

“DERGELIJKE DIAGNOSES ZIJN BOERENBEDROG”
ADHD – Vught, 5 februari 2014.

Paul Verhaeghe

September 2009, te gast bij Wim Brands VPRO boeken, naar aanleiding van publicatie “Het einde van de psychotherapie”

Ik kreeg een vraag over ADHD, ODD enzovoort, waarop mijn antwoord luidde dat dergelijke diagnoses boerenbedrog zijn; terzijde: ik ben hoogleraar psychodiagnostiek in Ugent.

Heel veel reacties daarop,

- boze, vooral komende vooral van ouders met kinderen in moeilijkheden
- lovende, komende evenzeer van ouders met kinderen in moeilijkheden

Zoals wel vaker bij emotionele reacties: men reageert op iets wat de ander niet bedoeld heeft, iets wat door die uitspraak geactiveerd wordt

= reactie op eigen angsten, en vooral ook reactie op eigen schuldgevoel.

Doel van mijn uiteenzetting is :

- kritiek op de diagnose van ADHD, en ruimer op de DSM, want die vorm van diagnostiek is idd wetenschappelijke onzin
- effecten van een dergelijke diagnostiek op ouders en kinderen

Mijn uitspraak “dergelijke diagnoses zijn boerenbedrog” betekent niet dat die kinderen geen problemen hebben, wel integendeel.

Kind met diagnose ADHD heel vaak nog een tweede DSM-diagnose en soms zelfs een derde (1 op de 3 ook angststoornis!)

---- dit zijn wel degelijk jongeren en bijgevolg ook ouders met problemen – alleen is het nog maar de vraag of we hen helpen met deze vorm van diagnostiek

Mijn idee daarover is duidelijk neen: dit helpt hen NIET. We moeten ons ervan bewust zijn dat de manier waarop we een probleem definiëren altijd ook de oplossing in zich bevat.

----- indien gedefinieerd als neurobiologische aandoening, dan medische aanpak, ik kom daar straks op terug.

Kinderen en jongeren met ernstige problemen betekent: ouders die met de handen in het haar zitten;

BELANGRIJK: als ouders voelen wij ons altijd SCHULDIG, als er iets verkeerd loopt met onze kinderen;

Dit schuldgevoel wordt nog versterkt vanuit een onderstroom die in de psychiatrie/psychologie schuilt: MOTHER BLAMING , het zal wel weer de schuld van de mama zijn;

Vb grootschalig onderzoek naar kindersterfte begin 1900 in België; besluit: slechte moeders (en niet de abominabele levensomstandigheden)

Vb programma in de UK nu om moeilijkheden met kinderen tegen te gaan “can parent” – begrijp: ze kunnen het niet; ondertss afbouw kinderopvang en sociale huisvesting

= ondraaglijke situatie:

- problemen met je kind,
- klachten vanuit de omgeving (school),
- onduidelijkheid wat er precies aan de hand is,
- onmacht om daar iets aan te doen (= learned helplessness, een van de belangrijkste bronnen van stress)

= wat doe ik verkeerd, hoe komt het dat het bij andere ouders zo makkelijk verloopt?

En dan komt plots de redding: er is eindelijk een woord voor het probleem, er is eindelijk een **benaming** voor wat er aan de hand is

Dit heeft een quasi magisch effect,

- als wij iets kunnen benoemen, dan geeft dit ons de indruk dat we er macht over verwerven, alleen al door de naam;
- omgekeerd, zolang we geen woorden hebben voor iets, hebben we het gevoel machteloos te zijn.

Dit magisch effect van de benaming is des te sterker als het

- 1) vanuit een gevestigde autoriteit komt
- 2) en als het een pragmatische oplossing belooft.

Toegepast op ADHD: benaming komt vanuit medische wereld, in de nasleep van *The decade of the brain*; belooft een pragmatische oplossing via een medicijn.

Allerbelangrijkste bonus, die veel te weinig aandacht krijgt: deze diagnose pleit iedereen vrij:

- geen mother of parent blaming
- het kind kan er ook niks aan doen
- de school treft geen schuld

Dit is zonder twijfel een van de belangrijkste redenen van het succes van deze diagnose: het wegwerken van de schuldvraag bij alle belanghebbende partijen. Het is een ziekte, het is bovendien een hersenziekte, punt uit.

