

Een analyse van het *Research Domain Criteria* (RDoC) project  
Over de normatieve kaders en de aard van psychiatrische stoornissen

*Scriptie ter verkrijging van de graad "Master of arts" in de filosofie*

*Radboud Universiteit Nijmegen*

Naam: V. F. J. Glas

Studentnummer: 4400461

Naam begeleider: prof. dr. J.A.M. Bransen

Opleiding: Wijsbegeerte van een bepaald wetenschapsgebied

Aantal woorden: 15830

Datum: 29 maart 2017

**Radboud Universiteit**



Hierbij verklaar en verzeker ik, Roanne Glas, dat deze scriptie zelfstandig door mij is opgesteld, dat geen andere bronnen en hulpmiddelen zijn gebruikt dan die door mij zijn vermeld en dat de passages in het werk waarvan de woordelijke inhoud of betekenis uit andere werken – ook elektronische media – is genomen door bronvermelding als ontlening kenbaar gemaakt worden.

Plaats: Amsterdam

Datum: 29 maart 2017

## Samenvatting

De kritiek op de *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (DSM) is met name gericht op de validiteit van classificatie. Het *Research Domain Criteria* (RDoC) project wil daarom vernieuwing in de psychiatrie door het empirisch onderzoek te herstructureren. Er zal onderzocht worden in hoeverre RDoC dit validiteitsprobleem kan oplossen. Aan de hand van twee uitdagingen voor de psychiatrie, namelijk een normatieve (wat is normaal?) en een metafysische (wat voor soorten zijn stoornissen?), worden de conceptuele kaders van RDoC geanalyseerd. Ondanks de brede opzet hanteert RDoC een enge opvatting van stoornissen. Door gebruik te maken van het idee van ‘tweede natuur’ van McDowell wordt betoogd dat de legitimatie van de psychiatrie alleen gevonden kan worden middels een epistemisch pluralisme.

# Inhoudsopgave

Titelpagina	1
Samenvatting	3
Inhoudsopgave	4
Inleiding	5
Hoofdstuk 1 – De huidige stand van zaken	8
1.1 De ontwikkeling van een classificatiesysteem	8
1.2 De DSM: geslaagd of niet?	10
1.3 De komst van RDoC	13
Conclusie	14
Hoofdstuk 2 – Het Research Domain Criteria (RDoC) project	15
2.1 Wat is RDoC?	15
2.2 Validiteit in de psychiatrie	16
Conclusie	17
Hoofdstuk 3 – De aard van stoornissen	18
3.1 De stoornis als een sociaal construct	18
3.2 De stoornis als een pragmatisch construct	19
3.3 Nominalisme en realisme	19
3.4 De stoornis als een natuurlijke soort	20
3.5 De stoornis als een natuurlijke essentie	20
3.6 RDoC: Natuurlijke soorten of essenties?	21
Conclusie	22
Hoofdstuk 4 – Een nadere analyse van RDoC	24
4.1 Evaluatie en interpretatie in de wetenschap	24
4.2 Normativiteit en conceptuele validiteit	25
4.3 Normativiteit en omgeving	27
4.4 Echte stoornissen	28
Conclusie	30
Hoofdstuk 5 – Wat is een stoornis? Naar een epistemisch pluralisme	31
5.1 McDowell's idee van de tweede natuur	31
5.2 Epistemisch pluralisme	35
5.3 Wie is de psychiater?	37
Conclusie	39
Conclusie	41
Bibliografie	44

## Inleiding

Op 18 mei 2013 werd de nieuwste versie van het *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (DSM) door de *American Psychiatric Association* (APA) gepubliceerd. Ondanks de status van de DSM als leidend handboek binnen de psychiatrie, bleek al voor de publicatie dat ook deze vijfde versie niet aan de -hoge- verwachtingen van velen voldeed. Opvallend genoeg uitte het grootste onderzoeksinstituut op het gebied van psychiatrische stoornissen, het *National Institute of Mental Health* (NIMH), enkele weken voor de publicatie stevige kritiek op de DSM-V. Thomas Insel, toenmalig directeur van het NIMH en van oorsprong neurowetenschapper, kondigt in een *blog* aan een nieuwe weg te willen inslaan middels het *Research Domain Project* (RDoC).<sup>1</sup> Na meer dan een decennia werk aan de DSM vermeldt het grootste onderzoeksinstituut op dit gebied dat zij af willen van de DSM-categorieën. De zwakte van de DSM, volgens Insel, is de lage validiteit van de categorieën.<sup>2</sup> Comorbiditeit tussen de DSM-categorieën komt veel voor, en dit kan erop wijzen dat de overlappende categorieën onvoldoende heterogene verschijnselen zijn.<sup>3</sup> Het NIMH stelt daarnaast dat de DSM te weinig kennis uit de genetica en neurowetenschappen integreert in het classificatiesysteem.<sup>4</sup> Volgens Insel zijn de categorieën van de DSM dan ook te veel gebaseerd op zichtbare symptomen en teveel het resultaat van besluitvorming door consensus onder klinici en wetenschappers. Volgens Insel leidt dit tot een onbetrouwbaar systeem voor de classificatie van stoornissen. In de rest van de geneeskunde is men het er over eens dat een indicatie voor een behandeling gebaseerd op zichtbare symptomen onverantwoord is, aldus Insel. Zo is koorts, een zichtbaar symptoom, doorgaans niet leidend voor de keuze van een behandeling. Echter in de psychiatrie is een indicatie op basis van enkel zichtbare symptomen wel acceptabel, volgens Insel.<sup>5</sup> Het NIMH wil af van de DSM-categorieën en de basis leggen voor de volgende stap in de psychiatrie.

