

P

sychiatrie en conventies

*Hoe vang je de structuur van mentale
stoornissen?*

Filosofische inzichten die ontwikkeld zijn voor de ene discipline, kunnen soms ook worden toegepast op een ander discipline. **HANNA VAN LOO** en **JAN-WILLEM ROMEIJN** laten zien dat de psychiatrie wat kan leren van de natuurkunde: conventies beïnvloeden kennis.

Psychiatrische patiënten hebben vaak twee of meer psychiatrische stoornissen tegelijkertijd: er is sprake van veel comorbiditeit. Zo komt depressie bijvoorbeeld vaak voor samen met angststoornissen en alcoholverslaving. Deze hoge mate van comorbiditeit is regelmatig onderwerp van discussie in de psychiatrie. Waarom is er zo veel psychiatrische comorbiditeit? Wat zegt deze hoge mate van comorbiditeit over de classificatie van psychiatrische stoornissen in het ook in Nederland gehanteerde en recent geheel vernieuwde handboek *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5* (DSM-5)?

Het levendige debat in de psychiatrie over comorbiditeit is een belangrijke kwestie voor professionals en onderzoekers. Het treedt vaak op: in de loop van een jaar voldoen zo'n 45 procent van de psychiatrische patiënten aan de criteria voor meer dan één stoornis. Stemmings- en angststoornissen komen bijvoorbeeld vaak samen voor. Bovendien betekent comorbiditeit vaak dat de ziekte een ernstiger verloop heeft. Patiënten die leiden aan een depressieve stoornis en aan een gegeneraliseerde angststoornis hebben een slechtere prognose en een grotere mate van disfunctioneren dan patiënten die maar aan één stoornis lijden.

Een deel van het debat gaat over de oorsprong van comorbiditeit. Is de hoge mate van comorbiditeit het gevolg van classificatiekeuzen in de DSM of is het een reëel aspect van psychiatrische stoornissen en de onderliggende oorzakelijke factoren? In de DSM-5 zijn er allerlei classificatiekeuzen gemaakt, zoals drempelwaarden voor psychische stoornissen. Zo spreekt men pas van een depressieve stoornis als er tenminste vijf van de negen depressiesymptomen (zie Box 1) aanwezig zijn. Sommige onderzoekers denken dat de mate van psychiatrische comorbiditeit sterk afhankelijk is van dit soort keuzen. Een lagere drempelwaarde, bijvoorbeeld ten minste vier van de negen symptomen, zou leiden tot meer patiënten met depressie en daardoor kunstmatig tot meer comorbiditeit.

In een data-analyse van meer dan 74.000 individuen uit de algemene bevolking in Noord-Nederland (LifeLines) onderzochten we of het klopt dat comorbiditeit tussen depressie en

ESSAY

gegeneraliseerde angststoornis (zie Box 2) toeneemt bij lagere drempelwaarden voor deze stoornissen. Een lagere drempelwaarde voor depressie leidde inderdaad tot meer comorbiditeit, maar verrassenderwijs beïnvloedde een lagere drempelwaarde voor geeneraliseerde angststoornis de mate van comorbiditeit vrijwel niet. Dit had te maken met het voorkomen van symptomen in de bevolking. Alle angstsymptomen bleken vaak al aanwezig te zijn bij mensen die ook last hadden van somberheid of interesseverlies, dus het verlagen van de drempelwaarde voor geeneraliseerde angststoornis leidde tot weinig 'extra' patiënten.

