

2 Wat is een psychiatrische ziekte?

Gerrit Glas

- 1 Inleiding
 - 2 Diagnose, classificatie, stoornis, ziekte
 - 3 Het ziektebegrip: achterliggende ideeën
 - 4 Ziektemodellen
 - 5 Ziekte in de DSM en de discussie hierover
 - 6 Naar een dynamisch en normatief ziektebegrip
- Literatuur

1 Inleiding

De vraag: ‘Wat is een psychiatrische ziekte?’ is om twee redenen belangrijk: ze bakent het terrein van de psychiatrie af, en ze dwingt tot een visie over wat precies abnormaal, gestoord, of niet in orde is bij de patiënt. Dit hoofdstuk behandelt de termen diagnose, classificatie en ziekte, vervolgens achterliggende ideeën over het begrip ziekte, en dan een aantal ziektemodellen. Daarna komen het ziektebegrip van de [DSM](#) (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, [APA](#) 1994) en de belangrijkste kritiek hierop aan bod. Dit hoofdstuk besluit met een pleidooi voor een open en dynamisch ziekteconcept.

2 Diagnose, classificatie, stoornis, ziekte

2.1 Diagnosticeren is iets anders dan classificeren

Diagnosticeren is wat anders dan classificeren en diagnosticeren is ook meer dan alleen vaststellen dat er sprake is van ziekte. Deze paragraaf dient om de achtergrond van deze constatering te verduidelijken. Een diagnose is gericht op het individuele geval. Idealiter biedt een diagnose:

- een beschrijving van een toestandbeeld met een zekere duur (syndroom);
- een beschrijving van de veronderstelde aanleidingen of oorzaken voor dit toestandbeeld;
- een beschrijving van aangeboren of verworven kwetsbaarheid die heeft bijgedragen aan het ontstaan van de stoornis; en
- een beschrijving van de ziektebestendige factoren.

Classificatie is niet gericht op het individuele geval, maar op groepen van verschijnselen.

Classificeren bestaat, preciezer geformuleerd, uit het ordenen van objecten in groepen of klassen in overeenstemming met een bepaalde relatie tussen die objecten (Blashfield, 1986).

De veel gehoorde uitspraak dat men ‘de patiënt heeft geclassificeerd als (iemand met) stoornis X’ is dus onjuist; evenals de zinsnede dat er ‘classificerend sprake is van stoornis Y’. Want classificatie heeft per definitie geen betrekking op het individuele geval. Juister is het om te zeggen dat men (kenmerken van) de patiënt heeft ‘geïdentificeerd als passend bij de criteria van stoornis X of Y’.

Diagnosticeren is echter meer dan alleen identificeren. De diagnosticus voegt in de beschrijving kleur toe: de depressie is geagiteerd of geremd. Hij zoekt naar oorzaken en aanleidingen. En hij let op factoren die de bodem voor de stoornis hebben gelegd: aanleg, kwetsbaarheid, structurele tekorten in de sociale en emotionele context.

Diagnostische oordelen zijn aan de ene kant geen zuiver wetenschappelijke oordelen. Dat komt doordat ze gericht zijn op individuele samenhangen en niet op verbanden die voor groepen mensen of voor reeksen van verschijnselen gelden. Maar aan de andere kant zijn ze preciezer en meer gefocust dan oordelen uit de omgangstaal. Dat komt doordat wetenschappelijke kennis in het tot stand komen van diagnostische oordelen een belangrijke rol speelt. De diagnose moet conceptueel gelokaliseerd worden in het domein van de klinische taal. Deze neemt een eigen positie in naast de omgangstaal en de taal van de vakwetenschappen (Glas, 1991; 2001).

2.2 Visies op classificeren

De wetenschap van het classificeren heet taxonomie ('taxon' is Grieks voor klasse). De relaties tussen de objecten die tot een bepaalde klasse behoren, kunnen direct waarneembaar zijn (zoals woede-uitbarstingen bij de borderline persoonlijkheidsstoornis) of berusten op de gevolgtrekking uit een bepaald onderzoek (zoals de aanwezigheid van een focus op het eeg bij epilepsie) of zijn gebaseerd op een aantal waarnemingen in de loop van de tijd (zoals cyclisch beloop bij de bipolaire stoornis).

Soms worden de relaties tussen objecten geselecteerd op basis van het verklarende gehalte van de betreffende relatie (veranderingen op het X-chromosoom bij het fragiele-X-syndroom bijvoorbeeld). In andere gevallen vindt selectie op pragmatische gronden plaats. Zo is bij de depressieve stoornis de gedaalde stemming het selectiecriteria en bij de psychotische stoornissen de gestoorde realiteitstoetsing. Het gaat hier om een ordening op basis van praktisch nut: de gedaalde stemming en de gestoorde realiteitstoetsing zijn opvallende symptomen waarop de behandeling zich primair richt. Samenvattend: beschrijving en verklaring kunnen elkaar in de taxonomie naderen, namelijk wanneer het ordenende beginsel zelf een verklarend gehalte heeft – maar heel vaak staan ze los van elkaar.

De geneeskundige taxonomie is een wetenschap die uit de biologie is voortgekomen. Zo ontwierp Linnaeus (1707-1778) naast zijn *Systema naturae* (1735) ook een taxonomie voor medische aandoeningen. Overigens ontleende Linnaeus zijn ideeën deels aan de zeventiende-eeuwse arts Sydenham (1624-1689), zodat er sprake is geweest van een beïnvloeding over en


weer.

Er is in de grondslagediscussie over de biologie veel te doen over de principes waarop de taxonomie gebaseerd moet zijn (Blashfield, 1986). Twee belangrijke benaderingen zijn de numerieke (statistische) taxonomie en de cladistiek. Bij de numerieke benadering probeert men inductief, dat wil zeggen van onder af, eigenschappen van objecten in groepen of clusters onder te brengen. Dat gebeurt op basis van gelijkenissen. De statistiek speelt daarbij een belangrijke rol. Men definieert bijvoorbeeld een aantal eigenschappen en gaat na welke combinaties van eigenschappen het meest voorkomen in een bepaalde populatie. De cladistiek ordent daarentegen op basis van 'evolutionaire informatie'. Iedere stap in de evolutie impliceert volgens de cladistici een nieuwe functionele aanpassing en daarmee een nieuw organisatieprincipe of bouwplan. Dit bouwplan ligt verankerd in genetische informatie. Deze informatie kan met methoden ontleend aan wiskunde en informatica worden gerepresenteerd in termen van 'evolutionaire informatie'. Indeling van soorten vindt plaats op basis van de evolutionaire informatie die zij bevatten.

Vrij algemeen wordt aangenomen dat de numerieke benadering in zuivere vorm een onmogelijke opgave is en dat die tot te veel onbruikbare clusters leidt. Men zal vooraf bepaalde ideeën moeten hebben om tot een zinvolle ordening van de verschijnselen te komen. Populair is vandaag een enigszins afgezwakte vorm van cladistiek die bekend staat als evolutionaire systematiek (zie Mayr, 1988). Deze combineert ordening op basis van gelijkenissen (numeriek) met ordening op basis van organisatieprincipes c.q. genetische informatie (cladistiek).

Voor de psychiatrie is van belang dat er vele pogingen zijn gedaan om tot een classificatie op basis van de principes van de numerieke taxonomie te komen. Deze benadering is inmiddels, net als in de biologie, verlaten. Dit neemt niet weg dat statistische bewerkingen nog steeds een belangrijke rol spelen in de ordening van ziekteverschijnselen. Vooral moeten we hier denken aan factoranalyse van grote datasets, waarbij groepen van met elkaar samenhangende verschijnselen (mathematisch) worden gerepresenteerd als 'factor' (dimensie; vector). Het interpretatieve en impliciet ordenende element laat zich nooit helemaal uitwissen en speelt vooral aan het begin, in de verwoording van de items, en aan het eind, in de naamgeving van een bepaalde factor, een rol. De verwoording van het item (aan het begin) is bepalend voor welke verschijnselen er meetellen voor de betreffende dimensie. Het maakt bijvoorbeeld uit of men spreekt over angst, bang-zijn, bezorgdheid of vrees. In de naamgeving van de betreffende factor (aan het einde) kan men nadruk leggen op de remming van gedrag of op innerlijke spanning; vergelijk in dit verband de termen *behavioral inhibition* en neuroticisme, waarvan

de eerste de gedragskant benadrukt en de tweede de spanning.

Ook de rivaliserende, evolutionaire benadering kent de nodige problemen. Er worden wel voorzichtig stappen gezet in de richting van een evolutionaire benadering van psychiatrische aandoeningen, maar er zijn talrijke praktische en conceptuele voetangels en klemmen. In de bespreking van het werk van Wakefield ([???is de verwijzing correct?])paragraaf 5.2)  hier dieper op ingegaan.

Zijn er dan geen verschillen tussen de biologische en de psychiatrische taxonomie? Jazeker. In de eerste plaats zijn de categorieën van de psychiatrische ziekteleer veel minder scherp gedefinieerd dan de categorieën in de botanie en de dierkunde. Zo zijn veel definities in de DSM-IV polythetisch, hetgeen wil zeggen dat slechts een deel van de verschijnselen (bijvoorbeeld vier uit zeven) vereist is om te kunnen concluderen tot de stoornis. Ook is er een enorme overlap tussen psychiatrische stoornissen (comorbiditeit). In het planten- en dierenrijk sluiten de categorieën elkaar uit. Daarnaast verschilt de DSM van traditionele biologische classificaties door haar multiaxiale (= meer-assige) karakter.

3 Het ziektebegrip: achterliggende ideeën en discussies


Het denken over ziekten en het ziektebegrip wordt bepaald door een aantal vragen.