Wordt nog versterkt door het succes van de farmacologische behandeling, waarvan de resultaten bovendien *evidence based* zijn. Ook al een nieuw toverwoord.

Even nakijken wat er daarvan klopt.

Heel belangrijke studie ivm behandeling Multimodal Treatment Study, gaat van start in 1999

multi – modaal, dwz vier verschillende groepen:

- enkel medicatie
- psychotherapie
- psychotherapie en medicatie
- standard community care (bijna steeds medicatie)

Resultaat na 14 maand: medicatie, en combinatie medicatie/psychotherapie komen er het beste uit, met slechts een gering verschil voor de combinatie

Besluit: medicatie werkt het best, is evidence based, artikel wordt massaal verspreid door farmaceutische industrie

MAAR

Follow-up op drie jaar later:

- positieve resultaten van de groep met enkel medicatie,
- resultaten bij groep enkel psychotherapie zijn behouden;
- de groep die medicatie is blijven gebruiken, hebben slechtere resultaten, en bovendien duidelijke neveneffecten: ze zijn kleiner, wegen minder en vertonen veel meer gedragsproblemen.

Het correcte besluit luidt dus:

- drie jaar later zijn de positieve resultaten van medicatie verdwenen,
- die van psychotherapie blijven behouden;
- langdurig medicatiegebruik leidt bovendien tot ernstige neveneffecten.

Deze studie wordt pas acht jaar later gepubliceerd, en krijgt aanvankelijk nauwelijks aandacht...

Ondertussen is de aandacht daarvoor aan het veranderen (deze studiedag is daar trouwens een illustratie van);

zowel vanuit medische hoek als vanuit ouderorganisaties komen er nieuwe geluiden die een duidelijke koerswijziging laten zien. Twee recente voorbeelden uit Vlaanderen:

- college van Vlaamse verzekeringsgeneesheren trok op 15 januari heel hard aan de alarmbel en gaven de volgende verrassende boodschap
 1. het aantal voorschriften voor rilatine is dubbel zo hoog als we kunnen verwachten op grond van epidemiologische cijfers
 2. de werkzaamheid van rilatine is betwifelbaar, ik citeer

*De gangbare klinische praktijk om methylfenidaat jarenlang toe te dienen bij kinderen met ADHD staat in contrast met de korte termijn waarop dit product meestal **onderzocht is** in placebo-gecontroleerd onderzoek (in de meeste*

studies tussen 3 weken en 3 maanden). Methylfenidaat vermindert de hyperactiviteit, maar over het effect op de aandacht zijn de resultaten niet eenduidig. Ook wat het effect op de levenskwaliteit betreft, zijn de resultaten tegenstrijdig. Er is geen substantiële verbetering van de schoolprestaties aangetoond.

- Veel studies scoren laag op het vlak van methodologische kwaliteit en er zijn aanwijzingen voor publicatiebias.

Voor alle duidelijkheid: dit is de conclusie van artsen, niet van psychologen. Als besluit houden zij een duidelijk pleidooi voor een ruimere psychosociale aanpak van de problemen bij kinderen en voor zo weinig mogelijk gebruik van medicatie

- Ria Van den Heuvel, directrice van de oudervereniging in Vlaanderen "Zit Stil" zegt in De Standaard van 24 januari II:

"Of ADHD als een stoornis zal worden ervaren, heeft ook te maken met de omgeving waarin het kind opgroeit. Daarom zijn oudertrainingen belangrijk"

als vereniging willen ze vanaf nu vooral ijveren voor de terugbetaling via de ziekteverzekering van alle niet-medicamenteuze behandelingen.

Boodschap is duidelijk, zowel van artsen als oudervereniging: we moeten op een andere manier nadenken over de problemen van onze kinderen en over de oplossingen.

DAARTEGENOVER

Vanuit Amerikaanse hoek, de DSM-hoek, blijven de geluiden in dezelfde richting gaan: uitspraak van de Amerikaanse directeur van de Amerikaanse National Institute for Mental Health, in een recente TED lecture: mentale problemen zijn hersenstoornissen

Vragen:

Wat weten we op grond van wetenschappelijk onderzoek over diagnostiek en behandeling van wat als ADHD benoemd wordt?

