitatief onderzoek

In de huidige versie van het entiteitsmodel botsen we voortdurend op cirkelredeneringen die alleen een illusie van wetenschappelijke verklaring bieden

op een patiënt wordt hoogstens als een aanvulling beschouwd. Dit is meteen de grondslag van de DSM-diagnostiek, waarvan nogal wat mensen aannemen dat dit alles een stevig wetenschappelijke onderbouwing heeft.

Binnen deze benadering is er een merkwaardige verschuiving ontstaan: in de huidige versie van het entiteitsmodel worden de symptomen — bijvoorbeeld een tekort aan aandacht en een teveel aan activiteit — op zich benoemd tot een verondersteld onderliggende entiteit. ADHD is daar het duidelijkste voorbeeld van, maar in feite geldt dit voor nagenoeg alle DSM-labels. Deze verschuiving blijkt vooral uit de manier waarop wij praten over diagnoses: we doen alsof die stoornissen bestaan *los van de gedragingen* waarin ze tot uiting komen.⁴ Iemand heeft te weinig aandacht en is te druk omdat hij ADHD heeft — de symptomen worden beschouwd als uitingen van een onderliggende stoornis, die meteen als causale verklaring van die uitingen wordt beschouwd. Maar die verondersteld onderliggende stoornis is ofwel letterlijk identiek aan het bovenliggende gedrag — denk aan ADHD — ofwel dekt het label een samenvattende noemer voor dat gedrag, meer niet.

Anders gesteld: in de huidige versie van het entiteitsmodel botsen we voortdurend op cirkelredeneringen die alleen een illusie van wetenschappelijke verklaring bieden. Uitdrukkingen zoals “ADHD leidt tot aandachtstekort in de klas”, of “een bipolaire stoornis leidt tot sterk wisselende stemmingen” zijn daar voorbeelden van — een beschrijving wordt voorgesteld als de oorzaak van wat er beschreven wordt. Dit wordt meestal handig verdoezeld door het gebruik van acroniemen. Nog een voorbeeldje: iemand heeft om de zoveel tijd woedeaanvallen omdat hij lijdt aan IED. IED staat voor *Intermittent Explosive Disorder*, dus: iemand heeft om de zoveel tijd woedeaanvallen omdat hij lijdt aan woedeaanvallenstoornis.

Daarmee kom ik tot mijn volgende punt: wat is het wetenschappelijk gehalte van deze verondersteld evidence based-categorieën? Daarbij moeten we twee dingen bevragen. Langs de bovenkant de betrouwbaarheid van een diagnostische groepering van bepaalde symptomen of gedragingen tot een stoornis. Langs de onderkant de bewijsvoering voor de verondersteld onderliggende neurobiologische en/of genetische oorzaak.

Wat de groepering betreft: de keuze voor de combinatie van bepaalde symptomen of gedragingen tot een veronderstelde entiteit is grotendeels arbitrair en dus zeer betwistbaar. Het zou veel te veel tijd vragen om dit hier overtuigend te brengen, maar wie daar nog aan mocht twijfelen kan het boek van Christopher Lane (2007) lezen, die als eerste toegang gekregen

een diagnose gebaseerd op de ICD, enkel en alleen op grond van een andere groepering. Bij de ICD moeten de kinderen zowel in de aandacht als in de activiteit gestoord zijn, bij de DSM volstaat *een* van de twee. Ook daar staat men nauwelijks bij stil: de keuze van het handboek bepaalt of een kind een stoornis heeft of niet... Dit is, op zijn zachtst uitgedrukt heel erg vreemd. Bovendien wijzigen de criteria om de zoveel tijd, wijzigingen die overigens altijd in de richting van een uitbreiding gaan, denk maar aan autisme.

Als we met te veel van dit soort tegenstrijdige en verwarrende voorbeelden geconfronteerd worden — en er zijn er heel erg veel — dan komen we in een toestand van cognitieve dissonantie, iets wat we liefst vermijden. Vandaar dat het merendeel van de klinici het bij een handboek en dus bij een diagnostische omschrijving houdt, wat dan een schijn van zekerheid oplevert. Maar ook dat is een illusie, want zodra we een groep patiënten met eenzelfde DSM-diagnose verder onderzoeken blijken die onderling meer verschillen te vertonen dan overeenkomsten. Dit is natuurlijk niet zo vreemd, in het licht van de arbitrariteit van die symptoombegroeperingen tot een bepaalde stoornis.