Om deze reden start het NIMH in april 2013 met het *Research Domain Criteria* (RDoC) project. RDoC is in de eerste plaats gericht op het fundamenteel herstructureren van het wetenschappelijk onderzoek, aan de hand van een onderzoeksmatrix. De onderzoeksmatrix is een tabel waarbij de rijen verschillende cognitieve domeinen, en de kolommen verschillende methoden van onderzoek voorstellen. Verschillende methoden van onderzoek zijn bijvoorbeeld gedragsobservaties en zelfrapportage, maar ook meer neurobiologische componenten zoals informatie over genen en hersencircuits. RDoC probeert zo de DSM-categorieën los te laten en een nieuw systeem in te richten.

---

<sup>1</sup> Insel (2013).

<sup>2</sup> Insel (2013); Walter (2013), p. 4.

<sup>3</sup> Phillips et al. (2012), p. 2.

<sup>4</sup> Insel et al. (2010), p. 748.

<sup>5</sup> Insel (2013).

RDoC lijkt dit te doen aan de hand van een breed en pluralistisch systeem waarin er aandacht is voor alle niveaus waarop een stoornis zich zou kunnen manifesteren.

RDoC is vernieuwend, omdat het een project is dat de kaders van de DSM loslaat. Het is echter de vraag of RDoC de problemen die kenmerkend zijn voor de DSM wel kan verhelpen. In deze scriptie richt ik mij daarom op de vraag in hoeverre RDoC in staat is het validiteitsprobleem van de psychiatrie op te lossen. RDoC stelt dat het project in eerste instantie erop is gericht om het onderzoek te hervormen. Volgens deze inzet van het project zijn de claims van RDoC empirisch en te beschouwen als een onderzoeksprogramma. Ik zal betogen dat RDoC echter verder gaat dan het formuleren van een strategie voor de wetenschap. Zo stelt Insel dat de term ‘mentale stoornis’ op den duur vervangen zal worden door de term ‘stoornissen in de hersencircuits’.<sup>6</sup> RDoC beperkt zich niet tot het domein van de empirische wetenschap, maar maakt ook metafysische assumpties. De filosofie, die zich bezighoudt met het geheel, wordt zo vermengd met vakwetenschap, dat zich bezighoudt met aspecten van het geheel. Daarnaast moet de invloed van het NIMH op de ontwikkeling van de psychiatrische wetenschap niet onderschat worden, zoals John Markowitz, professor klinische psychiatrie en onderzoeker, onlangs betoogde in de *New York Times*.<sup>7</sup> Markowitz stelt dat onderzoek van collega’s tegenwoordig steeds vaker door het NIMH wordt afgewezen, omdat het onderzoek inhoudelijke ‘*neurosignatures*’ mist. Het gevolg is dat subsidie voor klinisch onderzoek, of andere onderzoeksgebieden, nauwelijks beschikbaar is.

In hoofdstuk 1 zal ik eerst de huidige situatie in de psychiatrie schetsen om vervolgens in hoofdstuk 2 het validiteitsprobleem, zoals RDoC dit formuleert, toe te lichten. In hoofdstuk 3 zal ik verschillende manieren om te denken over de aard van stoornissen uiteenzetten, om vervolgens RDoC te kunnen positioneren. Ik zal betogen dat RDoC in werkelijkheid een systeem introduceert waarin er wordt toegewerkt naar een te eng en essentialistisch concept van stoornissen. Vervolgens ga ik in op twee uitdagingen voor de psychiatrie.<sup>8</sup> De ene normatieve uitdaging omvat de vraag naar wat normaal is en wat niet en zal besproken worden in hoofdstuk 4. In hoofdstuk 5 komt de tweede uitdaging voor de psychiatrie aanbod. Deze uitdaging is metafysisch, en omvat de vraag naar wat voor soorten stoornissen zijn. De metafysische assumpties van RDoC veroorzaken problemen op het gebied van normativiteit en het gebruik van het begrip ‘stoornis’ in de klinische context. Aan de hand van het idee van de tweede natuur van de filosoof McDowell toon ik dat psychiatrische stoornissen zich manifesteren als een disfunctie van de ervaring, die niet alleen in oorzaak-gevolg relaties geduid kunnen worden. Daarnaast spelen maatschappelijke, individuele en sociale factoren een rol in de ontwikkeling van (het begrip van) een disfunctie. Deze aspecten zorgen ervoor dat de term ‘stoornis’ in de wetenschappelijke context verschilt van het gebruik van de term ‘stoornis’ in de klinische

---

<sup>6</sup> Insel et al. (2010), p. 749; Insel & Cuthbert (2015), p. 500.

<sup>7</sup> Markowitz (2016), geraadpleegd op <http://nyti.ms/2e5ahlo>.

<sup>8</sup> Murphy (2015), p. 60-61.

context, en met dit verschil houdt RDoC weinig rekening. Ik besluit door te stellen dat RDoC als wetenschappelijk model bruikbaar is. Echter, om een wetenschappelijk model te zijn moet RDoC minstens één van haar drie assumpties, namelijk ‘stoornissen zijn verstoringen op neuronaal niveau’, laten vallen. Voor de klinische context is deze benadering van stoornissen immers te eenzijdig en abstract.