- Slaan de termen waarmee ziekten worden aangeduid op concreet aanwijsbare toestanden, of slaan ze op processen? Is ziekte een ding of toestand, of kan ziekte beter als proces in een bepaalde context worden gezien?
- Hebben de termen waarmee ziekten worden aangeduid betrekking op discrete entiteiten (bestaan ze los van elkaar), of beduiden ze de lokalisatie van de stoornis op een bepaald continuüm? Dit dilemma staat bekend als het dilemma tussen categoriale en dimensionele benaderingen van psychopathologie.
- Zijn de termen voor ziekten slechts beschrijvingen, of impliceren zij ook een verklaring? Dit thema betreft het dilemma ‘beschrijven of verklaren?’
- Slaan de termen waarmee de arts ziekten aanduidt op reëel bestaande entiteiten, of zijn het ‘slechts’ ordeningen in diens hoofd? Moeten ziekte termen met andere woorden realistisch of nominalistisch worden opgevat?
- Verwijzen de termen die naar ziekten verwijzen naar puur objectieve zaken, of zit er in het hanteren van het criterium voor ziekte altijd en per definitie ook een normatief of evaluatief element? De twee benaderingen waar het hier om gaat staan bekend als objectivistisch respectievelijk evaluationistisch.


Bedenk dat de antwoorden op de vragen en dilemma's elkaar niet altijd uitsluiten. We lopen deze vragen nu kort langs en geven iets weer van de filosofische discussie erover. Tabel 2.1 geeft aan het einde van deze paragraaf een samenvatting van de behandelde opvattingen.

3.1 Toestand of proces-in-context?


Zijn ziekten toestanden (met een zekere duur) of kunnen ze beter als processen in een bepaalde context worden gezien? Vandaag lijkt de eerste visie dominant te zijn. In de huidige classificatie van psychische stoornissen zijn de grenzen tussen de klassen weliswaar niet scherp, maar het lijkt onomstreden dat de namen voor de stoornissen betrekking hebben op een bepaalde toestand (met een zekere duur). Toch is dit niet vanzelfsprekend. Nog geen halve eeuw geleden verdedigde de psychiater en psychoanalyticus Karl Menninger dat we af moeten van het classificeren van psychiatrische stoornissen en dat psychische aandoeningen moeten worden ingedeeld naar de mate van desorganisatie van beleving en gedrag. Menninger was beïnvloed door de systeemtheorie en door inzichten uit de filosofie van de biologie. In *The vital balance* uit 1963 maken hij en zijn twee medeauteurs een indeling in vijf niveaus van desorganisatie: nervositeit, falende controle (neurose), beginnend tekortschieten van ik-functies, sterk tekortschieten van ik-functies (zoals gestoorde realiteitstoetsing), en opgeven van de wil tot leven (Menninger e.a., 1963, p. 162-163). Kernbegrippen in dit denken zijn: adaptatie, zelforganisatie, homeostase, regulatie en motivatie (Menninger e.a., 1963, p. 76 en verder). Ziekte is voor de auteurs geen toestand, geen ding: het is een dynamisch proces, de resultante van een interactie tussen het organisme en zijn omgeving.

De exemplarische tegenvoeter van Menninger is de Britse psychiater R.E. Kendell, die een belangrijk boek over diagnostiek en het ziektebegrip publiceerde en zich ook later niet onbetuigd liet in de discussie over classificatie en de grenzen van de psychiatrie (Kendell 1975; 1988). Kendell heeft weliswaar ook moeite met de opvatting dat ziekten 'dingen' zijn, maar hij kent veel waarde toe aan classificatie. De continuümgedachte (zie **???is de verwijzing correct?**)paragraaf 3.2  arvan Menninger c.s. uitgaan, is hem een doorn in het oog, omdat ze te weinig houvast biedt voor de dagelijkse praktijk.

Eigenschappen van mensen kunnen worden verdeeld, zo redeneert Kendell, in eigenschappen die alle mensen met elkaar gemeen hebben, eigenschappen die sommigen met elkaar gemeen hebben en eigenschappen die uniek zijn. De waarde van classificatie hangt af van de grootte van de tweede groep. Menninger zou volgens Kendell gelijk hebben als deze tweede groep veel kleiner zou zijn dan de eerste en de laatste. Als bijvoorbeeld alle mensen enigszins

voldoen aan de criteria van een psychische stoornis, zoals Menninger en andere psychoanalytici geneigd zijn te zeggen, dan valt de hele mensheid in de categorie 'psychische stoornis'. Ook als elke psychische stoornis volstrekt uniek zou zijn, zou classificeren geen zin hebben. Want dan zouden er geen gemeenschappelijke kenmerken en dus ook geen relaties tussen psychische stoornissen bestaan. Als gevolg daarvan zou de arts niet van zijn ervaringen kunnen leren. De psychiatrie zou op haar best een kunst zijn. Kendell vindt echter dat de tweede groep eigenschappen groot genoeg is om classificatie van psychische stoornissen te rechtvaardigen. De klassen verwijzen naar ziektes en die ziektes hebben voldoende identiteit (lees: voldoende gelijkblijvende eigenschappen) om ze te kunnen benoemen. **[[?]] is de verwijzing correct?** Paragraaf 4 t dieper in op Kendells opvattingen over ziekte. Dan zal blijken dat zijn opvattingen in de loop van de tijd zijn verschoven.

3.2 *Categorie of dimensie; discrete entiteit of continuüm?*

De term categoriaal duidt op het aan- of afwezig zijn van ziekte. In een categorale benadering van ziekte heeft men de ziekte of heeft men deze niet. Er is geen tussenvorm. Ziekte is een te onderscheiden toestand; het is iets afzonderlijks. De term dimensioneel duidt op de opvatting die ziekte ziet als iets gradueels; als manifestatie van variatie op een achterliggende dimensie. Volgens de dimensionele opvatting moeten ziektemanifestaties op een continuüm worden gelokaliseerd en is het afkappunt voor wat wel of niet telt als ziekte een kwestie van afspraak. Het onderscheid tussen categoriale en dimensionele benaderingen van psychiatrische stoornissen overlapt in de praktijk het **[[?]] is de verwijzing correct?** in paragraaf 3.1  besproken onderscheid tussen toestanden en processen. Dat ligt ook wel voor de hand. Want wie psychische stoornissen als toestanden (met een zekere duur) ziet, zal geneigd zijn die toestanden als te onderscheiden entiteiten op te vatten. Toch is het verband niet noodzakelijk: in theorie is het mogelijk ziekten als toestanden (met een zekere duur) te zien en tegelijk de continuümgedachte aan te hangen. Het continuüm heeft dan bijvoorbeeld betrekking op de mate van ontregeling van een onderliggend proces, terwijl de toestand de (terminologisch gefixeerde) fenotypische resultante is van die ontregeling. Het omgekeerde is ook voorstelbaar, namelijk dat je ziekten opvat als processen-in-een-bepaalde-context terwijl je tegelijk de discrete-entiteitgedachte aanhangt. Zo kan men van ziekten zeggen dat ze de manifestatie zijn van een interactie tussen organisme en omgeving, terwijl die ziekten tegelijk worden opgevat als resultante van een ontregeling die men wel of niet heeft (discreet: denk aan genmutaties).

We zien dat ongemerkt in het ziekteconcept een onderscheid binnensluipt tussen klinische manifestaties en onderliggende ‘causale’ processen. Nu eens slaat de term ziekte op het onderliggende proces, dan weer op de klinische manifestatie. Op beide niveaus kan men denken in termen van toestanden en van processen-in-context, en van discrete entiteiten en van continua. Over het onderscheid tussen onderliggende (‘causale’) processen en fenotypische expressie gaat **[??is de verwijzing correct?]paragraaf 3.3**

De psychiatrie neigt momenteel naar een categoriale opvatting van ziekte, ondanks het toenemend luider worden van de tegenstemmen. De categoriale benadering sluit aan bij hoe klinici het liefst denken. Als men dit beseft, wordt de huidige onvrede over de classificatie van persoonlijkheidsstoornissen verklaarbaar. Persoonlijkheid is immers bij uitstek een dimensioneel construct. Men heeft bepaalde persoonlijkheidskenmerken in meer of mindere mate. Deze kenmerken verwijzen naar disposities (neigingen, tendensen). Toch worden persoonlijkheidsstoornissen in de DSM-IV behandeld als toestanden van een zekere duur. Een belangrijk punt in dit verband is dat de manifestatie van disposities contextgebonden is. Zo kan iemand die een jaar lang geen driftaanval heeft gehad, toch een driftig karakter hebben. De drift uit zich in het feit dat in situaties waarin anderen hun kalmte bewaren, de betrokkene in woede ontsteekt. Dat soort situaties kunnen zich misschien wel een jaar lang niet voor doen. Disposities (dimensies) vragen om een andere wijze van denken dan categorale verschijnselen. Categorale verschijnselen heeft men, of men heeft ze niet. Om ze vast te stellen, heeft men de context niet nodig. Voor disposities geldt dit niet. Disposities manifesteren zich in een specifieke relatie met de context. Die specifieke relatie moet in de definitie van de dispositie zijn vastgelegd.

3.3 *Beschrijvend of verklarend; statistisch of nosologisch?*

We stuiten zojuist al op het punt dat de ordening van ziekteverschijnselen zich kan richten op klinische verschijnselen (het fenotype), maar ook op onderliggende mechanismen en processen. Ook bij dit punt zijn twee uitersten te onderscheiden. Aan de ene kant zijn er psychopathologen die stellen dat als classificatie meer wil bieden dan een willekeurige indeling van symptoomclusters, deze gebaseerd moet zijn op causale hypothesen. Andere psychopathologen daarentegen menen dat dit in de psychiatrie een brug te ver is en misschien ook wel helemaal niet hoeft. Als het bijvoorbeeld mogelijk zou zijn op basis van epidemiologisch onderzoek morbiditeitspatronen vast te stellen en deze te relateren aan behandel-effecten, zou in theorie zelfs afgezien kunnen worden van causale hypothesen over

de werkingsmechanismen van de therapie. Als ziekte X zonder therapie beloop Y heeft en met therapie beloop Z en als het gevonden verschil tussen Y en Z statistisch betrouwbaar is, dan heeft de behandeling in principe een wetenschappelijke basis, namelijk een statistisch onderbouwde verwachting omtrent de uitkomst van een bepaalde behandeling. Deze benadering heeft zoals bekend in de geneeskunde een hoge vlucht genomen en staat bekend als *evidence-based medicine* (Sackett e.a., 1997).