DUBBELFUNCTIE

Op grond van deze data kan dus beargumenteerd worden dat comorbiditeit in psychiatrische diagnoses noch exclusief kan worden teruggevoerd op de precieze aard van het gehanteerde categoriseringssysteem, noch op de realiteit van de stoornissen. Comorbiditeit is een coproductie van classificatiekeuzes en empirische begrenzingen. Wij bepalen wat de relevante symptomen en de criteria voor clustering zijn, maar gegeven die keuzes worden de empirische feiten, in het bijzonder de frequenties van comorbiditeit, manifest. Deze visie op comorbiditeit vormt een illustratie van een meer algemeen idee over de relatie tussen wetenschappelijke theorieën en empirische feiten dat een lange geschiedenis heeft in de wetenschapsfilosofie:

BOX 1 DEPRESSIEVE STOORNIS

A Vijf (of meer) van de volgende symptomen zijn binnen dezelfde periode van twee weken aanwezig geweest en wijken af van het eerdere functioneren; minstens één van de symptomen is ofwel (1) een sombere stemming, ofwel (2) verlies van interesse of plezier.

1. Sombere stemming, gedurende het grootste deel van de dag en bijna elke dag, zoals blijkt uit ofwel subjectieve mededelingen (bijvoorbeeld: zich verdrietig, leeg of hopeloos voelen), ofwel observatie door anderen (bijvoorbeeld: heeft tranen in de ogen).
2. Duidelijk verminderd(e) interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten, gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag (zoals blijkt uit een subjectieve beschrijving of observatie door anderen).
3. Significant gewichtsverlies zonder dat dieet wordt gehouden, of een gewichtstoename (bijvoorbeeld meer dan 5% van het lichaamsgewicht binnen één maand), of bijna elke dag een afgenomen of toegenomen eetlust.
4. Insomnia of hypersomnia, bijna elke dag.
5. Psychomotorische agitatie of vertraging, bijna elke dag (waarneembaar door anderen, en niet alleen subjectieve gevoelens van rusteloosheid of geremd worden).
6. Vermoeidheid of verlies van energie, bijna elke dag.
7. Gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens (die het karakter van een waan kunnen hebben), bijna elke dag (niet alleen zelfverwijt of schuldgevoel over het ziek zijn).
8. Verminderd vermogen tot nadenken of concentreren, of besluiteloosheid, bijna elke dag (ofwel subjectief beschreven ofwel geobserveerd door anderen).
9. Recidiverende gedachten aan de dood (niet alleen de vrees om dood te gaan), recidiverende suïcidedachten zonder een specifiek plan, of een suïcidepoging, of een specifiek plan om suïcide te plegen.

B De symptomen veroorzaken klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen.

C De episode kan niet worden toegeschreven aan de fysiologische effecten van een middel of aan een somatische aandoening.

D Het optreden van de depressieve episode kan niet verklaard worden door een schizo-affectieve stoornis, schizofrenie, een schizofreniforme stoornis, een waanstoornis of door een andere gespecificeerde of ongespecificeerde schizofreniespectrum of andere psychotische stoornis

E Er heeft zich nooit een manische of hypomanische episode voorgedaan.

conventionalisme. We zullen het idee van conventionalisme duidelijk maken door eerst de problemen van circulariteit en willekeur van ziekteclassificaties toe te lichten.

Algemeen gesteld vervullen psychiatrische ziekteclassificaties een dubbele functie. Enerzijds kan de DSM gezien worden als een theorie over de psychiatrische werkelijkheid volgens welke de classificatie dient ter

representatie daarvan. Anderzijds dient de DSM ook als een instrument om metingen mee te verrichten en dus niet als een representatiestructuur. De definitie en de meting van psychiatrische stoornissen vallen dus precies samen. Het resultaat van deze dubbelfunctie is een circulariteit in de definitie van de theoretische termen die in de DSM gebruikt worden. De DSM

vertelt ons namelijk tegelijkertijd wat het is wat we meten en hoe we dat moeten meten. In de empirische wetenschappen zijn theorie en meetmethode wel vaker afhankelijk van elkaar, zodat een cirkel optreedt. Dat is bij de DSM dus ook het geval.