# Hoofdstuk 1 – De huidige stand van zaken

## 1.1 De ontwikkeling van een classificatiesysteem

Alhoewel de waanzinnigen al veel eerder worden beschreven in de literatuur, vindt de psychiatrie als systematische wetenschap haar oorsprong in de tweede helft van de 19<sup>e</sup> eeuw. De eerste pogingen om statistische data te verwerven over psychiatrische ziekten hebben in eerste instantie politieke doeleinden.<sup>9</sup> Een telling van onder andere het aantal ‘krankzinnigen’ werd rond 1830 in de Verenigde Staten ingezet om het aantal mensen dat afhankelijk was van de staat te kwantificeren.<sup>10</sup> Statistische kennis over ziekte en dood vormde op deze manier de basis voor het politieke beleid.<sup>11</sup> Rond 1890 werden psychiatrische stoornissen voor het eerst systematisch beschreven. De psychiater Emil Kraepelin was één van de eersten die zich met systematische symptoombeschrijvingen van zijn patiënten bezighield. Hij bestudeerde in Duitsland duizenden patiënten, met name patiënten met de toenmalige omschrijving ‘dementia praecox’ (schizofrenie) en ‘manisch-depressieve stoornis’ (bipolaire stoornis). Opvallend aan het werk van Kraepelin was zijn nadruk op de beschrijving van algemene karakteristieken van stoornissen. De methode die Kraepelin gebruikte was in zijn tijd niet gebruikelijk. Men was vooral geïnteresseerd in de beschrijving van individuele levensverhalen, en niet in systematische symptoombeschrijving. Pas veel later, sinds de publicatie van de DSM-III in 1980, werd de manier van beschrijven zoals Kraepelin dat al deed gewoon voor de hele psychiatrische praktijk.

Een uitgebreid classificatiesysteem van mentale stoornissen werd ontwikkeld in de nasleep van de Tweede Wereldoorlog. Er ontstond een behoefte om de symptomen van de veteranen te kunnen duiden.<sup>12</sup> Zo kwam het dat de *World Health Organization* (WHO) in hun nieuwe, zesde, editie van de *International Classification of Diseases* (ICD) een sectie voor mentale stoornissen toevoegde in 1948.<sup>13</sup> De *American Psychiatric Association* (APA) ontwikkelde in 1952 een variant op de ICD-6, de eerste versie van de, met name voor het gebruik door klinici.<sup>14</sup> De hoop van de DSM was gericht op het vinden van een eenduidig criterium voor een stoornis. Het systeem was sterk beïnvloed door het psychoanalytische denken en het idee dat mentale symptomen het effect zijn van complexe reacties van het individu op confrontatie met de omgeving.<sup>15</sup> Men was voornamelijk geïnteresseerd in het individuele levensverhaal en de context waarin de patiënt zich begaf. Deze benadering bleef echter

---

<sup>9</sup> Grob (1991), p. 424; Hyman (2007), p. 725.

<sup>10</sup> Hyman (2007), p. 725.

<sup>11</sup> Grob (1991), p. 424.

<sup>12</sup> Hyman (2007), p. 725.

<sup>13</sup> Hyman (2007), p. 726.

<sup>14</sup> APA (2017). Geraadpleegd op <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/history-of-the-dsm>.

<sup>15</sup> Aragona (2015), p. 28.



niet zonder kritiek. Zo werd er in 1968 in de tweede versie van de DSM op dringend advies van de Britse psychiater Erwin Stengel afgezien van het veelvuldig gebruik van het woord 'reactie', een term die veel gebruikt werd in de psychoanalytische context.<sup>16</sup> Afgezien van deze wijziging leek de hernieuwde versie van de DSM sterk op de vorige.

De psychoanalyse beïnvloedde sterk het discours in de jaren '60, waardoor de lag op de context van de patiënt.<sup>17</sup> De DSM-III (1980) was in dit opzicht heel anders. Deze versie werd sterk beïnvloed door het medische model, dat ervan uit ging dat een stoornis benaderd moet worden als een lichamelijke ziekte.<sup>18</sup> De DSM-III begon met de kenmerkende symptoomopsomming die ook in de DSM-IV en DSM-V wordt gebruikt.<sup>19</sup> Door deze ontwikkeling werd uiteindelijk het theoretische kader van de psychoanalyse overbodig. Men keek met name naar het aan de buitenkant zichtbare, de symptomen, omdat men in staat was deze symptomen te onderzoeken. De derde versie beschreef bijvoorbeeld niet langer de etiologie van stoornissen. Ook introduceerde de DSM-III een systeem met meerdere assen, waarmee men liet zien dat het geven van slechts een naam aan een stoornis niet voldoende informatie gaf over de patiënt en zijn of haar vervolgbehandeling.<sup>20</sup> Ook gaf de DSM-III voor het eerst de mogelijkheid om meerdere diagnoses tegelijk te stellen.<sup>21</sup>

Invloedrijk was in deze tijd het artikel van Robins en Guze, waarin voor het eerst in de psychiatrische wetenschap een aanpak werd geformuleerd voor de ontwikkeling van valide classificatie.<sup>22</sup> De reden dat diagnostische classificatie onder sommige psychiaters in diskrediet was geraakt, was volgens hen dat diagnostische schema's teveel gebaseerd waren op *a priori* aannames in plaats van op systematisch onderzoek.<sup>23</sup> Om een valide classificatiesysteem te ontwikkelen moesten volgens Robins & Guze de volgende vijf fases doorlopen worden: (1) het beschrijven van klinische eigenschappen, (2) het doen van laboratoriumstudies, (3) het opstellen van een specificatie van exclusiecriteria, (4) het uitvoeren van een *follow-up* studie om te bepalen of patiënten ook aan andere stoornissen lijden, (5) en tot slot het doen van onderzoek naar eenzelfde stoornis bij de familie van de patiënt. Fase 5 is belangrijk vanwege de genetische component van stoornissen. Als eenzelfde stoornis in de familie speelt bevestigt dit de aanname dat de stoornis waar men op doelt een valide entiteit is. De onderzoeksstrategie van Robins en Guze werd deels ingegeven door een biologisch essentialisme. Dit essentialisme bestond uit het idee dat psychiatrische stoornissen aparte biologische entiteiten zijn, die

---

<sup>16</sup> Aragona (2015), p. 28.