De statistisch-epidemiologische benadering heeft echter niet de oudste papieren. Net als in de rest van de geneeskunde was de causaalhypothetische benadering in de psychiatrie lange tijd dominant. Aan deze benadering zijn in de geneeskunde de namen van Koch (microbioloog) en Virchow (fysioloog) verbonden en in de psychiatrie de naam van Emil Kraepelin. Volgens deze benadering zijn ziekten reële entiteiten met een aanwijsbare oorzaak. Kraepelin sprak van ‘nosologische eenheden’. Een nosologische eenheid is een beschrijving van het toestandbeeld plus het beloop plus de onderliggende oorzaken. Denk bijvoorbeeld aan een longontsteking. De nosologische eenheid bestaat hier uit toestandbeeld (zoals pijn bij het ademen, koorts, kortademigheid), het verloop van de klachten en kennis over de micro-organismen die de klachten kunnen verklaren.

De discussie over diagnostiek en classificatie in de psychiatrie gaat tot de dag van vandaag over de haalbaarheid en wenselijkheid van een nosologie in de stijl van Kraepelin. Kraepelin zelf raakte aan het eind van zijn leven minder overtuigd van de haalbaarheid ervan. Velen zijn hem daarin gevolgd, zonder echter helemaal met het oude ideaal te breken. Meestal worden de complexiteit van de klinische realiteit en het gebrek aan kennis over onderliggende mechanismen aangevoerd als redenen voor het mislukken van het project van een psychiatrische nosologie. Maar misschien is een ander bezwaar nog fundamenteeler, namelijk dat dit project op een verkeerde manier is geconceptualiseerd, namelijk alsof het mogelijk zou zijn om directe relaties te vinden tussen verschijnselen aan de ‘oppervlakte’ (de klinische verschijnselen; het fenotype) en causale mechanismen in de ‘diepte’ (bijvoorbeeld gestoorde hersenfuncties). Misschien correleren de mechanismen in de ‘diepte’ wel op een heel andere manier met de klinische realiteit dan we ons voorstellen. Misschien correleren ze bijvoorbeeld veel beter met het soort mentale verschijnselen dat door neuropsychologen wordt onderzocht (*set shifting*; procedureel geheugen; integratie van waarneming en planning) (Murphy, 2006). En misschien is het daarom wel onmogelijk dat psychiatrische ziektebeelden één op één correleren met gestoorde hersenfuncties (Van der Stel, 2009).

3.4 *Nominalisme of realisme?*

Hebben de termen waarmee de arts ziekten aanduidt, betrekking op reëel bestaande entiteiten, of zijn die termen slechts pogingen tot ordening in diens hoofd? Moeten ziekte termen met andere woorden realistisch of nominalistisch worden opgevat? Volgens het realisme heeft kennis betrekking op een werkelijkheid die echt bestaat. De realistische opvatting van ziekten houdt in dat de termen die voor ziekten worden gebezigd, duiden op een werkelijkheid die echt bestaat. Volgens het nominalisme daarentegen zijn de begrippen waarin onze kennis ligt vevat, slechts namen (*nomen* betekent naam) (zie ook **Redactie, is de verwijzing correct?** hoofdstuk 5, paragraaf 2). Ze namen zijn hulpmiddelen om het denkproces te structureren. Ze hoeven niet te corresponderen met iets in de werkelijkheid. De onderscheidingen lopen ook hier weer parallel: psychopathologen die neigen tot de ziekte-als-toestandbenadering, kiezen meestal ook voor de discrete-entiteitopvatting, voor de nosologie (stoornis = toestand + beloop + veroorzaking) én voor het realisme. Dit verband is echter opnieuw niet noodzakelijk. Zo is het heel goed mogelijk de statistisch-epidemiologische benadering van ziekte aan te hangen, voorkeur te hebben voor de continuümgedachte en voor de idee van ziekte als proces-in-context, en toch een realist te zijn. Het omgekeerde – geloven in ziekten als toestanden opgevat als discrete entiteiten met een causale verklaring en tegelijk een nominalistische benadering aanhangen – is wat moeilijker, maar eveneens denkbaar. Het werk van Kendell (zie **is de verwijzing correct?** paragraaf 4) leert in deze richting.

3.6 *Objectivisme of evaluationisme (normativisme)?*

Het laatste onderscheid is dat tussen objectieve en normatieve (of: evaluatieve) benaderingen van ziekten. Opnieuw nemen we de uitersten: objectivisme versus evaluationisme (of: normativisme). Objectivisten menen dat het mogelijk is ziekten te definiëren los van enige verwijzing naar waarden of subjectieve waardering. Evaluationisten menen dat het ziektebegrip inherent waardegeladen is. Meestal wordt ook hier de soep minder heet geheten dan ze wordt opgediend. In de literatuur worden dus naast sterke ook zwakke vormen van normativisme onderscheiden.

De betekenis en de uitwerking van de dichotomie tussen objectivistische en evaluationistische ziekteopvattingen moeten niet worden onderschat. Voor sommigen, zoals Jerome Wakefield (1992a; 1992b), gaat het zelfs om het belangrijkste indelingsprincipe in de ziekteleer.

Wakefield hierbij citerend, stelt in de *White paper* over diagnose en classificatie uit 2002 –

dat ‘the most contentious issue is whether disease, illness, and disorder are scientific biomedical terms or are sociopolitical terms that necessarily involve a value judgment’ (Kupfer e.a., 2002).

Van des te groter belang is het te bedenken dat het hele onderscheid tussen objectief en evaluatief berust op een dichotomie tussen feiten en waarden die nogal discutabel is. Ten onrechte gaat men met die dichotomie uit van de gedachte dat de wereld ‘op zich’ puur objectief is en dat alles wat met betekenis en waarde te maken heeft, subjectief is en dus vanuit de mens aan de werkelijkheid wordt toegekend. Dat ik het landschap als mooi ervaar, zegt volgens deze opvatting alleen iets over mij en niet over het landschap: ik projecteer mijn ervaring in het landschap. Water is in deze opvatting alleen maar warm in de zin van een uitslag op een temperatuurmeter: de ervaring van warmte heeft niets met het water zelf te maken. Het is een secundaire kwaliteit, om met de Britse empiristen te spreken.

Deze voorstelling van zaken is bepaald niet onweersproken gebleven. De tegenspraak komt zowel uit continentale als Angelsaksische hoek. Zo meent de filosoof Max Scheler (1874-1928) dat esthetische kwaliteiten eigenschappen zijn van de betrekking tussen mij en het object van mijn ervaring. Mooi of lelijk is dus niet louter iets in mijn hoofd; het is ook niet louter iets van het schilderij of het landschap. Het is een waarde die zich ontvouwt in de betrekking tot het esthetische object, of het nu een schilderij is of een landschap. Ook Herman Dooyeweerd (1953-1958, Vol. III) oefent scherpe kritiek op het dichotome denken en wel omdat het hele idee van een werkelijkheid op zich, los van betekenissen en waarden, een abstractie is, een product van verabsolutering van de theoretische denkhouding. Hij gaat misschien nog wel een stap verder dan Scheler, door te zeggen dat de kwaliteiten en betekenissen die in de betrekking tot de wereld worden ‘ontsloten’, kwaliteiten en betekenissen zijn van de wereld zelf (het schilderij, het landschap). In tabel 2.1 zijn de opvattingen uit paragraaf 3 nog eens kort samengevat.

Tabel 2.1 Visies op ziekte: achterliggende ideeën (samenvatting)

<i>Visie</i>	<i>Achterliggende idee</i>	<i>Versus</i>
Proces-in-context versus ding	<ul style="list-style-type: none"> Decompensatie als dynamisch proces in een systeem (Menninger). 	<ul style="list-style-type: none"> Ontregeling van een ‘ding’ of afwijkende toestand (Kendell).
Continu versus discreet	<ul style="list-style-type: none"> Continua van desorganisatie (Menninger). 	<ul style="list-style-type: none"> Discrete eenheden (categorieën) (Kendell).
Descriptief versus causaal	<ul style="list-style-type: none"> Statistisch-epidemiologisch (evidence-based medicine) (Sackett). 	<ul style="list-style-type: none"> Klassieke nosologie. Biomedisch ziektemodel (Kraepelin).
Nominalistisch versus realistisch	<ul style="list-style-type: none"> Ziekte termen zijn slechts namen (Kendell). 	<ul style="list-style-type: none"> Termen voor ziekten duiden op reëel bestaande toestanden of dingen (Boorse).

Normativistisch (evaluationistisch) versus objectivistisch	<ul style="list-style-type: none"> Het ziektebegrip is inherent waardegeladen (Fulford). 	<ul style="list-style-type: none"> Ziekte kan objectief worden gedefinieerd en vastgesteld (Boorse).
--	---	---

4 Ziektemodellen

Na deze verkenning van achterliggende discussies passeren in dit deel verschillende ziektemodellen kort de revue. Dit gebeurt aan de hand van het werk van Kendell (1975) en Wakefield (1992a; 1992b) (zie ook Fulford e.a., 2006, hoofdstuk 3 en 13; Zachar & Kendler, 2007). Aan het einde van deze paragraaf geeft tabel 2.2 een overzicht van de ziektemodellen.

4.1 *Ziekte als subjectief lijden; ziekte als klacht*

Volgens deze opvatting is ziekte hetzelfde als zich ziek voelen. Ziek is wie zichzelf ziek vindt. Deze opvatting doet recht aan het feit dat ziekte als hinderlijk wordt ervaren, maar loopt vast op het feit dat er mensen zijn die menen ziek te zijn, maar het niet zijn: klagers. Ook zijn er mensen die menen niet ziek te zijn, maar het wel degelijk zijn: de ontkenners. Als de psychiatrie dit ziektemodel zou hanteren, zouden alle zorgwekkende zorgmijders buiten de boot vallen.