Vaak kan zo'n cirkel worden doorbroken door andere methoden te zoeken om hetzelfde fenomeen waar te nemen: triangulatie. Een andere oplossing is calibratie: het vinden van verschillende fenomenen waarop dezelfde observatiemethode kan worden toegepast. Beide leiden tot een onafhankelijke controle op de betreffende meetprocedure. Deze uitwegen lijken bij de DSM helaas niet mogelijk. Dus blijven we zitten met een theoretische structuur die ook optreedt als zijn eigen meetinstrument. Het lijkt onvermijdelijk dat dit instrument ons meetresultaten oplevert die passen bij de theoretische structuur. Betekent dat dan dat het hele schema, bestaande uit theorie en instrument, van eigen makelij is, dat wil zeggen, een willekeurige constructie die op de werkelijkheid wordt gelegd in plaats van daaraan ontleend?

De globale tegenstelling tussen realisme en constructivisme in de wetenschapsfilosofie toegepast op ziekteclassificaties leidt tot verschillende ontologische visies op de eerder genoemde twee specifieke functies. Over de DSM gezien als theorie zal een realist zeggen dat de termen van de DSM verwijzen naar een onafhankelijke werkelijkheid van mentale stoornissen en dat de DSM die stoornissen min of meer waarheidsgetrouw beschrijft. Een constructivist zal zeggen dat de termen van de DSM worden geprojecteerd op de psychiatrische fenomenen en zo structuur verlenen aan die fenomenen. Wat de DSM gezien als diagnostisch instrument betreft leidt de realisme-constructivisme-tegenstelling tot een meer kennistheoretische tegenstelling bekend uit de filosofie van het experiment. Volgens de realist faciliteert de DSM passieve epistemische toegang tot psychiatrische fenomenen, volgens de constructivist scheidt de DSM die fenomenen in actieve zin. Deze tegenstellingen betreffen dezelfde spanning die overal in de wetenschap optreedt. Moeten we wetenschappelijke kennis terugvoeren op een onafhankelijke werkelijkheid of zien als resultaat van ons eigen epistemisch ingrijpen? De voorgaande analyse lijkt erg in het voordeel van de constructivistische zienswijze te zijn.

**‘De definitie en de meting
van psychiatrische
stoornissen vallen samen’**

ESSAY

GEEN ONAFHANKELIJKE MANIER

Conventionalisme biedt een uitweg voor de circulariteit en levert daarmee een alternatief voor de conclusie dat ziekteclassificaties slechts willekeurige constructies zijn die op de fenomenen worden gelegd. Toegegeven, we kunnen niet vermijden een aantal conventies over stoornissen en hun structuur te moeten aannemen. We kunnen geen toegang krijgen tot de structuur van mentale stoornissen zonder gebruik te maken van diagnostische middelen of meetinstrumenten die zelf enige structuur aanbrengen. Zoals gezegd gebruiken we bijvoorbeeld een lijst van negen symptomen bij het indiceren van de stoornis depressie. We hebben geen andere manier om vast te stellen of iemand aan een depressie leidt dan door na te gaan of hij of zij aan minstens een bepaald aantal, in dit geval vijf, van deze negen symptomen voldoet. We stipuleren dus dat deze symptomen constitutief zijn voor depressie.

‘Er is een uitweg uit de willekeur van mentale stoornissen’