<sup>17</sup> van Os, (2014), p. 19-20.

<sup>18</sup> Kirmayar & Crafa (2014), p.2.

<sup>19</sup> Bijvoorbeeld: "Stoornis A bestaat uit 8 criteria. Aan ten minste 4 criteria moet zijn voldaan om van stoornis A te spreken. Uitgesloten is dat stoornis A het gevolg is van x of y."

<sup>20</sup> Pincus (2012), p. 147.

<sup>21</sup> Pincus (2012), p. 147.

<sup>22</sup> Robins & Guze (1970).

<sup>23</sup> Robins & Guze (1970), p. 983.

zijn ontstaan door pathofysiologische processen.<sup>24</sup> Het accent verschoof in de latere edities van de DSM naar deze meer biologische benadering van stoornissen, mede door de opkomst van psychofarmacologische behandelingen.<sup>25</sup> In 1994 wordt de vierde versie van de DSM gepubliceerd, maar er worden ten opzichte van de DSM-III weinig wijzigingen doorgevoerd. De voorbereidingen voor de laatste en vijfde editie van de DSM begon in de jaren '90. Aanvankelijk hoopte men een nosologie te ontwikkelen die verweven was met de neurowetenschappen. Ook poogde men een dimensionale, in plaats van een categoriale, benadering van stoornissen te introduceren.<sup>26</sup> De meesten van deze revisies vonden uiteindelijk geen doorgang, omdat de DSM-APA *task force* besloot dat het onderzoek nog niet ver genoeg was om dergelijke wijzigingen te onderbouwen.<sup>27</sup> Het resulteerde erin dat de DSM-V in veel opzichten lijkt op de voorganger.

Deze korte geschiedenis laat zien dat klinici en onderzoekers in een relatief korte periode met verschillende begrippen van stoornissen hebben gewerkt. Waar tot de jaren '80 van de vorige eeuw de nadruk lag op het individuele levensverhaal van een patiënt, ligt deze nu sterker op de symptomen die een patiënt presenteert en de mogelijke biologische verklaringen voor deze symptomen. De verwachting van het traditionele wetenschappelijke model was dat stoornissen ooit bepaald zouden worden aan de hand van een eenduidig criterium. Deze verwachting is met de verschijning van de DSM-V niet ingelost. Desalniettemin blijven velen op zoek naar een gouden standaard in de psychiatrie, terwijl anderen er steeds meer van overtuigd raken dat deze standaard niet bestaat.

### 1.2 De DSM: geslaagd of niet?

Rondom de publicatie van de DSM-V, nu drie jaar geleden, is veel te doen geweest. De beroepsgroep, zowel psychiaters en onderzoekers, was benieuwd of het zou lukken om de kritiek op vorige versies te verhelpen. Met name het idee van een dimensionaal systeem voor verschillende grote stoornissen was veelbelovend, en zou in de praktijk veel implicaties hebben. Alhoewel een evaluatie van de DSM-V te ver voert voor deze scriptie, is de belangrijkste conceptuele kritiek op de DSM wel relevant voor het vervolg. De kritiek op de DSM-V vormde de basis voor het alternatieve model van RDoC.

Classificatie en diagnostiek zijn twee verschillende praktijken.<sup>28</sup> Classificatie heeft het doel om een indeling van verschijnselen in klassen of rubrieken te maken, zo luidt het *Pinkhof Geneeskundig Woordenboek*.<sup>29</sup> Classificatie is universeel en gaat over groepen. Op dit punt verschilt classificatie van diagnostiek. Diagnostiek heeft betrekking op het individu. Het houdt zich bezig met de naamgeving van een aandoening bij het individu, waarbij er ook ruimte is voor de etiologie en

---

<sup>24</sup> Kirmayar & Crafa (2014), p.2.

<sup>25</sup> DSM-IV is gepubliceerd in 1994 en DSM-IV-TR in 2000.

<sup>26</sup> Walter (2013), p. 3.

<sup>27</sup> Walter (2013), p. 3.

<sup>28</sup> Glas (2008), p. 9.

<sup>29</sup> Van Everdingen & van den Eerenbeemt (2012).

hypothesevorming.<sup>30</sup> Het doel van classificatie in de psychiatrie is om willekeurige indeling te voorkomen. Zo voorkomt men bijvoorbeeld dat elk land, plaats of instelling zijn eigen benaming voor stoornissen hanteert.

De doelstellingen van de DSM bevinden zich op verschillende gebieden, namelijk die van de klinische praktijk, het onderzoek, het onderwijs en informatiebeheer.<sup>31</sup> De DSM heeft het doel om in klinische praktijk het gebruik van de criteria aan te laten aansluiten op specifieke mentale stoornissen en daarnaast om de betrouwbaarheid van de communicatie onderling, en tussen klinici en onderzoekers te verbeteren. Op het gebied van onderzoek wil de DSM zo homogeen mogelijke classificatiegroepen formuleren. Het doel van classificatie is dus om uniforme aanduidingen te hebben, waarmee overeenkomende verschijnselen met hetzelfde label kunnen worden aangeduid. De DSM is er, tot op zekere hoogte, in geslaagd om een uniforme beschrijving van stoornissen te bieden. Dat wil zeggen dat het is gelukt om een taal te ontwikkelen waarmee klinici en onderzoekers over de wereld kunnen communiceren. Professionals kunnen over één concept communiceren en daarmee doelen ze (ongeveer) op hetzelfde verschijnsel. Alhoewel het bevorderen van de communicatie in de beroepsgroep één van de belangrijkste verdiensten van de DSM is, zijn er ook punten waarop de DSM tekort schiet.