4.2 *Ziekte is dat wat artsen behandelen*

Deze pragmatische opvatting (waaraan de naam van Kräupl-Taylor verbonden is) doet recht aan het feit dat het hulpzoekende gedrag van de patiënt en de reactie van de arts niet alleen worden bepaald door de aanwezigheid van een stoornis, maar ook door andere factoren.

Mensen verschillen in de mate waarin zij last hebben van een bepaalde stoornis en daar hulp voor zoeken. Artsen wegen voortdurend af of zij iets wel of niet zullen doen. Lang niet altijd gaan zij daarbij af op oorzaken of ziekten. Denk bijvoorbeeld aan situaties waarin de arts geruststelt, de klachten in een overkoepelend kader plaatst, of ondersteunende maatregelen treft die het omgaan met ziekte draaglijker maken. Al deze aspecten pleiten voor een pragmatische insteek.

Maar er zijn ook belangrijke bezwaren tegen dit pragmatisme, zeker als het te ver wordt doorgevoerd. Als alleen zij die de drempel van de spreekkamer passeren ziek zijn, dan is er net als bij subjectief lijden geen grond voor ingrijpen in het geval van ontkenning, onwil, risico of preventie. De pragmatische benadering lijkt ruimdenkend, maar ze is ook eenzijdig,

omdat ze voorbijgaat aan economische, *public health*- en normatieve motieven. Afwachten tot ziekte optreedt en de zieke naar de dokter komt, kan teveel kosten (economisch), of de gezondheid van de bevolking in gevaar brengen (bij infectieziekten bijvoorbeeld), of de patiënt schaden (het bestwilargument). Kendell vindt de pragmatische opvatting aanvankelijk te ver gaan, maar toont in een later artikel (Kendell, 1988) toch een zekere sympathie voor de pragmatische insteek.

4.3 *Ziekte als laesie*

Ziekte als laesie is de benadering die in het voorafgaande is aangeduid als nosologisch of biomedisch en die zijn meest pregnante uitdrukking vindt in de postulaten van de negentiende-eeuwse microbioloog Koch. Volgens Koch kan pas van ziekte worden gesproken als er een relatie is gelegd tussen oorzaak en aandoening. Het infectieuze agens moet eerst worden geïsoleerd bij de aangedane patiënt. Vervolgens moet de associatie tussen agens en stoornis bij alle aangedane patiënten worden bevestigd. Daarna moet de omgekeerde weg worden bewandeld: door kunstmatige inbrenging van het agens dient ook bij een gezonde proefpersoon de ziekte te kunnen worden opgewekt en dit agens dient dan bij de ziek gemaakte patiënt ook nog aantoonbaar te zijn. Pas als aan deze vier voorwaarden (postulaten van Koch) is voldaan, is er sprake van een causale relatie tussen agens en stoornis en dus van ziekte.

Er zijn met het inzicht van ruim een eeuw later natuurlijk allerlei bezwaren tegen dit ziektemodel in te brengen. Oorzaken werken in de geneeskunde lang niet altijd zo als in het geval van infectieziekten. Bij kanker bijvoorbeeld is er geen sprake van een indringer (een pathogeen agens van buiten), maar van abnormale weefselgroei. Bij endocriene en andere aandoeningen is er sprake van een ontregelde homeostase (hypertensie, hyperthyreoïdie) of van slijtage, verstopping of degeneratie (artrose, atherosclerose, dementie). Fundamenteeler nog is het bezwaar dat het ontbreken van een laesie de arts het recht ontzegt om iets te doen. Van dit argument maakt Thomas Szasz – auteur van de destijds geruchtmakende bestseller *The myth of mental illness* – gebruik als hij betoogt dat psychiatrische stoornissen geen ziekten zijn (Szasz, 1961).

4.4 *Ziekte als gebrekkige adaptatie*

Dit is het model van Menninger dat we eerder bespraken. Het gaat in dit model om adaptatie

aan de omgeving in de ruimste zin, niet om evolutionaire adaptatie. Ziekte uit zich volgens Menninger c.s. als psychofysiologische desorganisatie. Desorganisatie kan in allerlei gradaties van ernst voorkomen. Kendells bezwaar tegen deze opvatting is dat er in de praktijk niet mee te werken valt: het levert geen helder demarcatiecriterium op om ziek van gezond te onderscheiden. Stoornissen in de adaptatie zijn bijna niet te operationaliseren. Merk op dat men in de DSM dit in de definitie van psychische stoornissen toch probeert (zie **???is de verwijzing correct?** paragraaf 5).

4.5 Ziekte als uiterste op een continuüm

Volgens het continuümmodel zijn ziekte en gezondheid geen afgebakende domeinen, maar lopen ze in elkaar over. Gebrekkige operationaliseerbaarheid is Kendells belangrijkste punt tegen het continuümmodel. Stel dat men gezondheid aan de ene kant van het continuüm zet en ziekte aan het andere eind, dan is eigenlijk iedere afwijking van de norm van gezondheid – iedere positie in de richting van ziekte – al een reden om iets te doen. Kendell verwijst naar de bekende WHO-definitie van gezondheid (een toestand van lichamelijk, psychische en sociaal welbevinden) naar aanleiding waarvan de discussie ontstond of elke afwijking ten opzichte van dit ideaal grond vormt voor medisch ingrijpen. De meeste medici ontkennen dit, maar de WHO-definitie geeft geen houvast voor welke afwijkingen van het ideaal wel en welke niet medische bemoeienis rechtvaardigen.

4.6 Ziekte als afwijking van een statistische norm

Het statistische model tracht ziekte te definiëren door afkappunten vast te stellen in de verdeling van bepaalde eigenschappen. Kendells bezwaar tegen het statistische model is vooral dat het te breed is: er zijn afwijkingen van de norm die geen last opleveren (zoals: lang zijn) en sommige die zelfs voordeel opleveren (zoals: superieure intelligentie).

Het statistische model is nog steeds populair, niet alleen omdat technische innovaties het mogelijk maken statistische analyses over steeds grotere datasets uit te voeren, maar ook omdat dit model de suggestie wekt van objectiviteit en waardevrijheid. Wat betreft dit laatste zij opgemerkt dat ook in de statistiek het beroep op normen niet kan worden ontlopen. Bij het vaststellen van afkappunten kan men niet anders dan refereren aan een bredere context waarin de betreffende eigenschap optreedt. En in die bredere context is genoemde eigenschap meer of minder wenselijk. Dat geldt zelfs voor de normaalwaarden van kalium. Impliciet verwijzen

deze naar situaties die als ongewenst worden beschouwd: spierslakte, risico op hartfalen en hartritmestoornissen. In de psychiatrie gaat het niet anders, alleen zijn de ‘normaalwaarden’ van psychische functies minder scherp omschreven en ook veel contextafhankelijker. Hoe dan ook geeft de psychiater antwoord op de vraag welke gedragingen als reëel, wenselijk en/of passend dienen te worden gezien.

4.7 Ziekte als biologisch nadeel

Dit model sluit aan bij het vorige, maar probeert de norm tussen ziek en niet-ziek te vinden in het criterium ‘biologisch nadeel’. Scadding, wiens naam aan deze benadering is verbonden, doelde vooral op nadeel voor de species, maar in beginsel zou men nadeel ook op het niveau van de individu kunnen situeren (Scadding, 1988). De problemen met deze benadering komen aan de orde in de bespreking van het werk van Wakefield (zie **is de verwijzing correct?**)paragraaf 5.2 en in **Redactie, is de verwijzing correct?**hoofdstuk 1 dit boek.

4.8 Ziekte als vermoede prescriptie (of handelingsplan)

Volgens deze opvatting heeft de term ziekte betrekking op situaties waarvan medici vinden dat deze om medisch ingrijpen vragen. Deze opvatting lijkt sterk op de pragmatische opvatting dat ziekte dat is wat artsen behandelen. De opvatting dat ziekte een vermoemd plan van aanpak is, is evenwel nog wat agnostischer: de gedachte is dat er geen werkbaar criterium voor ziekte bestaat en dat artsen dit feit maskeren door er de louter praktische eis voor in de plaats te stellen dat bij ziekte medische aandacht en bemoeienis geboden is. Het verschil is subtiel en we zullen er niet te lang bij stil staan. Tot zover de bespreking van een aantal ziektemodellen. Tabel 2.2 geeft een overzicht.

Tabel 2.2 Ziektemodellen: argumenten pro en contra (overzicht)

Ziektemodel	Pro	Contra
Ziekte als subjectief lijden (klacht) (zie Kendell, 1975)	<ul style="list-style-type: none"> Ziekte is inderdaad hinderlijk. 	<ul style="list-style-type: none"> Wat te doen met mensen die alleen maar klagen? Wat te doen met ontkenners?
Ziekte als dat wat artsen behandelen (Kräupl-Taylor)	<ul style="list-style-type: none"> Zorg door meer bepaald dan aanwezigheid van ziekte. 	<ul style="list-style-type: none"> Wat te doen bij onwil, ontkenning of risico?
Ziekte als laesie (Koch; Virchow)	<ul style="list-style-type: none"> Sluit aan bij dominante biomedische traditie. 	<ul style="list-style-type: none"> Niet alleen laesie, maar ook ontregeling, slijtage, degeneratie.

Ziektemodel	Pro	Contra
Ziekte als gebrekkige adaptatie (Menninger)	<ul style="list-style-type: none"> Doet recht aan de realiteit. 	<ul style="list-style-type: none"> Valt er in de praktijk mee te werken? Afgrenzing ziek – niet ziek.
Ziekte als pool op een continuüm van gezond naar ziek (Menninger)	<ul style="list-style-type: none"> Doet recht aan de realiteit. 	<ul style="list-style-type: none"> Valt er in de praktijk mee te werken? Afgrenzing ziek – niet ziek.
Ziekte als afwijking van een statistische norm (Hempel)	<ul style="list-style-type: none"> Sluit aan bij dominante benadering (epidemiologie). 	<ul style="list-style-type: none"> Niet alle afwijkingen van de norm zijn ziekte. Beroep op normen niet te vermijden.
Ziekte als (biologisch) nadeel (Scadding)	<ul style="list-style-type: none"> Wetenschappelijk sterk. 	<ul style="list-style-type: none"> Niet elk biologisch nadeel in evolutionaire zin is ziekte.
Ziekte als vermomde prescriptie (handelingsplan) (Kendell)	<ul style="list-style-type: none"> Erkenning van een normerend element in het oordeel van de arts. 	<ul style="list-style-type: none"> Hoe en waar vindt dit oordeel vaste grond?