WETENSCHAPPELIJKE BEWIJSVOERING?

Ernstige verwarring! ik kan twee lezingen geven:

- één waarin ik het publiek ervan overtuig dat ADHD een hersenaandoening is, met een genetische basis, waarvan we de neurobiologische mechanismen kennen en waarop we kunnen ingrijpen met medicijnen
- één waarin ik het tegenovergestelde aantoon

alle twee gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek, dwz met als criterium: gepubliceerd in A1 journals

Resultaat: iedereen in de war, mogelijkheid om selectief te citeren, opdeling in believers en non-believers ---- toch wel gekke termen voor wetenschappelijke gegevens!

Wat is volgens mij de belangrijkste verklaring voor deze tegenstrijdige conclusies?

Heel eenvoudig: de diagnose is niet betrouwbaar, je kan geen identieke groepen samenstellen, dus men onderzoekt niet hetzelfde...

- "betrouwbaar": dwz patiënt krijgt bij verschillende diagnostici, met verschillende methode dezelfde diagnose

daardoor wordt onderzoek ook betrouwbaar, want iedereen onderzoekt hetzelfde.

Omgekeerd: niet betrouwbaar, dan onderzoek je *andere* dingen in de veronderstelling dat ze toch hetzelfde zijn.

Even stilstaan bij ADHD diagnose, om aan te tonen hoe weinig betrouwbaar ze is

Geschiedenis van de diagnose toont telkens een **uitbreiding**:

- gebeurt op grond van een Amerikaans handboek, de DSM
- bij elke heruitgave van de DSM komt er een spectaculair aantal nieuwe stoornissen bij, en worden de criteria op grond waarvan iemand de diagnose krijgt, wordt hoe langer hoe breder, met als gevolg telkens een sterke stijging van het aantal gediagnosticeerde kinderen én van het aantal medicatievoorschriften.

Bovendien: de diagnostische criteria zijn zogenaamd **objectief kwantitatief**, maar dat is idd slechts zogenaamd objectief

----- in geval van ADHD: bij elk criterium staat het woordje "often", vaak

1. Slaagt er vaak
2. Heeft vaak moeite
3. Lijkt vaak
4. Volgt vaak
5. Vermijdt vaak,
6. raakt vaak)
7. Wordt vaak
8. Is vaak

– hoe vaak moet het kenmerk optreden vooraleer het aangevinkt kan worden?

Daarnaast ook nog andere, even vage kwantifactoren: easily, quietly, excessively;

ADHD is een **hybride diagnose**, combineert aandacht en activiteit; er is niet zo onmiddellijk een intrinsieke reden voor die combinatie, wel een extrinsieke – zijnde een SOCIALE en NORMATIEVE reden – ook daar kom ik later op terug.

Het is een hybride diagnose die opgedrongen wordt vanuit een dominant Amerikaans model, zijnde de DSM; de betrouwbaarheid daarvan is onaanvaardbaar laag (Kappa's zijn kunstmatig opgetrokken!)

Daartegenover staat de ICD (diagnostisch handboek van de WHO), die bijvoorbeeld in de UK gebruikt wordt, en dan moeten we plots een toch wel heel merkwaardige vaststelling maken

- ICD spreekt over HD (hyperkinetic disorder), en gebruikt strengere diagnostische voorwaarden
- DSM spreekt over ADHD, en gaat veel breder

Concreet: als je ICD gebruikt, **dan krijg je letterlijk de helft minder diagnoses**; 1 – 2% tegenover 6 tot 7 %

Begrijp: afhankelijk van het diagnostisch handboek dat de arts gebruikt, krijgt uw kind medicatie of niet ??!! Beide handboeken zijn even sterk (zwak) wetenschappelijk onderbouwd; de DSM wordt het meest gebruikt

Besluit:

- enorm probleem met de definiëring/afbakening, wat is ADHD eigenlijk?
- mijn besluit: huidige ADHD–diagnostiek is een arbitraire afbakening binnen een veel ruimere groep van problemen die kinderen vandaag hebben;

bijgevolg zeer weinig betrouwbaar als diagnose, bijgevolg enorm probleem voor onderzoek ---- men onderzoekt niet hetzelfde, een groep kinderen met ADHD vertonen onderling veel meer verschillen dan overeenkomsten

weerspiegelt zich in de epidemiologische cijfers: van 0,5 tot 26 percent van LO kinderen

----- geen wonder dat de onderzoeksresultaten elkaar tegenspreken!