Onze stelling is dat zulke stipulaties, of beter: ‘coördinatieve principes’, onze greep versterken op het onderwerp van de psychiatrie. Coördinatieve principes zijn brugprincipes die een verbinding leggen tussen begrippen, bijvoorbeeld depressie, en de empirische werkelijkheid (leden van een samenleving met een bepaald profiel van symptomen). Kort gezegd, zij leggen de empirische inhoud van begrippen vast. De principes vormen noodzakelijke voorwaarden voor het ordenen van de empirische feiten met behulp van begrippen en dienen dus als basis voor het verkrijgen van kennis over psychiatrische ziektes. De stipulatieve definitie van de stoornissen geeft de mogelijkheid verbanden uit te drukken die anders moeilijk, zo niet onmogelijk, zouden zijn aan te geven. Als we eenmaal begrippen hebben geïntroduceerd, zoals depressie en gegeneraliseerde angststoornis, worden specifieke patronen zichtbaar in de meetresultaten. Deze patronen geven iets weer dat echt en informatief is over de wereld van psychiatrische fenomenen. In ons voorbeeld blijkt dat er een sterke correlatie is tussen depressie en gegeneraliseerde angststoornis. Hoewel deze associatie ten dele het gevolg is van onze stipulaties is het ook evident dat er enig substantieel feit is waar deze associatie uit voortkomt. Immers, het tegendeel zou ook gevonden kunnen zijn, namelijk dat ze negatief of helemaal niet gecorreleerd zouden zijn.

Laten we met dit inzicht terugkeren naar de, mogelijk verraderlijke, circulariteit in de studie van mentale stoornissen. We hebben geen onafhankelijke manier om te verifiëren of iemand daadwerkelijk aan een depressie leidt, om aldus de gekozen conventies om de ziekte te definiëren te verankeren of te onderbouwen. Maar dat hoeft ook niet. We kunnen de conventie dat bepaalde symptomen depressie constitueren gebruiken om empirische kennis te verwerven. Het feit dat depressie wordt geconstitueerd door negen symptomen is op zichzelf geen substantiële claim over de wereld van psychiatrische fenomenen. Dat zou het geval geweest zijn als we de circulariteit op een of andere manier zouden hebben kunnen doorbreken, bijvoorbeeld door een andere epistemische toegang tot depressie dan door deze symptomen. Het punt is dat de gekozen conventie substantiële claims over mentale stoornissen

mogelijk maakt, die zonder deze conventies niet mogelijk zouden zijn. Bijvoorbeeld, uit onderzoek blijkt dat we kunnen claimen dat antipsychotica in combinatie met antidepressiva effectiever zijn dan een monotherapie van antipsychotica of antidepressiva in het behandelen van een psychotische depressie. Dat kunnen we omdat we een bruikbare conventie hebben vastgelegd van wat een depressie constitueert.

Deze substantiële claims laten zien dat er een uitweg is uit de ogenschijnlijke circulariteit en willekeur van mentale stoornissen. Sommige stipulatieve definities van mentale stoornissen zijn succesvoller dan andere in het genereren van substantiële claims, bijvoorbeeld wanneer het gaat om het voorspellen van een bepaald beloop van de ziekte of een reactie op behandeling. Daarom zijn de coördinatieve principes meer dan elimineerbare afkortingen van veel gecompliceerdere relaties tussen de symptomen. Sommige principes passen beter dan andere bij de empirische feiten en leiden tot een toename in onze kennis over psychiatrische stoornissen. Verder traceren sommige principes de causale structuur van psychiatrische fenomenen beter dan andere. Met andere woorden, een conventionalistische interpretatie van psychiatrische stoornissen leidt niet tot een *anything goes*-attitude. Niet iedere willekeurige verzameling van symptomen constitueert een bruikbare ziekteclassificatie. Dankzij de variatie in meer of minder succesvolle claims die horen bij coördinatieve principes ontsnappen we aan de conclusie dat het hele bouwwerk van psychiatrische diagnoses willekeurig, subjectief en zelfbevestigend is. Hoewel coördinatieve principes niet waar of onwaar kunnen zijn – het blijven conventies – kan er toch iets objectief geldigs vast aan zitten.