Het is ook diezelfde arbitrariteit die verklaart waarom de validiteit en de betrouwbaarheid van zowel de huidige diagnostische categorieën als van de meetinstrumenten even laag zijn als deze in de jaren 1970 — toen werden er een aantal geruchtmakende wetenschappelijke onderzoeken gepubliceerd die dat uitdrukkelijk aantoonde. Vandaag kunnen die makkelijk herhaald worden en dat is ondertussen ook al gebeurd. Ik geef maar een voorbeeld uit de vele: 1334 ervaren klinici krijgen een gevalsbeschrijving waarin alle criteria voor een *conduct disorder* uitdrukkelijk aanwezig zijn — minder dan de helft van hen zal effectief deze diagnose geven, en in totaal krijgt dezelfde gevalsstudie 29 verschillende hoofddiagnoses (Kirk & Hsieh, 2004 — zie ook de commentaar van Vanheule, 2011).

Het vreemde is dat daar niemand van wakker ligt, we doen rustig verder alsof er niets aan de hand is. Hoe komt het dat dergelijke evidence based gegevens weinig tot geen aandacht krijgen? Dit heeft andermaal alles te maken met het dominante paradigma of vertoog, op grond waarvan het merendeel van ons overtuigd blijft dat ondanks alle discussies er toch een harde

De keuze van het handboek bepaalt of een kind een stoornis heeft of niet...

heeft tot het volledige DSM-archief, zelfs tot de briefwisselingen. In de huidige aanloop naar de DSM V staat de vakliteratuur nu al vol verhitte discussies tussen onderzoeksgroepen die hun voorkeur willen opleggen. Het arbitrair karakter blijkt ook uit de klinische toepassingen: een diagnose gebaseerd op de DSM levert dubbel zoveel kinderen op met ADHD in vergelijking met

wetenschappelijke ondergrond is voor de huidige versie van het entiteitsmodel. Het nochtans vrij grote aantal onderzoeksrapporten dat de lage betrouwbaarheid van deze diagnoses aantoont, vindt geen geloof, in tegenstelling tot de studies die de onderliggende neurobiologische processen en ja, zelfs de genetische bepaaldheid van die stoornissen bewijzen. We zijn dus gerustgesteld, en we liggen bijvoorbeeld niet wakker van de vraag hoe men die neurobiologie en die genetica kan onderzoeken van een diagnose met een dergelijke lage betrouwbaarheid. Depressie heeft toch te maken met een gestoorde serotoninebalans, net zoals *Social Anxiety Disorder*? En wie durft er nog te twijfelen aan het feit — inderdaad het feit — dat ADHD een neurobiologische stoornis is, bovendien met een zeer grote erfelijkheidsfactor, dat alles is toch wetenschappelijk bewezen via artikels in hoog gerankte *Al journals*?

Ik moet hier even een terzijde inlassen. Vandaag is onderzoek synoniem met geavanceerde statistiek en het merendeel van de mensen in de psy-wereld is daar niet mee vertrouwd. Wie geneeskunde studeert, krijgt daar tijdens de klassieke opleiding ongeveer niets over, in de vernieuwde versie is het iets beter, maar nog altijd vrij zwak. Artsen die een wetenschappelijk onderzoek uitvoeren, zullen nagenoeg altijd beroep doen op een methodoloog of statisticus (vaak aangeleverd door een farmaceutische firma...). Wie psychologie studeert, krijgt ongeveer elk opleidingsjaar minstens een hoofdvak statistiek en onderzoeksmethodologie, en op het einde van hun studies hebben ze toch niet veel meer dan een basiskennis. Even een kleine test: wie weet waarvoor *kappa* staat? Dit is een statistische coëfficiënt die aangeeft hoe betrouwbaar een meting is, en die aldus toelaat de meetfout te elimineren die te wijten is aan toeval. De standaard voor *kappa* is 0,4 tot 0,6. De DSM-III verhoogde dit tot 0,7 en zelfs tot boven 0,8, wat meteen betekent dat hun diagnostische criteria plots heel erg betrouwbaar leken, maar het volgens de gangbare normen niet zijn (Kirk & Kutchins, 2008: pp. 56-63). Ook daar ligt niemand wakker van.