Wat zijn die onderzoeksbevindingen?

Eerste belangrijke vraag: WAT gaat men onderzoeken? Dat is een keuze die vooraf gemaakt wordt, en die natuurlijk niet neutraal is --- herinner u: de manier waarop we het probleem definiëren, bepaalt meteen het denken over de oplossing

- in de VS nagenoeg uitsluitend breinonderzoek,
- in de UK meer accent op omgeving: sociale klasse, opvoeding, prestatiedruk, stress, life events; dit krijgt veel minder aandacht, de tijdschriften zijn Amerikaans

Resultaten zijn serieus verschillend

- VS: neurobiologisch
- UK: omgevingsfactoren; heel sterke correlatie met sociale ongelijkheid – kinderen uit sociaal achtergestelde omgeving hebben veel grotere kans op diagnoses, met als uitschieters Conduct Disorder, ODD en HD

Resultaten van het neurobiologisch onderzoek?

----- nakijken via onafhankelijke review studies (dus NIET gesponsord door de farmaceutische industrie: we vinden niks

Review studies 2009:

- geen biologisch deficit,
- geen genetische grond
- meer nog: hoe meer onderzoek, des te vager de resultaten worden

Bovendien: waar men dan wel iets vindt, zijn er alternatieve verklaringen; het meest opvallende alternatief besluit is dat een gewijzigd hersenbeeld (via fMRI) toe te schrijven is aan het langdurig medicatiegebruik (en niet aan ADHD), want dit gewijzigd beeld doet denken aan de hersenen van druggebruikers....

Inzake behandeling: daarstraks al vermeld: de conclusies van onderzoek naar lange termijn effecten van medicatie zijn absoluut niet geruststellend

- staat in schril contrast tot de pseudowetenschappelijke reclame;

terzijde: wetenschappelijke bewijsvoering over de werkzaamheid van methylfenidaat is in hetzelfde bedje ziek als anti-depressiva: de negatieve klinische trials worden achter gehouden

Resultaten van het omgevingsonderzoek?

----- duidelijke correlatie met psychosociale factoren, gaande van armoede, huisvesting, omgeving, gezin

----- biedt een complex beeld, dat kind per kind anders kan liggen

CORRECTE BESLUIT:

- Er zijn een groeiende groep kinderen en jongeren met een mix van problemen, die we diagnostisch niet goed kunnen afbakenen en waar meerdere oorzaken aan de grondslag van moeten liggen;
- er is een overduidelijke en massale belangenvermenging tussen onderzoek, behandeling en farmaceutische industrie, op grond waarvan er systematisch een verkeerd beeld voorgehouden

- Ernstige kloof tussen onafhankelijke objectieve wetenschappelijke informatie (die zeldzaam is!) en de informatie verstrekt vanuit de farmaceutische industrie
- de laatste is enorm in omvang, bereikt iedereen (leken en artsen), stuurt zelfs de diagnostiek, want de task forces van de DSM zijn uitdrukkelijk financieel gelieerd aan die sector.

Nu aandacht voor die vorm van diagnostiek:

DSM DIAGNOSTIEK

Bij wijze van inleiding: Thomas Kuhn en zijn paradigmatheorie (1970).

Wanneer een bepaalde wetenschappelijke theorie en bijbehorende praktijk overtuigende resultaten geboekt heeft én aansluit bij de tijdsgeest, wordt dit voor zo ongeveer iedereen de 'normaalwetenschap' en meteen ook de norm.

Alles wat haar tegenspreekt, wordt beschouwd hetzij als een fout van de wetenschapper, hetzij als een verwaarloosbare uitzondering.

Pas wanneer er teveel contradicties optreden wordt die normaalwetenschap in vraag gesteld.

Dat de kracht van een paradigma zeer ver gaat, mag blijken uit de geschiedenis van Ignaz Semmelweis (1818 – 1865).