De DSM wordt met name verweten dat het zich teveel heeft gericht op het vergroten van de (*inter- en intrarater*) betrouwbaarheid en te weinig op de validiteit van het instrument.<sup>32</sup> Het begrip ‘validiteit’ zal in hoofdstuk 2.2 uitgebreider besproken worden, maar voor nu zal ik een algemene definitie geven. Validiteit gaat over de mate waarin een systeem correcte indelingen maakt, of categoriseert. Alhoewel er de hoop bestond dat de DSM-V deze kritiek zou kunnen ondervangen, bleek bij de publicatie in 2013 dat er geen grote wijzigingen waren doorgevoerd. Een belangrijk punt van kritiek op de DSM-IV was bijvoorbeeld de hoge prevalentie van comorbiditeit.<sup>33</sup> Zo heeft bijvoorbeeld van de mensen met een depressieve stoornis in Nederland gemiddeld 67% op hetzelfde moment ook een angststoornis, en 75% op een ander moment in het leven.<sup>34</sup> Dit kan erop duiden dat een depressieve stoornis en een angststoornis niet zulke heterogene verschijnselen zijn als de DSM op voorhand dacht.<sup>35</sup> Een verklaring kan zijn dat deze stoornissen verschillende varianten van een gedeeld etiologisch proces zijn, dat momenteel nog niet in de DSM staat beschreven.<sup>36</sup> Ook is het zo dat een en hetzelfde symptoom bij meerdere stoornissen voorkomt. Met een symptoom kunnen dan meerdere

---

<sup>30</sup> Ruissen (2014), p. 524.

<sup>31</sup> Pincus (2012), p. 145.

<sup>32</sup> Kincaid & Sullivan (2014), p. 3.

<sup>33</sup> First (2005), p. 210.

<sup>34</sup> Lamers et al (2011), p. 341.

<sup>35</sup> Phillips et al. (2012), p. 2.

<sup>36</sup> Lilienfeld (2014), p. 130.

stoornissen worden gemeten. Deze overlap tussen diagnoses duidt erop dat de classificatie matig valide is: het ene construct meet tegelijkertijd ook het andere construct. Er wordt in de literatuur gesuggereerd dat overlappende stoornissen, zoals angst en depressie, variaties zijn op gedeelde etiologische processen.<sup>37</sup> Dit is een groot probleem voor de DSM, immers wat is de functie van de DSM als een classificatiesysteem onjuiste classificaties maakt?

Daarnaast is er kritiek op de categorische aanpak van de DSM. Alhoewel in de vijfde editie is geprobeerd symptomen meer dimensioneel te ordenen, is hier in de uiteindelijke publicatie weinig van terug te zien. Een dimensionele categorie maakt het mogelijk om patiënten naar gradaties in te delen binnen een categorie. De DSM leunt teveel, zo luidt de kritiek, op een categoriaal systeem.<sup>38</sup> Terwijl de data suggereert dat veel stoornissen, zoals stemming-, angst- en eetstoornissen, eerder dimensioneel van aard zijn, zijn deze stoornissen in de DSM-V categoriaal geformuleerd. Daarnaast bestaat er in de DSM de mogelijkheid om een NAO (Niet Anderszins Omschreven) diagnose te stellen. Bij veel patiënten wordt een NAO diagnose gegeven.<sup>39</sup> Dit suggereert wederom dat de categorieën van de DSM niet valide zijn. Veel patiënten passen niet helemaal in de symptoombeschrijving en moeten daarom in de ‘restcategorie’ NAO geplaatst worden.

Ondanks dat klinici en onderzoekers op de hoogte zijn van de kritieken op de DSM en in de dagelijkse praktijk de nadelen ervan ervaren, is er tot dusver weinig beweging bij de DSM. Daarnaast is het systeem van de DSM erg invloedrijk. Hyman, oud-voorzitter van het NIMH, noemt het huidige systeem, de DSM, een ‘epistemische gevangenis’.<sup>40</sup> Hij signaleert hoe klinici aan de ene kant weten dat de DSM een heuristiek is, een middel om te zoeken naar categorieën. Aan de andere kant benaderen klinici de categorieën niet als heuristiek, maar als op zichzelf staande entiteiten. De categorieën worden gereïficeerd (‘verdinglijkt’, iets tot een ding maken).<sup>41</sup> Ook wordt de wetenschapper gedwongen om onderzoek te formuleren aan de hand van de categorieën van de DSM, omdat vaak alleen onderzoek wordt gesubsidieerd dat de DSM-criteria hanteert. Hyman vraagt zich dan ook terecht af of de onderzoeker zich nog wel onderzoek kan voorstellen buiten de termen van de DSM. De DSM-categorieën worden regelmatig benaderd alsof het natuurlijke, vaststaande en causale entiteiten in de wereld zijn. Deze tendens wordt in stand gehouden door verschillende maatschappelijke processen, maar ook door klinici. Dit laat zien hoe klinici aan de ene kant moeten werken met een systeem waarvan ze weten dat het een heuristiek is, maar aan de andere kant niet kunnen ontsnappen aan de werkelijkheid die het systeem impliceert.

---

<sup>37</sup> Cramer et al. (2010), p. 155.

<sup>38</sup> Lilienfeld (2014), p. 130.

<sup>39</sup> Westen (2012), p. 17.

<sup>40</sup> Hyman (2010), p. 157.

<sup>41</sup> Cuthbert & Insel (2013), p.3; Hyman (2010).