Een *kappa*-meting is relatief eenvoudig, zeker in vergelijking met het soort statistiek dat we vandaag in de onderzoekspublicaties aantreffen. De complexiteit daarvan is zo hoog dat ongeveer niemand nog in

staat is om die te begrijpen, laat staan te beoordelen, vandaar dat bijna iedereen die overslaat. Zo'n tien jaar geleden moest ik vaststellen dat ik als hoogleraar niet meer in staat was om de nieuwste, computergebaseerde methodes te begrijpen, laat staan te beoordelen. Ik heb

Bij een meerderheid van de onderzoeksartikels moet je na het uitpluizen van het methodologisch gedeelte niet verder lezen

toen een beslissing genomen die achteraf bekeken heel verstandig was: ik zond een aantal briljante jonge mannen, *doctores in spe* of pas doctor, naar Brussel voor een van de meest geavanceerde masters in *statistics in social sciences*. Zij brachten die kennis mee naar mijn vakgroep, en als ik vandaag iets niet begrijp, vraag ik het aan hen. Het resultaat daarvan is zeer ontvullend: bij een meerderheid van de onderzoeksartikels moet je na het uitpluizen van het methodologisch gedeelte niet meer verder lezen, want de methodes zijn dusdanig *flawed* dat de conclusies op zijn zachtst uitgedrukt ernstig betwistbaar zijn. De redacties van wetenschappelijke tijdschriften, zeker die van de medische tijdschriften, zouden veel en veel strenger moeten zijn, maar dat is overduidelijk niet het geval — de verklaring daarvoor laat ik aan jullie verbeelding over.

In ieder geval verklaart dit waarom ongeveer elk onderzoeksresultaat in ons vakgebied weerlegd kan worden door een ander onderzoeksresultaat, met als gevolg dat we in deze tijden van evidence based een toch wel uiterst merkwaardig taalgebruik hanteren. We spreken over *believers* versus *non-believers*, en elke groep staft zijn geloof met hard wetenschappelijk onderzoek.⁵ De zogenaamde evidence based-wetenschap krijgt meer en meer de allures van een godsdienstoorlog, waarbij twee groepen lijnrecht tegenover elkaar staan, elk overtuigd van het eigen grote gelijk. Een eenvoudig voorbeeld: ik kan hier een powerpointzing brengen waarin ik op grond van evidence based-materiaal aantoont dat ADHD erfelijk bepaald is, dat

er structurele veranderingen in de hersenen zijn, dat de huidige medicatie ongevaarlijk is. Ik kan ook een powerpointlezing brengen waarin ik op grond van evidence based-onderzoek aantoon dat ADHD geen betrouwbare of valide diagnose is, dat de erfelijkheidsstudies wetenschappelijk zeer betwistbaar zijn, dat de veranderingen in de hersenen een gevolg zijn van het medicatiegebruik en dus niet van de veronderstelde stoornis, en dat bijgevolg het mediceren zeer ernstige risico's met zich meebrengt. En ik herhaal: de twee lezingen zullen alle twee even hard *evidence based* zijn (voor een overzicht zie Timimi & Leo, 2009).

Het besluit is vrij pijnlijk: we weten het niet en we begrijpen het niet. Voor alle duidelijkheid: dit is geen ontkenning van het bestaan van die problemen, er is helaas van alles aan de hand met onze jongeren, van het gedrag benoemd als ADHD of ODD tot automutilatie. Willen we wetenschappelijk eerlijk zijn, dan moeten we toegeven dat wij voor de overgrote meerderheid van die problemen in het duister tasten, in weerwil van die paradigmatische overtuigingen. Als ik zo iets zeg, dan zijn er steevast een aantal collega's die dat van tafel vegen met als argument dat dit het zoveelste gezaag is vanuit een psychoanalytische en dus een heel erg verdachte hoek. Vandaar dat ik verwijs naar de officiële reactie van de British Psychological Society op de proefversie van de DSM-V, die dit op haar manier samenvat in een brief van juni 2011:

The putative diagnoses presented in DSM-V are clearly based largely on social norms, with 'symptoms' that all rely on subjective judgements, with little confirmatory physical 'signs' or evidence of biological causation. The criteria are not value-free, but rather reflect current normative social expectations. Many researchers have pointed out that psychiatric diagnoses are plagued by problems of reliability, validity, prognostic value, and co-morbidity. [...]. Diagnostic systems such as these therefore fall short of the criteria for legitimate medical diagnoses. They certainly identify troubling or troubled people, but do not meet the criteria for categorisation demanded for a field of science or medicine (with a very few exceptions such as dementia). We are also concerned that systems such as this are based on identifying problems as located within individuals. This misses the relational context

of problems and the undeniable social causation of many such problems.⁶

KLINIEK

Daarmee kom ik tot het derde veld, na dat van de ethiek en de wetenschap, met name de kliniek, dat wil zeggen: de combinatie tussen diagnostiek en behandeling. Mijn studenten krijgen twee jaar een hoofdvak klinische psychodiagnostiek, bovendien met een serieus aantal practica. Daarnaast is er nog een stamvak metrische diagnostiek en wordt er ook ruim aandacht besteed aan stoornissen binnen de stamvakken ontwikkelingspsychologie en tijdens hun stage moe-

De meerderheid van de patiënten komt vandaag met hun eigen diagnose

ten ze twee casestudies uitvoerig uitwerken. Wat is het resultaat daarvan? Eens ze in de praktijk staan, zal het merendeel van hen diagnostische labels toekennen op grond van poepsimpele checklists. Als zij toch een inspanning doen om een ernstig en dus uitvoerig psychodiagnostisch verslag neer te schrijven, dan is de kans zeer groot dat dit genegeerd wordt, en dat ze uitdrukkelijk de vraag krijgen aan te geven over welke DSM-diagnose het gaat en welke comorbiditeit er is. Bovendien komt de meerderheid van de patiënten vandaag zelf of met hun eigen diagnose, op grond van zelfbeoordelvragenlijsten die gratis op het internet te vinden zijn — even doorklikken, en je komt uit bij een farmaceutische firma of bij een privébedrijfje voor psychotherapie.

Diagnostiek is blijkbaar een zeer 'eenvoudige' praktijk geworden, waarvan de eenvoud vooral blijkt uit de spectaculaire stijging van het aantal mensen met een diagnose. Dat is het best zichtbaar bij kinderen, omdat die cijfers het best bijgehouden worden. Het officiële prevalentiecijfer voor autisme is 1%, voor ADHD tussen de 3 en 5%. Op een school met 200 kinderen kunnen we er dus twee met autisme verwachten, en ongeveer acht met ADHD. Ga maar eens

met een schooldirecteur praten, en je zal heel snel te horen krijgen dat de cijfers veel hoger liggen, en dat die bovendien allemaal berusten op diagnostisch onderzoek door officiële instanties. In Nederland, steeds het voorbeeldland voor Vlaanderen, zit vandaag een op de zeven kinderen tussen nul en achttien in de speciale zorg of onderwijs (Hermans, 2009: 8) en komt bijna 7% van de 18-jarigen terecht in de Wajong (Wet Arbeidsongeschiktheid Jongeren) — in principe krijgen die voor de rest van hun leven een uitkering omdat ze ‘arbeidsongeschikt’ zijn op grond van een diagnostisch label (*Ibid.*: 9).

De conclusie is duidelijk: we hebben een serieus probleem van overdiagnose, en hetzelfde geldt zonder twijfel ook bij volwassenen. De ellende is dat zodra je daarover vandaag een kritisch geluid laat horen, zeker als het problemen met jongeren betreft, het dan lijkt

Zeg maar eens tegen ouders dat hun kind geen stoornis heeft, maar wel serieus in de knoei zit

alsof je mensen in moeilijkheden de kans op adequate hulp ontnemt, want daarvoor hebben ze nu eenmaal dat label nodig. Bovendien is het toekennen van een ziekte-label meteen een soort vrijspraak en dus een opluchting voor de omgeving van de patiënt. Zeg maar eens tegen ouders dat hun kind geen stoornis heeft, maar wel serieus in de knoei zit — zij zullen dit zonder twijfel ervaren als een beschuldiging, want als het geen stoornis betreft, dan moet het toch wel met hen, met hun opvoeding te maken hebben? — zie het mooie boek van K. Schaubroeck (2010) in dit verband. Dit is niet de bedoeling, net zoals het niet de bedoeling is hen de toegang tot hulp te ontzeggen.