BOX 2 GEGENERALISEERDE ANGSTSTOORNIS

- A** Excessieve angst en bezorgdheid (bange voor gevoelens) die gedurende minstens zes maanden vaker wel dan niet aanwezig zijn, en betrekking hebben op een aantal gebeurtenissen of activiteiten (zoals de prestaties op het werk of op school).
- B** De betrokkene vindt het moeilijk om de bezorgdheid onder controle te houden.
- C** De angst en bezorgdheid gaan gepaard met drie (of meer) van de volgende zes symptomen (waarbij minstens enkele symptomen de afgelopen zes maanden meer dagen wel dan niet aanwezig zijn geweest):
1. Rusteloosheid; opgedraaid of gespannen gevoel.
 2. Snel vermoeid raken.
 3. Moeite met zich concentreren, of ergens niet op kunnen komen.
 4. Prikkelbaarheid.
 5. Spierspanning.
 6. Slaapstoornis (moeite met in slaap komen of doorslapen, of een onrustige slaap met het gevoel niet uitgerust te zijn).
- D** De angst, de bezorgdheid of de lichamelijke klachten veroorzaken klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- E** De stoornis kan niet worden toegeschreven aan de fysiologische effecten van een middel (een drug of medicatie) of een somatische aandoening (zoals hyperthyreoïdie).
- F** De stoornis kan niet beter worden verklaard door een andere psychische stoornis (zoals angst of bezorgdheid over het krijgen van paniekaanvallen bij de paniekstoornis; een negatieve beoordeling bij de sociale angststoornis (sociale fobie); besmetting of andere obsessies bij de obsessieve-compulsieve stoornis; een scheiding van hechtingsfiguren bij de separatiestoornis; herinneringen aan psychotraumatische ervaringen bij de posttraumatische stressstoornis; gewichtstoename bij anorexia nervosa; lichamelijke klachten bij de somatische-symptoomstoornis; het hebben van een ernstige ziekte bij de ziekteangststoornis; of waandenkbeelden bij schizofrenie of de waanstoornis).

ESSAY

AFGEBAKENDE ZIEKTES

Voor ons perspectief op psychiatrische stoornissen zijn we teruggevallen op al lang bestaande ideeën over conventionalisme en coördinatieve principes in de wetenschapsfilosofie.

Voorbeelden zijn er te over: de aard van temperatuur in relatie tot de thermometer, de aard van kleur in relatie tot de kleurenruimte en de aard van de fysische ruimte in relatie tot onze wiskundige modellen daarvan. Tussenposities met een vergelijkbare strekking zijn binnen het realismedebat ook ontwikkeld, met name door Kuipers (2000), onder de benaming ‘constructief realisme’. Onze ideeën zijn mede geïnspireerd door zijn opvatting dat kennis moet worden beschouwd als een coproductie van subject (taal) en object (werkelijkheid). Deze opvatting is ook te beschouwen als een gerelativeerde of dynamische Kantiaanse visie, zoals dat door onder anderen Friedman (2001) wordt uitgewerkt. Meer recent heeft Massimi (2015) deze Kantiaanse visie op het realismedebat opnieuw op de kaart gezet.

Laten we ons in het bijzonder even richten op conventionalisme over ruimte en tijd in de natuurkunde. Volgens deze visie is er geen objectief feit dat bepaalt wat een rechte lijn in de natuurlijke ruimte is. Een rechte lijn is een wiskundig begrip, terwijl de natuurlijke

ruimte iets ‘buiten’ is, als een plaats voor objecten of misschien zelfs een substantie. Het is niet bij voorbaat gegeven hoe wiskundige noties moeten worden toegepast op de fysische ruimte. Dat is iets wat gestipuleerd moet worden, vastgelegd in conventies of coördinatieve principes. Maar als we eenmaal het traject dat gevolgd wordt door een vrijvallend testobject associëren met het wiskundige begrip

**‘Psychiatrische
ziekteclassificaties zijn
conventies’**

van een geodetische kromme (een kromme waarvan de afgeleide bepaalde eigenschappen heeft), worden verschillende andere claims over deze krommen substantieel, ze worden in feite zeer informatief over de werkelijkheid. Zo kunnen we bijvoorbeeld stipuleren dat licht een geodetische kromme volgt en vervolgens constateren dat het wordt afgebogen in een zwaartekrachtsveld. De conventies zelf zijn geen claims die waar of onwaar zijn, maar maken claims over de fysische ruimte mogelijk waarvoor dat wel geldt. Onze suggestie is dat psychiatrische ziekteclassificaties in vergelijkbare zin conventies zijn. Ze koppelen een theoretische structuur aan een empirische.