Naast de hiervoor genoemde kritiek op de concepten van de DSM is er ook kritiek op de psychiatrische praktijk. Er is een grote behoefte van klinici om *evidence based* te kunnen werken, maar er is vaak te weinig onderzoek dat uitsluitend geeft over hoe men *evidence based* moet werken. De neurowetenschap is belangrijk voor de psychiatrie, maar is tegelijkertijd kostbaar en levert nog weinig op. De psychiatrie zit in de knoop met haar rol: aan de ene kant wil de psychiatrie het vertrouwen van de maatschappij en de wetenschap hebben, maar aan de andere kant heeft de psychiatrie geen wetenschappelijk onderbouwde antwoorden op basale vragen zoals welke fenomenen ziekten zijn en hoe ze die het beste kunnen behandelen. De psychiater heeft al tijden hoop op wetenschappelijke vooruitgang, bijvoorbeeld door inzichten uit de neurobiologie, maar merkt tegelijkertijd dat grote vooruitgang steeds op zich laat wachten. Tegelijkertijd neemt de druk van buitenaf toe: de zorgverzekeraar wil een diagnose en de maatschappij wil grip krijgen op de stoornis. De psychiatrie probeert een complex verschijnsel te begrijpen, maar heeft nog geen eenduidige validatie hiervoor gevonden. Men spreekt dan ook wel van een crisis in de psychiatrie.<sup>42</sup>

### 1.3 De komst van RDoC

Zo kwam het dat het NIMH in 2013, enkele weken voor de publicatie van de DSM-V, liet weten een nieuwe weg in te slaan. In een persbericht kondigde de directeur van het NIMH, Thomas Insel, een nieuwe model aan voor de taxonomie van psychiatrische stoornissen, dat *Research Domain Criteria* (RDoC) project wordt genoemd.<sup>43</sup> De zwakte van de DSM is volgens Insel het gebrek aan validiteit en dit heeft te maken met verschillende oorzaken.<sup>44</sup> De kritiek van RDoC luidt dat de diagnostische categorieën voornamelijk gebaseerd op klinische overeenstemming tussen wetenschappers en klinici, in plaats van op de bevindingen van de klinische neurowetenschap en de genetica.<sup>45</sup> Volgens RDoC slaagt de DSM er om deze redenen niet in om op de lange termijn fundamentele, onderliggende dysfunctionele psychiatrische mechanismen bloot te leggen.

Daarnaast is de kritiek dat de DSM-classificaties teveel zijn gebaseerd op klinische symptomen, in plaats van op objectieve metingen zoals in andere wetenschapsgebieden wel gebruikelijk is.<sup>46</sup> De geneeskunde verschilt in dit opzicht sterk van de psychiatrie. Volgens Insel is in de geneeskunde, in tegenstelling tot de psychiatrie, wél het besef ontstaan dat symptomen zelden aangeven wat de beste keuze voor een behandeling is.<sup>47</sup> Het huidige systeem is beschrijvend, maar niet verklarend.<sup>48</sup> Het beschrijft symptomen, maar niet de etiologie, de ontstaansgeschiedenis, van een stoornis. Het is

---

<sup>42</sup> Ruissen (2016), p. 38.

<sup>43</sup> Insel (2013).

<sup>44</sup> Insel (2013).

<sup>45</sup> Insel et al. (2010), p. 748.

<sup>46</sup> Insel (2013).

<sup>47</sup> Insel (2013).

<sup>48</sup> Lilienfeld (2014), p. 130.

mogelijk dat twee mensen dezelfde oppervlakkige symptomen vertonen en daarom in dezelfde categorie worden ingedeeld, terwijl de pathologie van beide stoornissen een verschillende oorsprong heeft.<sup>49</sup> Angstige symptomen wijzen op een endocriene stoornis, een psychotisch proces, een reactie op drugs of op één van de angststoornissen volgens Insel.<sup>50</sup> Het gevolg hiervan kan zijn dat de ontwikkeling van nieuwe therapieën, gericht op deze onderliggende systemen, wordt vertraagd. Bovendien schuilt in een op symptomen gebaseerde classificatie het gevaar dat men de behandeling ook slechts op de symptomen richt.<sup>51</sup>

Het doel van RDoC op de lange termijn is het bijdragen aan de veelbelovende precisie-geneeskunde (*precision medicine* in de literatuur).<sup>52</sup> Het doel van precisie-geneeskunde in de psychiatrie is om te begrijpen welke biologische en psychosociale oorzaken een groep stoornissen kent, zodat interventies op individueel niveau afgestemd worden. Aangezien gedragsmatige symptomen kunnen worden bepaald door verschillende soorten oorzaken zijn categorieën op basis van symptomen onvermijdelijk heterogeen, aldus Insel. Het classificeren aan de hand van observeerbare en gedragsmatige symptomen is volgens deze benadering dus problematisch, omdat het waarschijnlijk nooit tot de mate van specificiteit zal leiden die men in de rest van de geneeskunde wel verwacht.<sup>53</sup> Symptomen in het gedrag, zichtbare symptomen, worden meervoudig bepaald, en zijn daarom onvermijdelijk heterogeen in termen van pathofysiologie, aldus Insel.<sup>54</sup> Op deze manier zal de insteek van de DSM nooit kunnen voldoen aan het ideaal van de precisie-geneeskunde.