4.9 Kendells hang naar het nominalisme

Kendell voelt – merkwaardig genoeg – voor de dagelijkse praktijk het meest voor het laatste ziektemodel (ziekte als vermomde prescriptie), terwijl hij voor epidemiologisch onderzoek zijn oog slaat op de statistische benadering. Deze positie wordt begrijpelijk vanuit Kendells hang naar nominalisme (vergelijk **Thornton 2007 ontbreekt in literatuurlijst. A.u.b. daar aanvullen. Of bedoelt u Thompson?** Thornton, 2007, p. 180 en verder). Kendells ziektebegrip is sober, nuchter, objectivistisch en sterk anti-essentialistisch. Termen voor ziekte ordenen de geest van de clinicus en geven aanwijzingen voor hoe te handelen in de praktijk. Maar of die termen ook slaan op reële en afgrensbare ziekten, laat hij het liefst in het midden.

Het interessante is dat Kendell de risico's van die positie onderkent. Een te sterke hang naar nominalisme laat de psychiatrie achter met een ziektebegrip dat in de lucht hangt. Zo'n psychiatrie wordt vatbaar voor de invloed van denkers als Szasz, die meent dat geestesziekten niet bestaan, en van maatschappijcritici als Laing, die menen dat de psychiatrie zich uitlevert aan de maatschappij met haar zucht naar controle en gedragsbeheersing. Kendells reactie op dit soort bezwaren is exemplarisch: om genoemde gevaren te keren, zet hij maximaal in op de betrouwbaarheid en validiteit van de gebruikte begrippen en daarmee op operationele definities. Net als de Amerikaanse psychiatrie, laat hij zich daarin inspireren door Carl G. Hempel, die in een invloedrijke rede voor een gehoor van psychiaters en psychologen begin jaren zestig van de vorige eeuw pleitte voor operationele definities van de verschillende ziektecategorieën (Hempel, 1961; zo ook Boorse, 1975). Deze benadering past bijvoorbeeld heel goed bij een epidemiologische en statistische benadering van ziekten. Het is deze benadering die de overhand zal krijgen en die na aanzetten in de *Feighner criteria* en de

research diagnostic criteria zal uitmonden in de sterk gewijzigde derde editie, en latere edities, van de DSM uit 1980.

5 Ziekte in de DSM en de discussie hierover

5.1 Ziekte in de DSM

De toelichtende tekst in de introductie van de DSM-IV (APA, 1994) stelt het volgende.

‘In DSM-IV, each of the mental disorders is conceptualized as a clinically significant behavioral or psychological syndrome or pattern that occurs in an individual and that is associated with present distress (e.g., a painful symptom) or disability (i.e., impairment in one or more important areas of functioning) or with a significantly increased risk of suffering death, pain, disability, or an important loss of freedom. In addition, this syndrome or pattern must not be an expectable and culturally sanctioned response to a particular event, for example death of a loved one. Whatever its original cause, it must currently be considered a manifestation of a behavioral, psychological, or biological dysfunction in the individual’ (APA, 1994, p. xxi).

Het is de moeite waard deze omschrijving van zin tot zin aan een nader onderzoek te onderwerpen. Blijkens de eerste zin is een geestesstoornis een gedrags- of mentaal syndroom of patroon dat gepaard gaat met onwelbevinden (*distress*) of beperking (*disability, impairment*) of verhoogd risico op overlijden, pijn, onvermogen of verlies van vrijheid (dus: nadeel). Onwelbevinden is een subjectieve zaak; beperking en nadeel duiden op te objectiveren stand van zaken. De uitdrukking ‘gedrags- of mentaal syndroom’ is een poging te ontsnappen aan de vraag of geestesziekten organisch of psychisch zijn. Die kwestie laten we hier rusten. Dat er sprake moet zijn van ‘klinische significantie’ wordt in de toelichting zo geoperationaliseerd dat het onwelbevinden en/of de beperkingen het functioneren een of meer levensgebieden negatief beïnvloeden (zie APA, 1994, p. 7). De toevoeging ‘in een individu’ dient om te voorkomen dat deviant gedrag op zich of conflicten tussen een individu en de maatschappij gepsiatriseerd worden. Er moet iets aan de hand zijn met een individu. Natuurlijk is er bij psychiatrische patiënten vaak sprake van deviant gedrag en van conflicten met de maatschappij, maar die moeten het gevolg zijn van de disfunctie in het individu, om als psychiatrische stoornis te tellen.


De tweede zin stelt dat het betreffende syndroom of patroon niet een ‘te verwachten’ en ‘cultureel gesanctioneerde’ respons op een bepaalde gebeurtenis moet zijn. Deze clausule vernauwt de focus: niet alle onwelbevinden, beperking of nadeel berust op een ziekte of stoornis. Vanuit een klinische optiek getuigt dit van wijs pragmatisme. De toevoeging zet de deur echter ook open voor de opvatting dat ziekte afhangt van het gemiddelde voorkomen van bepaalde gedragingen (‘te verwachten respons’) en van de tolerantie van de omgeving (‘cultureel gesanctioneerd’). Daarmee wordt wat als ziekte telt, afhankelijk gemaakt van de macht van het getal en van maatschappelijke tolerantie.

Dit pragmatisme keert op een andere manier in de introductie terug. Daar erkennen de opstellers dat geestesstoornissen door een veelheid van concepten kunnen worden gedefinieerd: leed, gebrek aan beheersing, nadeel, onvermogen, inflexibiliteit, irrationaliteit, syndroomaal patroon, etiologie (toch!) en statistische deviantie (APA, 1994, p. xxi). Afhankelijk van de situatie dient de meest passende invalshoek te worden gekozen, aldus de auteurs. Opnieuw: dit kan van wijs pragmatisme getuigen; maar veel houvast biedt deze opsomming natuurlijk niet.

In de derde zin van de definitie valt ten slotte de term disfunctie. Ongeacht de oorzaak, zo stelt de toelichting, moet de geestesstoornis worden beschouwd als de manifestatie van een disfunctie in gedrag en/of in mentaal en/of biologisch functioneren. Verdere uitleg over wat onder disfunctie verstaan moet worden, ontbreekt. Deze derde zin voegt dus niets toe. Wat onder disfunctie moet worden verstaan, wordt in de eerste twee zinnen van de definitie geoperationaliseerd: er moet sprake zijn van een syndroom of patroon dat gepaard gaat met subjectieve klachten en/of beperkingen in een of meer levensgebieden; en dat syndroom of patroon moet niet te verwachten en niet cultureel gesanctioneerd zijn. De toevoeging dat dit alles uitdrukking moet zijn van een disfunctie, is redundant en leidt tot een circulaire definitie: de stoornis is uitdrukking van een disfunctie en wat een disfunctie is wordt duidelijk uit de criteria voor de stoornis.

Samenvattend neemt de DSM dus afstand van een definitie van ziekte die zich baseert op oorzaken. Wat als ziekte of stoornis telt, wordt bepaald door de consequenties: onwelbevinden, beperking, en nadeel. Er wordt wel gerefereerd aan disfuncties, maar de notie disfunctie speelt de facto geen rol in de afgrenzing tussen ziek en gezond. De uitsluiting van ‘te verwachten en cultureel gesanctioneerde’ reacties voegt bovendien een fikse scheut pragmatisme aan de definitie toe.

5.2 Ziekte als harmful dysfunction

Precies op dit punt zet de kritiek van Jerome C. Wakefield in. In een constante stroom van publicaties sinds 1992 kritiseert hij het inconsistente karakter van de definitie van *mental disorder* in de DSM en pleit hij voor de opvatting van ziekte als schadelijke disfunctie (*harmful dysfunction*) (Wakefield 1992a; 1992b; zie ook Wakefield **[???Wakefield 1999a en b ontbreken in literatuurlijst; a.u.b. aanvullen.]** 1999a; 1999b; 2000)  grondgedachte is eenvoudig. De *harm*-component duidt op ziekte als iets waarvan men last heeft en/of schade van ondervindt. In deze component ligt een waardeoordeel besloten. De disfunciecomponent heeft betrekking op het objectieve aspect: een stoornis in een 'intern natuurlijk (= niet-geïntendeerd) mechanisme'. Om te kunnen spreken van ziekte, moet er van beide sprake zijn: er moet een disfunctie bestaan die leidt tot schade of last. Er zijn immers disfuncties zonder schade: een hart dat zich in de verkeerde thoraxhelft bevindt, het ontbreken van een nier, of samengegroeide tenen. En er is schade en/of last zonder disfunctie: rouw, niet al te ernstige psychotraumata of pijn bij het wisselen van de tanden (de niet alle even sterke voorbeelden zijn van Wakefield).

Wakefields problemen met de DSM worden vooral duidelijk uit zijn bespreking van het criterium dat de stoornis niet een te verwachten en cultureel gesanctioneerde respons op een bepaalde gebeurtenis mag zijn – zoals rouw na de dood van een geliefde. Wakefield meent dat dit criterium er gemakkelijk toe leidt dat normale variatie wordt verward met het hebben van een stoornis. In principe kan elke respons op een stressor die aan de randen van de normale variatie ligt, als stoornis worden aangemerkt. Een voorbeeld is de categorie aanpassingsstoornis. Deze wordt gedefinieerd als een overschrijding van een normale en te verwachten respons op een stressor. De definitie bijt echter in zijn eigen staart. De DSM zegt dat afwijkend beleven en gedrag moeten berusten op een disfunctie, maar vervolgens operationaliseert ze de disfunctie in termen van afwijkingen in beleving en gedrag.