Overigens moeten we ons wel de vraag durven stellen of, zeker bij kinderen, de winst van de hulpverlening niet kleiner is dan het verlies ten gevolge van het label en de negatieve effecten daarvan. Op lange termijn kunnen die zeer verregaand zijn, zeker in het licht van de huidige elektronische registraties en bijbehorende dossiers. Een diagnose en de bijbehorende

stigmatisering kan iemand levenslang achtervolgen. Als we op korte termijn kijken, dan moet een diagnose uitmonden in een behandeling, en dat kan toch alleen maar positief zijn? Men zegt vaak dat er geen intrinsiek verband is tussen de huidige DSM-diagnostiek en de daaropvolgende behandeling, en dat is natuurlijk juist voor zover men met behandeling een min of meer klassieke vorm van psychotherapie bedoelt. Wanneer men dat idee loslaat, dan wordt het heel snel duidelijk dat er wel degelijk een verband bestaat met wat daarop volgt. En dat verband is helaas niet zo positief. Om dat zichtbaar te maken, moeten we de rationale van de DSM-diagnostiek blootleggen.

Elke DSM-diagnose heeft drie lagen, met name een psychologische, een sociale en een medische. De psychologische is de zichtbare buitenkant: alle beschrijvingen handelen over psychologische en/of daarbij aansluitende gedragsmatige kenmerken. Het sociale aspect ligt meer verborgen, paradoxaal genoeg onder het meest voorkomende woord in het DSM-handboek, meer bepaald het woordje *te*, in alle denkbare varianten. Er is iemand die de moeite gedaan heeft om dat te tellen — meten is weten, nietwaar — maar ik heb het artikel niet meer teruggevonden. Als voorbeeld neem ik de omschrijving van Borderline Personality Disorder, waarin ik de volgende synoniemen van “te” vind: “pervasive”, “marked”, “frantic”, “intense”, “extreme”, “markedly”, “persistently”, “recurrent”, “marked”, “intense”, “inappropriate”, “frequent”, “severe” — dat is dus 13 keer in een diagnostische omschrijving, waarbij telkens aangegeven wordt dat een bepaald psychologisch kenmerk *te veel* of *te weinig* voorkomt (overigens zonder daarvoor een maat aan te geven, de weging daarvan door de diagnosticus gebeurt louter intuïtief). Waarom beschouw ik dit als het sociale aspect? Omdat dit teveel of te weinig altijd uitdrukking geeft aan een sociale norm, aan een hoeveelheid van dat kenmerk die sociaal al dan niet acceptabel is. Het derde aspect, het medische, is dan helemaal impliciet en heeft te maken met het entiteitsmodel, met name de veronderstelling dat er een onderliggende organische grond moet zijn, ondanks het ontbreken van overtuigende biomarkers.

Samengevat is de diagnostische rationale dus de volgende: een psychologisch en/of gedragsmatig kenmerk

dat te veel of te weinig voorkomt, wat sociaal onaanvaardbaar is en waarbij stilzwijgend aangenomen wordt dat de oorzaak in het organische ligt. Een dergelijke diagnostiek heeft een zeer duidelijk effect op het behandelingsdoel: dat teveel moet weggesneden worden, dat te weinig moet aangevuld zodat de patiënt weer beantwoordt aan de sociale normen. Daardoor wordt de therapie binnen de kortste keren een disciplinerende, en aangezien de grond van de stoornis in het lichaam gezocht wordt, kan dat het best gebeuren via medicijnen. Psychotherapie dient dan vooral als ondersteuning om iemand terug op het rechte pad te helpen.

Deze intrinsieke combinatie tussen diagnostiek en behandeling bevestigt een prachtige stelregel die ik van de Duits-Britse schrijver Max Sebald geleerd heb: kijk naar de oplossingen die naar voren geschoven worden voor iets, en pas dan kan je de voile reikwijdte van het probleem zien. Als een kind dat gelabeld wordt met ADHD, terug braaf in de klas zit en de les volgt; dan is het probleem opgelost. Anders gesteld: de stoornis is niet zozeer iets wat het kind ervaart, het is iets wat wij, als ouder, als leerkracht ervaren met dat kind. En om dat probleem op te lossen, krijgt het ritaline en een elementaire vorm van gedragstherapie die de eigenlijke gedragstherapeuten zelf al lang verlaten hebben. Dit verklaart een zowel medisch als psychiatrisch op het eerste gezicht heel vreemde vaststelling: diezelfde

noses: in eerste instantie zijn ze *sociaal normerend*, en daarmee kom ik tot het laatste luik van mijn lezing, het maatschappelijke, als overkoepeling van de drie vorige.