### *Conclusie*

In dit hoofdstuk heb ik kort de huidige situatie in de psychiatrie en daarmee de context voor het ontstaan van RDoC beschreven. De handleiding van de psychiatrie, de DSM, heeft sinds de eerste publicatie vele inhoudelijke veranderingen gekend. Ondanks de poging om de DSM te laten voldoen aan het wetenschappelijke ideaal -het ontwikkelen van een theorie over stoornissen gebaseerd op theoretisch inzicht en wetenschappelijke verklaring- is er kritiek op de wetenschappelijke status van de DSM. Een hoge mate van comorbiditeit impliceert een lage validiteit van het instrument. Juist op dit punt van kritiek grijpt RDoC in. Hoe RDoC dit wil gaan doen, zal ik in het volgende hoofdstuk toelichten. Daarbij zal duidelijk worden dat de invulling van het begrip validiteit verschillende interpretaties kent. Hiermee laat ik zien dat objectieve wetenschap onvermijdelijk deels afhankelijk is van menselijke interesse.

---

<sup>49</sup> Lilienfeld (2014), p. 129.

<sup>50</sup> Insel (2014), p. 395.

<sup>51</sup> Insel (2014), p. 395.

<sup>52</sup> Insel (2014), p. 395.

<sup>53</sup> Insel (2014), p. 395.

<sup>54</sup> Insel (2014), p. 395.

## Hoofdstuk 2 – Het Research Domain Criteria (RDoC) project

Aan het traditionele wetenschappelijke ideaal heeft de psychiatrie vooralsnog niet voldaan. Er bestaan weinig verklarende theorieën over de etiologie van stoornissen. In plaats van de ‘kunstmatige categorieën’ van de DSM wil RDoC daarom categoriseren op basis van de etiologie van stoornissen. In het volgende hoofdstuk zal ik de opzet van het RDoC project uitleggen. Ik let hierbij specifiek op de manier waarop RDoC invulling geeft aan het begrip validiteit, om later een antwoord te kunnen geven op de vraag of de opzet van RDoC voldoende is om antwoord te geven op het validiteitsprobleem.

### 2.1 *Wat is RDoC?*

RDoC is een onderzoeksprogramma van het NIMH, waarmee in de eerste plaats wordt gepoogd een raamwerk op te stellen voor het wetenschappelijk onderzoek in de psychiatrie. De classificatie van RDoC is gebaseerd op 3 assumpties. Ten eerste conceptualiseert RDoC mentale stoornissen als stoornissen in de hersenen. Binnen de categorie stoornissen in de hersenen wordt een onderscheid gemaakt tussen neurologische stoornissen en mentale stoornissen, omdat neurologische stoornissen aanwijsbare laesies vertonen in de hersenen en mentale stoornissen niet. Mentale stoornissen zijn gedefinieerd als verstoringen in de hersencircuits. Ten tweede berust RDoC op de aanname dat verstoringen in de hersencircuits aangetoond kunnen worden met technieken uit de neurowetenschap, zoals elektrofysiologie, *neuro-imaging* en nieuwe methoden om verbindingen zichtbaar te maken. Ten derde neemt RDoC aan dat de bevindingen in de genetica en de klinische neurowetenschappen uiteindelijk *biosignatures* zullen opleveren, die vervolgens het aantal klinische aanwijzingen zullen vergroten.<sup>55</sup> RDoC wil te werk gaan middels het implementeren van een onderzoeksmatrix. Hiervan staat een versimpelde weergave in figuur 1.

De matrix van RDoC is een tweedimensionale tabel, waarbij over de rijen de verschillende functiedomeinen genoteerd staan en de kolommen de verschillende ‘*units of analysis*’, niveaus van het onderzoek, beslaan. Empirisch onderzoek wordt ingedeeld naar 5 functiedomeinen: (1) negatieve waardesystemen, verantwoordelijk voor een reactie op een negatieve situatie of context, zoals angst, verdriet en verlies, (2) positieve waardesystemen, verantwoordelijk voor een reactie op een positieve situatie of context, zoals blijdschap, (3) cognitieve systemen, (4), sociale systemen, (5) regulerende systemen, verantwoordelijk voor bijvoorbeeld slapen en waken, en de energiebalans.<sup>56</sup> Deze domeinen kunnen worden onderzocht op verschillende niveaus, de zogenaamde ‘*units of analysis*’, die per kolom worden aangegeven. De verschillende *units of analysis* zijn genen, moleculen, cellen,

---

<sup>55</sup> Insel et al. (2010), p. 749.

<sup>56</sup> NIMH [ca. 2016]. Geraadpleegd op <https://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/constructs/rdoc-matrix.shtml>.

hersencircuits, fysiologie, gedrag en zelfrapportage. RDoC integreert zo genetische en fysiologische, maar ook bijvoorbeeld cognitieve en gedragsmatige data in één tabel. Hiermee reikt RDoC een kader aan waarmee data kunnen worden geclusterd. Uiteindelijk kunnen deze data worden gecorreleerd met behandeluitkomsten, zodat de patiënt een behandeling krijgt die past bij de individuele situatie.<sup>57</sup> Deze individuele benadering van de patiënt past bij het ideaal van de precisie-geneeskunde: elke patiënt krijgt een op het individu afgestemde behandeling.

## 2.2 *Validiteit in de psychiatrie*

Het project RDoC is bedoeld als het vervolg op het werk van Robins & Guze (1970, zie paragraaf 1.1).<sup>58</sup> Dit werk was en is erop gericht om een betrouwbare en valide psychiatrische diagnose bij een patiënt te kunnen stellen. Alhoewel de literatuur over validiteit in de psychiatrie groeiende is, is de betekenis van het woord validiteit nog steeds het onderwerp van terminologische en conceptuele onenigheid.<sup>59</sup> In het algemeen adresseert het concept validiteit de natuur van de werkelijkheid.<sup>60</sup> De bepaling dat een construct voldoet aan een norm of standaard heet validatie.<sup>61</sup> Validiteit met betrekking tot classificatie gaat over de mate waarin de classificatie de werkelijkheid representeert. Zonder een volledig overzicht te (kunnen) geven over wat er in de literatuur is gezegd over validiteit in de psychiatrie zal ik kort een aantal overwegingen met betrekking tot validiteit toelichten.