Net als wij zojuist deden, wijst ook Wakefield dus op het circulaire karakter van de definitie van disfunctie in de DSM. Hij gaat alleen een stap verder door te stellen dat de DSM door die circulaire definitie het medisch legitimeren van allerlei waardeoordelen in de hand werkt. Een voorbeeld dat hij in dit verband noemt is dat van de oppositionele stoornis. Elk kind dat meer dan gemiddeld z'n zelfbeheersing verliest, met volwassenen ruziet, z'n huiswerk niet maakt en scheldt, voldoet aan de criteria van de stoornis. Variaties van normale rebellie voldoen al gauw aan de criteria van de stoornis, zeker in een context waarin hoge eisen aan het gedrag van kinderen worden gesteld.

Wakefield meent niet dat de discussie over waardeoordelen die in het ziektebegrip besloten liggen, vermeden moet worden. Integendeel, hij pleit juist voor zo'n discussie als het gaat om de harm-component (last, schade). Zijn probleem is vooral dat in de operationele definitie van disfuncties harm en disfunctie onvoldoende van elkaar worden onderscheiden, waardoor elementen van harm in de definitie van de disfunctie terecht komen. Daardoor krijgen waardeoordelen ten onrechte een schijn van objectiviteit en legitimiteit. De echte discussie over waarden raakt zo versluierd. Bovendien – en dat is Wakefields voornaamste punt – raakt zo de objectieve basis van het ziektebegrip uit zicht.

Die objectieve basis ligt zoals gezegd in het begrip disfunctie, gedefinieerd als 'stoornis in een natuurlijk (dat wil zeggen: niet geïntendeerd) mechanisme'. Deze wat abstracte formulering wil zeggen dat van een disfunctie sprake is als een orgaan of organisme niet werkt overeenkomstig de wijze waarop het door de natuur ontworpen is om te werken. De woorden 'natuurlijk' en 'ontworpen' worden hier niet zonder reden gebruikt. Ze verwijzen naar de evolutionaire basis van functies. 'Natuurlijk' betekent hier dat de betreffende functie niet van buitenaf aan het organisme is opgelegd, maar inherent is aan het 'materiaal' en dus met het bestaan van het betreffende organisme 'gegeven' is. De term 'ontworpen' duidt op het proces van selectie waaraan levende wezens in de loop van de evolutie onderworpen zijn en dat de basis vormt voor het ontstaan van functies.

Deze selectionistische benadering van functies en disfuncties is niet onweersproken gebleven (voor een meer gedetailleerde bespreking zij verwezen naar **Redactie, is de verwijzing correct?** hoofdstuk 1 in dit boek). Een belangrijk probleem is bijvoorbeeld hoe het blinde karakter van natuurlijke selectie te rijmen is met de idee van functies met een 'om te'-karakter? Dit is een grote vraag, die tot stevige debatten in de filosofie van de biologie heeft geleid (Mayr, 1988; Dennett, 1998; Sober, 1998; McLaughlin, 2001). In elk geval kan het evolutionaire proces zelf niet een soort schikkende hand zijn, een soort Moeder Natuur met hoofdletter, die in haar wijsheid, maar voor ons onkenbaar, van tevoren al had bedacht dat het ontstaan van een bepaalde functie ergens goed voor zou zijn. Dat het hart moest gaan pompen, stond aan het begin van de evolutionaire ladder nog niet vast. Wij kunnen pas constateren dat het hart die functie kreeg (namelijk, er is om te pompen) toen het ging pompen. Kortom: functies zijn er om iets te doen (pompen), maar dat ze dat doen, kunnen we alleen achteraf vaststellen en verklaren.

Bijgevolg is het de vraag wat de selectionistische verklaring van functies (die het bestaan van functies verklaart uit het proces van natuurlijke selectie) precies zegt. Verklaringen van dit type zeggen al gauw te veel door te suggereren dat het proces van natuurlijke selectie 'ervoor

heeft gezorgd' dat er voor deze functie is geselecteerd (het schikkende-handmodel). Maar als ze niet te veel zeggen, zeggen ze dan überhaupt nog iets (Gould & Lewontin, 1979)? Want wat draagt het selectieproces dan *de facto* nog bij aan dat waar de functie toe dient (zie voor deze kwestie ook Dennett, 1995; Gould & Vrba, 1998; McLaughlin, 2001)?

We kunnen deze kwestie hier niet oplossen. Ze is een van de redenen waarom biologen en filosofen ook naar andere verklaringen van functies zijn gaan uitzien, bijvoorbeeld verklaringen waarin functies (toch) worden gezien als resultante van een achterliggend causaal proces (het causale-rolmodel: Cummins, 1975) of verklaringen waarin een nog fundamenteeler proces van zelforganisatie wordt verondersteld werkzaam te zijn achter de krachten van de natuurlijke selectie (bijvoorbeeld Kauffman, 1993). Dat de problemen in de verklaring van functies hier ter sprake worden gebracht, is omdat Wakefield ervan uit lijkt te gaan dat evolutionaire verklaringen van functies en disfuncties een solide empirische en wetenschapsfilosofische basis hebben. Dat is allerminst het geval.


Een ander punt van kritiek is dat Wakefield geen enkele poging doet om tot een nadere specificatie van disfuncties te komen, bijvoorbeeld in termen van neurofysiologie of neuropsychologie (vergelijk Murphy & Woolfolk, 2000). Nu hoeft men dat van een filosoof ook niet te verwachten, maar toch zit er hier een addertje onder het gras. Wakefield lijkt namelijk van opvatting te zijn dat dit ook niet hoeft, omdat disfuncties los van kennis van onderliggende pathofysiologische processen gedefinieerd kunnen worden. Volgens hem bevindt de psychopathologie zich op een kennisniveau dat vergelijkbaar is met dat van de arts in de oudheid die moest definiëren wat blindheid is. Zeggen dat blindheid hetzelfde is als 'niet zien', is onjuist: er zijn omstandigheden waarin wij niet zien en toch niet blind zijn (bijvoorbeeld in een grot zonder fakkel). De arts uit de oudheid zou dit probleem oplossen door omstandigheden te bedenken waarin er onderscheid gemaakt kan worden tussen blindheid en geen blindheid – in de trant van: normaal zien mensen in omstandigheden X_1, \dots, X_n . Als je in die omstandigheden ook niets ziet, ben je echt blind. Hetzelfde geldt voor de huidige psychiatrie, bijvoorbeeld als het gaat om angststoornissen. Een angststoornis is een stoornis in (c.q. een disfunctie van) een 'natuurlijk alarmmechanisme'. Dit alarmmechanisme wordt vervolgens gedefinieerd aan de hand van voorbeelden waarin de context wordt gespecificeerd. 'Normaal' zijn mensen angstig als ze voor het eerst een parachutesprong maken, maar niet als ze een blokje om lopen. Er is sprake van een angststoornis als men ook bij het blokje om angstig is.

Deze uitleg is opvallend. Wakefield kritiseert de DSM vanwege haar circulaire definitie van disfuncties. Maar zijn voorbeeld van de arts in de oudheid leidt tot net zo'n circulariteit. Angst


wordt gedefinieerd als een disfunctie in een natuurlijk alarmmechanisme, maar wat die disfunctie inhoudt, omschrijft hij in termen van gedragingen in specifieke omstandigheden. Samenvattend: Wakefields claim dat alleen een evolutionaire (selectionistische) benadering van functies de psychiatrie de garantie van een objectief fundament geeft, is te sterk en ook onnodig. In de manier waarop Wakefield disfuncties uiteindelijk operationaliseert, blijkt het verschil met de DSM veel minder groot dan zijn kritische inzet doet verwachten. Ook blijft Wakefield te vaag over disfuncties als empirisch verschijnsel.

6 Naar een dynamisch en normatief ziektebegrip

6.1 Ook disfuncties verwijzen naar waarden en betekenissen

In de bespreking van het begrip disfunctie ging het tot nu toe vooral over de objectiviteit ervan. Het is nu van belang ook in te gaan op de vraag of het functie- en disfunctiebegrip waarde vrij is: de andere claim van Wakefield. De stelling die hier verdedigd wordt, luidt precies omgekeerd: een waarde vrij begrip van disfunctie is een illusie en de psychiatrie heeft zo'n waarde vrij ziektebegrip ook niet nodig (zie ook Fulford, 1999; 2000; Sadler, 2002; 2005; [???Geen Zachar 2000 in literatuurlijst (wel 2007). A.u.b. aanvullen.] Zachar, 2000)  noem twee bezwaren, een praktisch en een meer fundamenteel bezwaar.

Het eerste, praktische bezwaar tegen waarde vrijheid is dat het niet zal lukken om in concrete gevallen een definitie van een bepaalde disfunctie te geven die niet impliciet verwijst naar situaties die in het algemeen als wenselijk of onwenselijk worden beschouwd. Dat geldt niet alleen voor mentale disfuncties, maar ook voor biologische. In 3.6 werd als voorbeeld het elektrolyt kalium genoemd, waarvan de normwaarden verwijzen naar situaties die wij als wenselijk of onwenselijk beschouwen. Voor mentale disfuncties geldt hetzelfde: een slecht kortetermijngeheugen duidt op een leven waarin het als *wenselijk* wordt beschouwd om gesprekken van een zekere duur en complexiteit te voeren en waarin het *normaal* wordt gevonden dat mensen weten wat ze zojuist hebben gedaan. Termen als 'wenselijkheid' en 'normaal' wijzen op zaken die wij waarderen. Ze hebben een normatieve lading.