- Als arts in Wenen werd hij getroffen door de hoge mortaliteit van vrouwen na hun bevalling in het ziekenhuis: maar liefst één op de vier stierf.
- Hij stelde vast dat de mortaliteit nog beduidend hoger lag wanneer artsen bij wijze van spreken rechtstreeks van de autopsiekamer kwamen, waar ze een overleden moeder hadden onderzocht. Vandaar zijn hypothese: deze artsen brengen iets – hijzelf noemde het 'lijkstof' – van de overledene op de gezonde vrouw over, waardoor deze laatste eveneens ziek werd.
- Als voorzorgsmaatregel verplichtte Semmelweis zijn assistenten hun handen grondig schoon te schrobben, liefst met bleekwater (!). Het sterftecijfer daalde al snel onder de één procent ... en Semmelweis werd ontslagen, de man hield er een depressie aan over.

= Zijn aanpak kreeg geen gehoor, omdat die nu eenmaal indruiste tegen het toen heersende paradigma, dat ziektes voortkomen uit kwalijke luchten, de zogenaamde miasmatheorie. Het was nog een halve eeuw wachten tot het werk van de Franse bacterioloog Louis Pasteur voor een ander paradigma zou zorgen, met virussen en bacteriën als ziekteverwekkers.

Het paradigma dat vandaag in de medische wetenschap de overhand heeft, kunnen we benoemen als het 'stofjes' model.

= Elke ziekte heeft als oorzaak een tekort of een teveel aan een bepaalde stof – waarbij behandeling (het toedienen van andere stofjes, desnoods antistof) die oorzaak zal wegnemen.

Heeft voor enorme vooruitgang gezorgd in de somatische geneeskunde

---- als paradigma massaal verspreid door farmaceutische industrie: waarbij het stofjesmodel uitgedrukt wordt in termen van 'chemical imbalances'.

Geldt OOK voor mentale problemen: oorzaak ligt in het lichaam

Ongemerkt herdefiniëring, via de vage term **disorder**, stoornis. Veel van de probleemsituaties zijn psychosociaal van aard, denk maar aan mensen die onder de werkdruk bezwijken, kinderen die niet meer gehoorzamen, agressie in het verkeer.

Mochten deze moeilijkheden benoemd worden als een **ziekte**, dan zouden heel wat mensen daar de nodige kritische vragen bij stellen.

Via de neutrale term 'disorder' vermijdt men die kritische reactie, terwijl de invulling van 'disorder' gaandeweg steeds meer medisch wordt. En ziektes behandel je uiteraard met medicatie.

Aansluitend bij deze redenering gebeurt er nog een heel vreemd iets:

- gedragingen worden herbenoemd tot symptomen
- vervolgens worden die symptomen een zogenaamde 'stoornis' (ziekte?) **die verklaart waarom iemand die symptomen vertoont.**

Klinkt gek en onbegrijpelijk, en dat is het ook. Dit bevat een circulaire redenering die gecamoufleerd wordt door het gebruik van afkortingen.

Even een fictief voorbeeld om dit duidelijk te maken:

iemand die last heeft van de *symptomen* hoge koorts (HK) en veel zweten (VZ) diagnosticeren we in dit model als iemand die aan de *ziekte* HKVZ lijdt. Vervolgens stellen we dat die arme man toch zoveel last heeft van koorts en zweten, *omdat* hij aan HKVZ lijdt.

Net zoals iemand te weinig aandacht heeft (AD) en te druk is (HD) *omdat* hij ADHD heeft.

Anders gesteld: het gebruik van DSM-diagnoses leidt tot cirkelredeneringen die alleen een illusie van een medisch-wetenschappelijke verklaring bieden. de beschrijving wordt voorgesteld als de oorzaak van wat er beschreven wordt, en het gebruik van afkortingen maakt dat quasi onzichtbaar.

Voorbeelden:

- 'ADHD leidt tot aandachtstekort bij leerlingen tijdens de les
- 'Een bipolaire stoornis leidt tot sterk wisselende stemmingen'

De illusie die daarin heel krachtig meegegeven wordt is dat dit duidelijk gedefinieerde ziektes zijn, met een neurobiologische basis die we zo ongeveer wel kennen, en waarvoor een doeltreffende behandeling voorhanden is.

Dit is volledig een effect van een paradigmatische overtuiging, in de wetenschappelijke werkelijkheid is er daar nauwelijks bewijs voor.