Zoals gezegd is het heel belangrijk dat sommige systemen van conventies veel economischer of succesvoller zijn dan andere. Het is dus zeker geen kwestie van *anything goes* en dus willekeurig. Maar anderzijds moeten we het spreken over substantiële claims die iets over de werkelijkheid zeggen niet interpreteren alsof we daarmee zeggen dat de gebruikte termen verwijzen naar iets in de werkelijkheid. Er wordt dus geen positie ingenomen in het spectrum van wetenschappelijk realisme versus constructivisme, behalve dat de extremen worden afgewezen. Het idee is alleen dat substantiële claims uiteindelijk hun basis vinden

in iets anders dan conventies, zij het in empirische patronen of in een onderliggend principe of mechanisme van deze patronen. Zo brengen de eerdergenoemde claims over de comorbiditeit van depressie en gegeneraliseerde angststoornis iets reëls aan het licht over deze psychiatrische stoornissen. Ze kunnen niet zomaar herleid worden tot de conventies die deze ziektes afbakenen. Hun comorbiditeit wijst op iets echts, hetzij op het niveau van empirische feiten, hetzij op het niveau van causale verbanden.

Een theoreticus met sterke constructivistische sympathieën zal moeite hebben met de suggestie dat er iets ‘echts’ is zonder de ondersteuning van constructieve arbeid. Op zijn beurt zou een praktiserend psychiater zich kunnen verbazen over filosofen die vragen stellen bij de vermeende realiteit van stoornissen waar zij dagelijks mee geconfronteerd worden en die zulke reële causale invloed op patiënten hebben. Wij nodigen beide zijden uit enige afstand tot deze kwesties te bewaren. Onafhankelijk van de ontologische status die uiteindelijk zal worden toegekend aan mentale stoornissen, hebben wij beargumenteerd dat hun structuur alleen gevangen kan worden met behulp van enige conventies. Deze conventies staan buiten het krachtenveld tussen constructivisme en realisme. Voor psychiaters stimuleert dit inzicht verder onderzoek naar verbetering van ziekteclassificaties, zonder reeds verworven kennis als arbitrair te beschouwen.

Dit artikel is gebaseerd op het proefschrift van Hanna van Loo (2015), in het bijzonder de Nederlandse samenvatting en hoofdstuk 9, dat ook afzonderlijk is verschenen (Loo, H. van en J-W. Romeijn 2015). Box 1 en 2 zijn overgenomen uit: Beknopt overzicht van de criteria DSM-5, American Psychiatric Association (2014), vert. M. W. Hengeveld. Amsterdam: Boom.

© AUTEURS
HANNA VAN LOO EN JAN-WILLEM ROMEIJN

LITERATUUR

- **DSM-5** (2013), American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition*: DSM-5: 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- **Friedman, M.** (2001), *The dynamics of reason*. Stanford: CSLI Publications.
- **Kuipers, T.** (2000), *From instrumentalism to constructive realism*. Dordrecht: Kluwer.
- **Loo, H. van** (2015), *Data-driven subtypes of major depressive disorder*. Groningen: Share.
- **Loo, H. van en Romeijn, J-W.** (2015), Psychiatric comorbidity: fact or artefact? *Theoretical Medicine and Bioethics*, 36(1): 41-60.
- **Massimi, M.** (2015), Working in a new world: Kuhn, constructivism, and mind-dependence. *Studies in History and Philosophy of Science*, 50: 83-89.