Het tweede, meer fundamentele bezwaar tegen waarde vrijheid kwam in [???is de verwijzing correct?]paragraaf 3.6  sprake toen objectivistische benaderingen van ziekte werden vergeleken met evaluationistische. Ik doel op de vermeende dichotomie tussen feiten en waarden. In zijn poging vol te houden dat disfunctie een 'puur feitelijk wetenschappelijk

concept' is, leunt Wakefield sterk op deze dichotomie. Tornen aan de evolutionaire benadering van functies betekent voor hem tornen aan de enige wetenschappelijke benadering van functies en dus aan de objectiviteit van het ziektebegrip. Maar zo liggen de zaken niet. Wakefield haalt twee dingen door elkaar die uit elkaar gehouden moeten worden, namelijk waardegeladenheid en subjectiviteit. Waarden realiseren zich in de interactie *tussen* mens en omgeving en *tussen* mensen onderling. Ze hebben betrekking op de kwaliteit van relaties. Dingen, planten, dieren en mensen zijn niet los van die relationele kwaliteiten te definiëren. Subjectiviteit daarentegen heeft betrekking op hoe dingen innerlijk worden beleefd. Waarden berusten niet louter op subjectieve voorkeur. Het zijn geen subjectieve inkleuringen van een neutrale, feitelijke en objectieve realiteit. Dat is een mentalistische en subjectivistische voorstelling van zaken, van cartesiaanse origine.

6.2 Naar een open en dynamisch ziektebegrip

Wat betekent dit nu in positieve zin voor het ziektebegrip? Wakefield heeft gelijk dat de psychiatrie zich meer gelegen zou moeten laten liggen aan het begrip disfunctie. De gebrekkige staat van onze kennis mag geen excuus zijn om het ziektebegrip niet te verankeren in disfuncties. Tegelijk is dat nog maar het begin (vergelijk Stein e.a., 2010; voor commentaar vergelijk Verhoeff & Glas, 2010). Andere conceptuele problemen volgen. Ik noem er een paar.

Het functiebegrip is verankerd in de biologie. Het wordt echter ook toegepast op het terrein van de psychologie. Zo hebben we het over denken, spreken, voelen en willen als mentale functies. Maar bedoelen we met 'functie' in beide gevallen hetzelfde? Dat is nog maar de vraag. Is bijvoorbeeld de relatie tussen een functie en dat waarvan de functie een functie is – de 'drager' van de functie – even intrinsiek in de psychologie als in de biologie? Van het hart zeggen we dat het 'er is' 'om te' pompen. Bestaan (drager) en doelgerichtheid (functie) vallen zo ongeveer samen. Maar bestaat er een even intrinsieke relatie tussen denken (functie) en het brein (drager) of tussen zich iets verbeelden (functie) en – zeg – de menselijke persoon (drager)? Kunnen we mentale processen wel op dezelfde manier analyseren als biotische processen, namelijk door ze te bevragen op hun 'om te'-karakter? En als dat niet kan, wat betekent dit dan voor onze opvatting van functies en disfuncties in de psychiatrie? Moeten we de term disfunctie dan toch maar liever reserveren voor de biologie, en voor stoornissen op 'hogere' niveaus neutralere termen als ontregeling of gebrekkige adaptatie gebruiken? Het gaat hier om twee problemen: hoe recht te doen aan de eigenheid van de verschillende

(systeem-) niveaus, en hoe de relatie te definiëren tussen eigenschappen op een bepaald systeemniveau en de dragers van die eigenschappen. Het gaat hier om een diepzinnige kwestie, die aan thema's raakt die buiten het bereik van dit hoofdstuk vallen. Zoveel is duidelijk: er is een onderscheid tussen systeemniveaus, biologie en psychologie kunnen niet over een kam worden geschoren, en het is zinvol uit te zoeken op welke drager een bepaalde systeemeigenschap betrekking heeft.

Ik maak een tweede opmerking. De psychiatrie en meer in het bijzonder de ziekteleer zal pas verder komen als ze voorbij de dichotomie van feiten en waarden, objectiviteit en normativiteit, natuurwetenschap en geesteswetenschap durft te gaan. Dat is moeilijk, maar niet onmogelijk. We kunnen hier denken aan de zogeheten dynamische systeemtheorie (Thompson, 2007; Varela e.a., 1993; Kauffman, 1993) en aan andere systeembenaderingen zoals die van Bunge (Mahner & Bunge, 1997) en Dooyeweerd (1953-1958). In zo'n benadering kunnen ontregelingen op allerlei niveaus worden gelokaliseerd: op moleculair niveau (fysisch), op het niveau van cellen en organen (biologie), van mentale verrichtingen (psychologie), intermenselijke relaties (sociologie, recht), om slechts enkele te noemen. De verschillende soorten ontregelingen kunnen worden gerelateerd aan de context waarin ze optreden en aan het 'wat' of 'wie', waaraan de ontregeling wordt toegeschreven: neuronale circuits (voorbeeld: geheugenproblemen bij depressie die worden toegeschreven aan atrofie van de hippocampus), bepaalde interacties tussen het centrale zenuwstelsel en de periferie (voorbeeld: stressgevoeligheid die wordt toegeschreven aan ontregeling van de hypothalamus-hypofyse-bijnierschors-as), of de persoon zelf (voorbeeld: sociale geremdheid die wordt toegeschreven aan iemands persoonlijkheid). Steeds gaat het om drie zaken: het niveau, de context en de drager waaraan de ontregeling wordt toegeschreven.

Zo'n beschouwing maakt de ziekteleer complex, dynamisch en open. Naast biologische disfuncties omvat dit ziektemodel ook psychische ontregelingen en verstoringen in sociale equilibria. Het model laat het toe dat een structurele ontregeling op een bepaald niveau zich op heel andere niveaus uit. Sterker nog, het laat toe dat zelfs in aanwezigheid van structurele ontregelingen het niet altijd die ontregeling is die ziek maakt. Zo hoeft een erfelijke aanleg tot stemmingsstoornissen (structurele ontregeling) bij iemand met goede copingvaardigheden pas te leiden tot een depressie als er sprake is van een opeenstapeling van stressoren. Het zijn dan de stressoren die ziek maken.

Is er een manier om aan deze complexiteit te ontsnappen? Zou het niet veel gemakkelijker zijn om het ziektebegrip exclusief te verbinden met biologische disfuncties: zonder biologische disfunctie geen ziekte? Psychologische disfuncties en sociale ontregelingen

zouden dan voor het ziektebegrip pas gaan meetellen als ze het gevolg zijn van biologische disfuncties. Deze poging tot ontsnapping is echter gedoemd te mislukken. Niet alleen is van lang niet alle psychische en sociale ontregelingen de biologische ‘basis’ bekend. Het probleem is vooral dat de hele denkwijze op de verkeerde premisse berust, namelijk dat biologische disfuncties los verkrijgbaar zijn – los van hun vervlechting en verwevenheid met hoger geordende fenomenen. Die voorstelling van zaken is een abstractie, de effectieve illusie van de wetenschappelijke bril en vooral van de apparatuur waarmee het brein in beeld wordt gebracht.

Er zit niets anders op dan te proberen telkens weer de knoop te ontwarren en de samenhang van verschijnselen in hun context en tijdsperspectief te bestuderen, in de kliniek en in de wetenschap. Een voorbeeld: iemand heeft een familiale aanleg tot depressie, er overlijdt een geliefde en betrokkene wordt depressief, maar gelukkig heeft de betrokkene leuk en afleidend werk waardoor de depressie nog hanteerbaar blijft, tot de concentratieproblemen zo erg worden dat het werk niet meer lukt. De metafoor van de knoop duidt op het structurele: er zit iets ‘vast’; de normale homeostase is in het ongereede geraakt, er is iets blijvend ontregeld. In het voorbeeld is de structurele ontregeling gelokaliseerd op het niveau van de biologie (een stoornis in de neurotransmissie; een genetisch defect). Maar die ontregeling gaat pas wat zeggen in een bepaalde context (stressoren) en als eigen mogelijkheden tot compensatie (copingvaardigheden) tekortschieten.

Dit is nog een eenvoudig voorbeeld. Er zijn ook voorbeelden waarin de structurele ontregeling juist op het niveau van het omgaan met anderen (relaties) of zichzelf (persoonlijkheid) gezocht moet worden. Iemand heeft een impulscontroleprobleem, maar dat probleem speelt eigenlijk alleen een rol in de partnerrelatie. Het structurele probleem kan in zo’n geval de partnerrelatie zijn en niet de stofwisselingsstoornis in het brein, ook al kan de neurobioloog die aantonen. Er zijn ook combinaties van twee typen structurele ontregeling: denk aan jonge mannen met **ADHD** (op basis van erfelijke aanleg) die door omgang met verkeerde vrienden middelen gaan gebruiken, die zelf weer een negatieve invloed hebben op de planning en organisatie van gedrag. Het sociale milieu is hier, naast de biologische aanleg, een tweede structureel ontregelende en dus ziekmakende factor.

6.3 De waardegeladenheid van het ziektebegrip




Dit hoofdstuk maakt duidelijk dat het niet mogelijk is het domein van de betekenissen en waarden (*harm*) te scheiden van het domein van de objectieve feiten (*dysfunction*). Contra

Wakefield moet worden opgemerkt dat waarden niet los staan van de harde kern van het ziektebegrip. Ze maken er deel van uit (Fulford, 1989). Maar dat is niet erg. Erkenning van het waardeaspect betekent helemaal niet dat het ziektebegrip is overgeleverd aan subjectiviteit en pure willekeur. Wie zo denkt, gaat uit van de onjuiste aanname dat feiten en waarden los van elkaar staan. Als men die aanname loslaat, wordt de discussie niet eenvoudiger, maar wel meer waarheidsgetrouw en spannender. Dan wordt duidelijk dat in plaats van te proberen het waardeaspect uit te sluiten, het reëler en creatiever is om waarden die in het geding zijn te expliciteren en daarover met elkaar de discussie aan te gaan. Het beeld waarmee zo'n discussie getypeerd kan worden is niet dat van drijfzand, maar van een stroom. We worden meegevoerd in de stroom, maar zijn tegelijk in staat richting te kiezen, zo nodig tegen de stroom in. De term stroom staat hier voor de voortgaande discussie onder professionals, beleidsmakers en het grote publiek over doelen en grenzen van de geneeskunde. Die doelen en grenzen veranderen met de toename van inzicht en technische mogelijkheden en worden daarnaast bepaald door de belangen en wensen van alle betrokken actoren.