Dit zal sommige mensen misschien verbazen, maar het sociaal normerende aspect van de DSM vind ik niet zo problematisch — psychiatrische diagnoses zullen dat tot op zekere hoogte altijd zijn en blijven — de vraag is of een psychiatrische diagnostiek ook iets meer te bieden heeft dan alleen maar het sociaal normatieve. Een maatschappij kan slechts bestaan op grond van haar normen en waarden, haar ethiek dus — op de keper beschouwd is een maatschappij een geheel van afspraken over de manier waarop mensen zich verhouden tegenover elkaar. Dergelijke afspraken werden vroeger grotendeels religieus gegrond, sedert de Verlichting is het accent verschoven naar de wetenschap. In beide gevallen — religieus of wetenschappelijk — komen er omschrijvingen en min of meer gedeelde opvattingen over wat normaal is en wat niet. In beide gevallen is de bedoeling dezelfde: zowel het beschermen van de maatschappelijke orde als het hulp bieden aan afwijkende individuen, met als gevolg een onvermijdelijk spanningsveld tussen die twee bedoelingen. Het verschil met een religieuze benadering is dat wetenschap objectief is en haar normaal of ideaal mensbeeld ook objectief wil gronden.

Op het eigenlijke medische vlak kunnen we dat redelijk goed, alhoewel het idee van normaal ook daar een flink stuk minder eenvoudig is dan men wel denkt — lees Canguilhem, *Le normal et le pathologique* (2009). Op psychiatrisch vlak hebben we geen biomarkers en moeten we wel terugvallen op psychosociale criteria. Of we dit nu leuk vinden of niet, het enige gemeenschappelijke criterium in al onze verschillende diagnoses is dat iemand niet past in de sociale orde. Tussen haakjes: dit verklaart waarom we zo verontwaardigd zijn wanneer de zoveelste pedofiel ontmaskerd wordt — hoe is het toch mogelijk, hij gedroeg zich toch zo normaal, het was niet aan hem te zien. Het is ook dit gemeenschappelijke criterium — het niet passen in de sociale orde — dat verklaart waarom psychiatrie de enige medische discipline is die behandelingen onder dwang kan uitvoeren.

Tot nader order is dwang de uitzondering, en in

ADHD is bij mijn weten de enige neurobiologische aandoening die zo zichtbaar seizoensgebonden is

medicijnen en gedragstherapie zijn tijdens de vakantie nauwelijks nodig, want dan zit het kind toch niet in de klas. ADHD is bij mijn weten de enige neurobiologische aandoening die zo zichtbaar seizoensgebonden is, met een quasi totale verdwijning eind juni en een plotse heropstart begin september.

MAATSCHAPPIJ

Deze redenering durf ik gerust veralgemenen naar de overgrote meerderheid van de huidige DSM-diag-

eerste instantie is het onze bedoeling onze patiënten zo goed mogelijk te helpen met hun problemen, zodat ze nadien terug kunnen functioneren in onze gemeenschap. Tot nader order, want het probleem met de huidige DSM-diagnostiek is dat die *alleen maar* sociaal normerend is en nauwelijks aandacht besteedt aan de

mogelijk te *detecteren*. Dit lijkt een mooi initiatief, en ik ben ervan overtuigd dat heel veel mensen dit met de beste bedoelingen zullen willen uitvoeren. Het mooie karakter verdwijnt volledig wanneer we de achtergrond ervan ontdekken. Die staat voluit te lezen in een artikel in *The Wall Street Journal* — ja, u hoort het goed, *The Wall Street Journal* — met als titel *Catch 'em Young* — die titel alleen al! De stelling is dat vroegtijdige interventies bij risicokinderen goede investeringen zijn, “[because they] have much higher economic returns than later interventions”. De auteur is John Heckman (2006), geen psychiater of psycholoog, wel een econoom die bovendien de Nobelprijs economie kreeg in 2000.

Dit legt meteen de vinger op de wonde: net zoals ongeveer alles is ook psychiatrie een economisch bedrijf geworden. De evolutie die ik daarstraks even vermeldde, van een religieus vertoog naar een wetenschappelijk paradigma is een al te rooskleurige voorstelling. Ondertussen is dat volledig achterhaald, voor zover het ooit al juist geweest is. Vandaag overheerst het economische neoliberale paradigma, met een dubbel gevolg voor onze sector. De kliniek moet opbrengen — de zorgsector is een zeer belangrijke bron van inkomsten en de farmaceutische industrie is in de VS de tweede grootste, na de wapenindustrie. Bovendien moet de kliniek ervoor zorgen dat het systeem blijft draaien, door de mislukte elementen eruit weg te halen en in het beste geval opnieuw klaar te stomen om te produceren en te consumeren.