Beiden (kracht van de overtuiging en gebrek aan bewijs) blijken uit de volgende paradoxale boodschap komende van de gezaghebbende *American Psychiatric Association*:

['Er vallen] geen pathologische laesies te onderscheiden [...] die als betrouwbare of voorspelbare aanduidingen zouden kunnen dienen voor een mentale stoornis. [...] uiteindelijk zal aangetoond worden dat mentale stoornissen niets anders zijn dan stoornissen van intercellulaire communicaties of onderbroken neurale circuits' (APA 2003).

Vandaar ook de kritiek op de DSM 5.0 diagnoses volgens de British Psychological Association

'Dergelijke diagnostische systemen beantwoorden niet aan de criteria voor echte medische diagnoses. Ze duiden wel degelijk storende of gestoorde mensen aan, maar beantwoorden niet aan de criteria voor een categorisatie zoals vereist binnen het medische of wetenschappelijke veld (met slechts een paar uitzonderingen, zoals dementia)' (BSP, 2011).

heel wat van de zogenaamde 'stoornissen' kunnen correcter benoemd worden:

- als psychosociale moeilijkheden
- soms simpelweg als normale menselijke affecten (rouw)
- of als sociaal afwijkend gedrag.

Even terug in herinnering brengen: de manier waarop we een probleem definiëren, zal meteen de oplossing bepalen. Verschillende mogelijkheden:

- sociaal afwijkend gedrag benoemd als zonde, dan is de oplossing biecht en penitentie, desnoods de hel, met de brandstapel als versneld opstapje.
- sociaal afwijkend gedrag benoemd als een neurobiologische, psychiatrische stoornis, dan zijn medicijnen de oplossing
- sociaal afwijkend gedrag benoemd als sociaal afwijkend gedrag, dan is oplossing disciplineren – *waarbij er noodzakelijkerwijs een discussie moet komen over wat er sociaal afwijkend is en wat niet*

Voorbeeld van dit laatste, dicht bij huidige ADHD: 'Struwwelpeter', 19^e eeuw, gebaseerd op verhaal van Heinrich Hoffmann; dit werd HET cultuurmodel van de stoute jongen die voor galg en rad dreigt op te groeien, waarmee kinderen (en ouders!) bang gemaakt werden. De hulp daarvoor was moraliserend-pedagogisch.

Vandaag hebben we jongens met ODD en/of ADHD die zich moeten gedragen, stil moeten zitten, opletten en die daarvoor medicijnen krijgen.

Wat oorspronkelijk een moreel-pedagogisch probleem was, is tegenwoordig een medische aandoening, een 'brain disorder'.

==== belangrijk verschil: waar **disciplineren** in het Struwwelpeter-model open en bloot en als dusdanig aangeprezen werd, ligt dit nu verborgen onder een pseudo-medisch model en wordt dit uitgeoefend via pillen.

Als een maatschappij een disciplineren uitoefent via het gebruik van ziekte-labels en het toedienen van psychofarmaca, dan wordt een debat over sociale normen, over disciplineren, onmogelijk gemaakt.

Dit brengt ons bij een nieuwe vraag: *Is er vandaag een overmedicalisering van psychosociale problemen?*

Bij wijze van voorbeeld geef ik de beschrijving van één van de meest gestelde stoornissen bij kinderen, zijnde conduct disorder of gedragsstoornis:

Een zich herhalend en aanhoudend gedragspatroon waarbij de grondrechten van anderen of belangrijke bij de leeftijd horende sociale normen of regels worden overtreden, zoals blijkt uit de aanwezigheid gedurende de laatste twaalf maanden van drie (of meer) van de volgende criteria, met tenminste de laatste zes maanden één criterium aanwezig

Vergis u niet: dit is een PSYCHIATRISCHE STOORNIS, met op de achtergrond het idee van ziekte en dus van medicijnen.

Stijging conduct disorders: van 6,8 % (1975) naar 14,9 % (2000)

Zijn er nog andere zogenaamde ziektebeelden die veeleer psychosociale problemen aanduiden dan eigenlijke psychiatrie?