Literatuur

- APA. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- APA. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth edition, Text revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Blashfield, R.K. (1986). Structural approaches to classification. In Th. Millon, & G.L. Klerman (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology: Toward the DSM-IV* (pp. 363-380). New York/London: The Guilford Press.
- Boorse, C. (1975). On the distinction between disease and illness. *Philosophy and Public Affairs*, 5, 49-68.
- Cummins, R. (1975). Functional analysis. *Journal of Philosophy*, 72, 741-764.
- Dennett, D.C. (1995). *Darwin's dangerous idea: Evolution and the meanings of life*. New York/London: Penguin Books.
- Dennett, D.C. (1998). The Leibnizian paradigm. In D.L. Hull, & M. Ruse (Eds.), *The philosophy of biology*. Oxford/New York: Oxford University Press, pp. 38-51.
- Dooyeweerd, H. (1953-1958). *A new critique of theoretical thought: Vol. I-IV*. Amsterdam, Paris, Philadelphia: Presbyterian & Reformed Publishing Company.
- Fulford, K.W.M. (1989). *Moral theory and medical practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Fulford, K.W.M. (1999). Nine variations and a coda on the theme of an evolutionary definition of dysfunction. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 412-420.
- Fulford, K.W.M. (2000). Teleology without tears: Naturalism, neo-naturalism, and evaluationism in the analysis of function statements in biology (and a bet on the twenty-first century). *Philosophy, Psychiatry, Psychology*, 7, 77-94.

- Fulford, K.W.M., Thornton, T., & Graham G. (2006). *Oxford textbook of philosophy and psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Glas, G. (1991). *Concepten van angst en angststoornissen: Een vakfilosofische en psychiatrische studie*. Lisse/Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Glas, G. (2001). *Angst: Beleving, structuur, macht*. Amsterdam: Boom.
- Glas, G. (2008). Over het psychiatrisch ziektebegrip. In J.A. den Boer, G. Glas, & A.W.M. Mooij (Red.), *Kernproblemen van de psychiatrie* (pp. 328-371). Amsterdam: Boom.
- Gould, S.J., & Lewontin, R. (1979). The spandrels of San Marco and the Panglossian paradigm: A critique of the adaptationist programme. *Proceedings of the Royal Society, B205*, 581-598.
- Gould, S.J., & Vrba, E.S. (1998). Exaptation: a missing term in the science of form. In D.L. Hull, & M. Ruse (Eds.), *The philosophy of biology* (pp. 52-71). Oxford/New York: Oxford University Press.
- Hempel, C.G. (1961). Introduction to problems of taxonomy. In J. Zubin (Ed.), *Field studies in the mental disorders* (pp. 3-22). New York: Grune & Stratton.
- Kauffman, S.A. (1993). *The origins of order: Self-organization and selection in evolution*. Oxford: Oxford University Press.
- Kendell, R.E. (1975). *The role of diagnosis in psychiatry*. Oxford: Blackwell.
- Kendell, R.E. (1988). Priorities for the next decade. In J.E. Mezzich, & M. von Cranach (Eds.), *International classification in psychiatry: Unity and diversity* (pp. 332-340). New York: Cambridge University Press.
- Kupfer, D.J., First, M.B., & Regier, D.A. (Eds.). (2002). *A research agenda for DSM-V*. Washington, DC: American Psychiatric Press Inc.
- Mahner, M., & Bunge, M. (1997). *Foundations of biophilosophy*. Berlin/Heidelberg/New York: Springer.
- Mayr, E. (1988). *Toward a new philosophy of biology: Observations of an evolutionist*. Cambridge/London: Harvard University Press.
- McLaughlin, P. (2001). *What functions explain: Functional explanation and self-reproducing systems*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Menninger, K., Mayman, M., & Pruyser, P. (1963). *The vital balance: The life process in mental health and illness*. New York: Viking Press.
- Murphy, D. (2006). *Psychiatry in the scientific image*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Murphy, D., & Woolfolk, R.L. (2000). Conceptual analysis versus scientific understanding: An assessment of Wakefield's folk psychiatry. *Philosophy, Psychiatry, Psychology, 7*, 271-293.
- Sackett, D.L., Richardson, W.S., Rosenberg, W., & Haynes, R.B. (1997). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM*. NY: Churchill Livingstone.
- Sadler, J.Z. (Ed.). (2002). *Descriptions and prescriptions: Values, mental disorders, and the DSMs*. Baltimore/London: Johns Hopkins University Press.
- Sadler, J.Z. (2005). *Values and psychiatric diagnosis*. Oxford: Oxford University Press.
- Scadding, J.G. (1988). Health and disease: What can medicine do for philosophy? *Journal of medical ethics, 14*, 118-124.
- Sober, E. (1998). Six sayings about adaptationism. In Hull, D.L., & Ruse, M. (Eds.), *The philosophy of biology* (pp. 72-85). Oxford/New York: Oxford University Press.

- Stein, D.J., Phillips, K.A., Bolton, D., Fulford, K.W.M., Sadler, J.Z., Kendler, K.S. (2010). What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DSM-V. *Psychological Medicine*, 40, 1759-1765.
- Stel, J. van der. (2009). *Psychopathologie: Grondslagen, mechanismen, determinanten*. Amsterdam: Boom.
- Szasz, T.S. (1961). *The myth of mental illness*. New York: Hoeber-Harper.
- Thompson, E. (2007). *Mind in life: Biology, phenomenology, and the sciences of life*. Cambridge, MA/London: The Belknap Press of Harvard University Press.
- [[[A.u.b. daar aanvullen, zie paragraaf 4.9.]]]** Thornton (2007). 
- Varela, F.J. Thompson, E., & Rosch, E. (1993). *The embodied mind: Cognitive science and human experience*. Cambridge, London: MIT Press.
- Verhoeff, B., & Glas, G. (2010). The search for dysfunctions. *Psychological Medicine*, 75, 1787-1788.
- Wakefield, J.C. (1992a). Disorder as harmful dysfunction: A conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder. *Psychological Review*, 99, 232-247.
- Wakefield, J.C. (1992b). The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social values. *American Psychologist*, 47, 373-388.
- [[[A.u.b. aanvullen, zie paragraaf 5.2.]]]** Wakefield, J.C. (1999a).
- [[[A.u.b. aanvullen, zie paragraaf 5.2.]]]** Wakefield, J.C. (1999b). 
- Wakefield, J.C. (2000). Spandrels, vestigial organs, and such: Reply to Murphy and Woolfolk's 'The harmful dysfunction analysis of mental disorder'. *Philosophy, Psychiatry, Psychology*, 7, 253-269.
- [[[A.u.b. aanvullen, zie paragraaf 6.1.]]]** Zachar, P. (2000). 
- Zachar, P., & Kendler, K. (2007). Psychiatric disorders: A conceptual taxonomy. *American Journal of Psychiatry*, 164, 557-565.

Registertermen in dit hoofdstuk

		dichotomie objectivisme-normativisme	10, 11, 22
		dimensionele psychopathologie	5, 7
		discrete-entiteitgedachte	7
		dispositie	8
		Dooyeweerd, Herman (1844-1977)	11, 24
		DSM	
		multiaxiale karakter	5
	A		
aanpassingsstoornis			
kritiek op DSM	19		
adaptatiemodel	13		
ADHD			
ziektemodel	25		
angststoornis			
kritiek op DSM	21		
	B		
behavioral inhibition			
terminologie	4		
beschrijvend ziektemodel	8		
biologisch ziektemodel	15		
biologische versus psychiatrische taxonomie	5		
biomedisch ziektemodel	13		
borderline persoonlijkheidsstoornis			
taxonomie	3		
Bunge, Mario Augusto (1919)	24		
	C		
categoriale psychopathologie	5, 7		
causaal proces			
versus fenotypische expressie	8		
causale psychopathologie	8		
cladistiek	4		
classificeren			
versus diagnosticeren	2		
continuümgedachte	6, 7		
continuümmodel	14		
	D		
depressie			
ziektemodel	25		
desorganisatie, niveaus van	6		
diagnosticeren			
versus classificeren	2		
		E	
		eenheid, nosologische	9
		empirisme, Brits	11
		evaluationisme	10
		evaluationistisme	5
		evidence-based medicine	9
		evolutionaire systematiek	
		en cladistiek	4
		F	
		factoranalyse	
		numerieke taxonomie	4
		fenotypische expressie	
		versus causaal proces	8
		H	
		<i>harmful dysfunction, ziekte als</i>	19
		Hempel, Carl G. (1905-1997)	16
		K	
		Kendell, R.E.	6, 12
		pragmatisme	13
		Koch, H. . Robert (1843-1910)	13
		Kraepelin, Emil	9
		Kräupl-Taylor, Frederick (1906-1989)	12
		L	
		Laing	16
		Linnaeus, Carl (1707-1778)	3

M		S	
Menninger, Karl A. (1893-1990)	6, 13	Scheler, Max (1874-1928)	11
		selectionisme	20
N		statistisch ziektemodel	8, 14
neuropsychologie	9	stemmingsstoornis	
neuroticisme		ziektemodel	24
terminologie	4	Sydenham, Thomas (1624-1689)	3
nominalisme	5, 10	systeemtheorie, dynamische	24
Kendell	16	Szasz, Thomas (1920)	13, 16
normativisme	10	T	
nosologie	8	taxonomie	3
ziektemodel	13	numerieke (statistische)	4
nosologische eenheid (definitie)	9	V	
O		verklarend ziektemodel	8
objectivisme	10	W	
objectivistisme	5	waardevrijheid	
oppositionele stoornis		bezwaren tegen	22
kritiek op DSM	19	Wakefield	
P		biologisch nadeel	15
prescriptiemodel	15	Wakefield, Jerome C.	12, 19
R		objectivisme versus evolutionisme	10
realisme	5, 10		