Het gevolg is dat er een vreemde alliantie ontstaat tussen het neoliberale model en ons vakgebied. Een neoliberale maatschappij ligt voor een flink stuk aan de basis van een hele reeks problemen, ook op het vlak van zogenaamde stoornissen (Verhaeghe, 2011). Dit wetenschappelijk hard maken is niet eenvoudig, maar er zijn meer dan voldoende correlatieve bewijzen — voor overtuigende statistieken, zie de studie van Wilkinson en Pickett (2010). De ironie is dat deze nieuwe stoornissen nog meer geld opbrengen voor het systeem dat hen produceert. Bovendien — en dat is ironie ten top gedreven — maakt dit systeem het zeer moeilijk om aandacht te besteden aan de sociale achtergronden van die nieuwe problemen, met name de door het systeem zelf veroorzaakte destructie

Het probleem met de huidige DSM-diagnostiek is dat die alleen maar sociaal normerend is

eventuele vragen of problemen van de patiënt op zich. Het toenemende accent op dit sociaal normerende blijkt ook uit de perceptie van stoornissen door de buitenwereld: “de gestoorde” wordt meer en meer als gevaarlijk beschouwd, van psychoticus tot psychopaat, met daarbij telkens de impliciete of zelfs expliciete beschuldiging dat onze gezondheidszorg hen niet op tijd *gedetecteerd* heeft — om ze op te sluiten. Let eens op die ondertussen courant gebruikte term: *detecteren*, in plaats van *diagnosticeren*.

Daarmee komen we bij een cruciaal punt. Ik ben ervan overtuigd dat de psychodiagnostiek zich vandaag op een hellend vlak bevindt, en aan het afglijden is naar een praktijk waarin psychiatrische diagnoses als vangnetten functioneren waarlangs een sociale controle wordt uitgeoefend via een pseudo-medische aanpak. Voor wie denkt dat ik overdrijf: vorige week nog heeft een bekende politierechter een voorstel geformuleerd om mensen die een rijbewijs willen behalen, psychologisch te testen op het risico van verkeersagressie, om hen op grond daarvan eventueel te verplichten tot een psychologische “training”. Dit sluit onmiddellijk aan bij een reeds erkende stoornis, met name de TED die ik daarstraks al vermeld heb. Wij kunnen daar allemaal mee lachen, maar alleen al het feit dat dit als voorstel gelanceerd wordt, en aandacht krijgt in het tv-journaal toont hoe ver de publieke opinie opgeschoven is. En straks hebben we nog vroeg-detectie ook, waarbij kleuteronderwijzeressen aan de hand van checklists onze kleutertjes zullen screenen om kinderen-met-stoornissen zo vroeg

van sociale netwerken en daardoor de destructie van een stabiel identiteitsgevoel. De daaruit voortvloeiende oppervlakkige en gestoorde identiteitsontwikkeling resulteert in een zeer pijnlijke oplossing: meer en meer mensen gaan zich identificeren met een ziekte-label om toch maar iemand te zijn, iets te betekenen, een plaats in te nemen: na de milletboys van de jaren 1980 hebben we nu de ADHD-jongens en de anorexia-meisjes, allemaal met hun internet *communities* waar ze nog meer leren hoe ze er uit moeten zien, en vooral: hoe ze kunnen ontsnappen aan de hulpverlening.

BESLUIT

Dit laatste moet bij ons de alarmbel doen rinkelen, en het is met die alarmbel dat ik wil eindigen: wij, de mensen van de psy-wereld, zijn volop bezig het vertrouwen van onze patiënten te verliezen, en dat is geen toeval. Hoe medisch en psychologisch de hedendaagse interventieprogramma's ook mogen lijken, ze zijn in essentie *disciplinerend*, en helemaal niet gericht

NOTEN

Lezing gehouden aan de KU Leuven, op 6 december 2011.

In de respectievelijke velden: psychopathie; PTSD, CVS; ADHD, ASD en alle leerstoornissen; echtscheidingen op grond van diagnoses (hij is een Asperger!); burn-out, pesten, *harassment*.