Ipv ze op te sommen, verwijs ik andermaal naar kritiek van de *British Psychological Society* op de voorpublicatie van de DSM 5.0 (zie ook hoger):

'De vermeende diagnoses gepresenteerd in DSM 5.0 zijn hoofdzakelijk gebaseerd op sociale normen, met 'symptomen' die berusten op subjectieve oordelen, met weinig bevestigende fysieke 'tekens' of evidentie van biologische oorzaken. De criteria zijn niet waardenvrij, maar reflecteren veeleer de huidige normatieve sociale verwachtingen. (...) We maken ons zorgen dat (diagnostische) systemen zoals deze gebaseerd zijn op het identificeren van problemen bij individuen. Dit gaat voorbij aan de relationele context en de onvermijdelijke sociale oorzaken van veel van deze problemen.'

Dit staat in schril contrast tot de reeds vermelde boodschap in een TEDx lecture gegeven door de directeur van de Amerikaanse National Institute for Mental health research, begin vorig jaar: het is verkeerd om "mental illness" te beschouwen als "a mental or behavioral disorder". Integendeel: "We need to think of these as brain disorders".

Daartegenover de opvatting van de WHO:

Mental health is produced socially: the presence or absence of mental health is above all a social indicator and therefore requires social, as well as individual solutions (...)."

Helaas heeft de WHO heel erg weinig invloed, en wordt de psychiatrie gedomineerd door de Amerikaanse lobby, waarbij DSM en de farmaceutische industrie twee handen op één buik zijn. (Ter info: de ICD is van de WHO).

Weer even erop wijzen dat de manier waarop we een probleem definiëren, ook het soort oplossing gaat bepalen. Hoe zit dat met de DSM-diagnostiek?

De rationale van deze diagnostiek is niet zo moeilijk te achterhalen. Elk DSM-label bevat drie lagen: een psychologische, een sociale en een medische.

- Het psychologische aspect is de zichtbare buitenkant. Diagnostische criteria beschrijven mentale en gedragsmatige kenmerken zoals 'lijkt vaak niet te luisteren' of 'affectief instabiel'.
- Het sociale aspect is meer verborgen, merkwaardig genoeg onder het meest gebruikte woord in dit handboek: het woord 'te' in alle denkbare varianten. Zo bevat de omschrijving van de borderline persoonlijkheidsstoornis een tiental te's. Te veel kenmerk zus of te weinig gedrag zo. Begrijp: te veel of te weinig in functie van een impliciete sociale norm. Precies dat impliciete karakter (de diagnosticus moet dit zelf inschatten, er zijn geen objectieve maatstaven voor) toont hoe de norm op sociale conventies berust.
- Het derde aspect, het medische, is niet veel meer dan een dwingende aanname gebaseerd op het ziektemodel, ondanks het ontbreken van overtuigend wetenschappelijk bewijs.

Samengevat: op basis van een stilzwijgende aanname dat de oorzaak organisch is, komt een psychologisch of gedragsmatig kenmerk te veel of te weinig voor, met als maatstaf de sociale conventie.

Een dergelijke diagnostiek heeft dan ook een duidelijk effect op het therapeutische doel.

- Het te veel moet minder.
- En het te weinig moet meer.

Genezing betekent dat de patiënt opnieuw beantwoordt aan de sociale norm. Bijgevolg is het doel van de behandeling niet een medische genezing, wel het terug conform maken van de patiënt aan een steeds tijd- en plaatsgebonden maatschappelijke conventie.

Bij wijze van besluit:

Wat is er daar verkeerd in? Niet het disciplineringsaspect op zich. Wel het feit dat dit gebeurt in naam van een verondersteld ziektebeeld, en via zogenaamde behandelingen die **verborgen** disciplineringen zijn.

Dit moet opnieuw als dusdanig benoemd worden, waarna we inderdaad een moreel debat kunnen voeren: willen we dit of niet? Wat zegt dit over onze maatschappij? Over ons?

Verdere informatie op:

<http://paulverhaeghe.psychoanalysis.be>

Downloadbare artikels (van die website) verwant aan deze lezing:

<http://paulverhaeghe.psychoanalysis.be/artikels/Paul%20Verhaeghe%20-%20Medicalisering.pdf>

<http://www.psychoanalysis.ugent.be/pages/nl/artikels/artikels%20Paul%20Verhaeghe/Zijn%20we%20gelukkig.pdf>