“Mental health is produced socially: the presence or absence of mental health is above all a social indicator and therefore requires social, as well as individual solutions... A preoccupation with individual symptoms may lead to a ‘disembodied psychology’, which separates what goes on inside people’s heads from social structure and context. The key therapeutic intervention then becomes to ‘change the way you think’ rather than to refer people to sources of help for key catalysts for psychological problems: debt, poor housing, violence, crime” (WHO, 2009: V).

Trudy Dehue (2011) werkte dit uit in haar essay over “De medicalisering van ongewenst gedrag” en is ondertussen bezig aan een nieuw boek over deze thematiek.

5. Dit geldt in toenemende mate ook voor de gewone geneeskunde, zie de recente, zelfs in de gewone pers gevoerde discussies inzake de wetenschappelijke argumentaties voor of tegen screeningsonderzoeken (borstkanker), inenting (baarmoederhalskanker), het gebruik van hormoonsuppleties rond de menopauze. Zie ook het hoger gegeven citaat uit het WHO-rapport.

REFERENTIES

- Canguilhem, G. (2009 [1966]). *Le normal et le pathologique*, Paris: PUF.
- Dehue, T. (2011, 2 november). Over de medicalisering van ongewenst gedrag. *De Groene Amsterdammer*, pp. 30-33.
- Heckman, J. (2006, 10 januari). Catch ‘em Young, *The Wall Street Journal*.
- Hermanns, J. (2009). *Het opvoeden verleerd*, Amsterdam: Vossiuspers. <http://dare.uva.nl/document/166032>
- Kirk, S. A., & Hsieh, D. K. (2004). Diagnostic consistency in assessing conduct disorder: An experiment on the effect of social context. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74, 43-55.

Het probleem met de huidige DSM-diagnostiek is dat die alleen maar sociaal normerend is

op het wegwerken van de onderliggende moeilijkheden die de patiënt zelf ervaart. Een groeiende groep jongeren en jongvolwassenen heeft dat zeer goed door, vandaar dat ze steeds minder moeten hebben van “de psy”. Probeer maar eens een jongere uit de bijzondere jeugdzorg bij een therapeut te krijgen, de kans zit er dik in dat hij kotsgeluiden begint te maken. Zij hebben ondertussen perfect begrepen dat die therapeuten er niet voor hen zijn, wel om hen in de pas te doen lopen. Voor alle duidelijkheid: ik heb niks tegen disciplineren, behalve als het vermomd wordt als psychotherapie. Met een dergelijke aanpak slaan we twee keer de bal mis: we krijgen geen zicht op wat de problemen van de persoon zelf zijn, en we verliezen zowel de mogelijkheid tot een echte psychotherapie als tot een eigenlijke disciplineren.

- Kirk, S. A., & Kutchins, H. (2008 [1992]). Interpreting the past. In: Kirk, S. A., & Kutchins, H. (Eds.), *The Selling of DSM: The Rhetoric of Science in Psychiatry* (pp. 56-63). New York: Adeline de Gruyter.
- Lane, Ch. (2007). *Shyness: How normal behavior became a sickness*, New Haven & Londen: Yale University Press.
- Schaubroeck, J. (2010). *Een verpletterend gevoel van verantwoordelijkheid: Waarom ouders zich altijd schuldig voelen*. Breda: De Geus.
- Timimi, S., & Leo, J. (Eds.) (2009). *Rethinking ADHD: From brain to culture*, New York: Paigrave Macmillan.
- Vanheule, S. (2011). Opvoeden vanuit de apothekerskast? Kanttekeningen bij het psychiatiseren van kinderen, *Tijdschrift voor Welzijnswerk*, 35(318), 5-18.
- Os, J. van, Kenis, G., & Rutten, B. (2010). The environment and schizophrenia, *Nature*, 468, 203-212.
- Verhaeghe, P. (2011). De effecten van een neoliberale meritocratie op identiteit, *Oikos*, 56, 4-22. <http://www.liberales.be/essays/verhaegheneo>
- Wilkinson, R., & Pickett, K. (2010). *The Spirit Level: Why Equality is Better for Everyone*, London: Penguin books.
- World Health Organization (2009). *Mental Health, Resilience and Inequalities*, Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Dit artikel werd eerder gepubliceerd in: *Psychoanalytische Perspectieven*, 2012, 30(4), 409-426

PERSONALIA

Paul Verhaeghe is hoogleraar klinische psychologie en psychoanalyse aan de Vakgroep voor Psychoanalyse en Raadplegingspsychologie aan de Universiteit Gent. Correspondentieadres: Paul.Verhaeghe@UGent.be