De eerder aangehaalde Robins & Guze waren de eersten in de psychiatrie die een antwoord formuleerden op het probleem van validiteit. Zij deden dit door middel van het opstellen van formele vereisten voor het onderzoek, zogenaamde validatoren. Robins en Guze formuleren in hun onderzoeksartikel validatoren waardoor zij in staat zijn de casus met een goede prognose te scheiden van de casus met een slechte prognose. Validiteit zegt in dit geval iets over de mate waarin een construct kan voorspellen. Spitzer, die nauw betrokken was bij de ontwikkeling van de DSM-III definieert validiteit op een andere manier.<sup>62</sup> Een valide concept is volgens hem een klinisch bruikbaar concept. Een diagnose vertelt de clinicus meer dan slechts de definitie van de stoornis, maar ook informatie over etiologie, risico factoren, beloop van de stoornis en voorkeur voor behandeling. Anderen, zoals Kendell & Jablensky, beweren dat diagnostische validiteit juist niet gelijk staat aan diagnostische bruikbaarheid.<sup>63</sup> Of een begrip bruikbaar is hangt volgens hen af van de context. Binnen een bepaalde context kan bepaalde informatie bruikbaar zijn, maar in een andere context niet. Een valide concept moet volgens Kendell & Jablensky daarom context onafhankelijk zijn en bestaan uit meer dan klinisch bruikbare informatie alleen.

---

<sup>57</sup> Insel (2013).

<sup>58</sup> Insel et al. (2010), p. 748.

<sup>59</sup> Rodrigues & Banzato (2015), p. 47.

<sup>60</sup> Kendell & Jablensky (2003), p. 5.

<sup>61</sup> Zachar & Jablensky (2015), p. 6.

<sup>62</sup> Spitzer (2001), p. 353.

<sup>63</sup> Kendell & Jablensky (2003), p.10.



RDoC wil een start maken met het oplossen van het validiteitsprobleem in de psychiatrie door middel van het opstellen van het raamwerk van een onderzoeksprogramma waarmee de psychiatrie op zoek gaat naar de etiologie van stoornissen. De etiologie vindt men volgens RDoC terug in verstoringen in de hersencircuits, en dat is het onderwerp waar de wetenschap zich met name op zou moeten richten. RDoC doet hiermee ten eerste een uitspraak over de aard van stoornissen, namelijk dat mentale stoornissen verstoringen in de hersenen zijn. Ten tweede geeft RDoC ook een oplossing, namelijk dat deze verstoringen door middel van verschillende technieken (*neuroimaging*, elektrofysiologie) kunnen worden gemeten. Alle data van de verschillende onderzoeksmethoden in de onderzoeksmatrix correleert RDoC aan verstoringen in hersencircuits. RDoC slaat hiermee een nieuwe weg in voor de psychiatrie en geeft een belangrijke aanzet voor de oplossing van het validiteitsprobleem.

Psychiatrische categorieën moeten de verschijnselen uiteindelijk zo groeperen dat de verschijnselen binnen één categorie eenzelfde soort causale verklaring hebben en op dezelfde manier op een type interventie reageren.<sup>64</sup> Toch bestaat er vooralsnog geen consensus over de manier waarop validiteit gerepresenteerd moet worden. In de volgende hoofdstukken zal ik betogen dat de conceptuele onzekerheid over de aard van de stoornis ten grondslag ligt aan het validiteitsprobleem van de psychiatrie. Het punt waarop bijvoorbeeld Spitzer en Kendell & Jablensky verschillen is het denken over de aard van een stoornis, oftewel: hoe ziet de werkelijkheid eruit die gerepresenteerd moet worden middels het construct? En hieraan verbonden is de meer fundamentele vraag naar hoe de werkelijkheid en de representatie ervan zich verhouden tot elkaar.

### *Conclusie*

In dit hoofdstuk heb ik aangetoond op welke manier RDoC de psychiatrie tot een valide wetenschap wil ontwikkelen. Ik heb betoogd dat de manier waarop men spreekt en denkt over validiteit afhankelijk is van de manier waarop men denkt over de aard van stoornissen. De premisse van RDoC is dat stoornissen verstoringen in hersencircuits zijn en dit heeft gevolgen voor de manier waarop RDoC denkt over validiteit en de metafysische aanname over de 'soort' waartoe stoornissen behoren. In het volgende hoofdstuk zal ik enkele manieren waarop er gedacht wordt over de aard van stoornissen uiteenzetten. Op deze manier wordt inzichtelijk hoe de visie van RDoC zich verhoudt tot andere opvattingen over de aard van stoornissen.

---

<sup>64</sup> Kincaid & Sullivan (2014), p. 2.

## Hoofdstuk 3 – De aard van stoornissen

Er zijn meerdere manieren om te denken over de aard van psychiatrische stoornissen. Ideeën over wat voor soort ding een stoornis is lopen uiteen. In hoofdstuk 2 heb ik betoogd dat de oplossing die geboden wordt voor het validiteitsprobleem samenhangt met de opvatting over de aard van stoornissen. In de discussie over de aard van stoornissen bevindt de spanning zich in de tegenstelling tussen de opvatting van stoornissen als natuurlijke of artificiële soort. Natuurlijke soorten zijn entiteiten die intern consistent zijn, en niet veranderen door bijvoorbeeld het verstrijken van de tijd. Een bekend voorbeeld van een natuurlijke soort is een scheikundig element, zoals goud. Een kunstmatige soorten zijn de entiteiten die een product zijn van de menselijke activiteit en die onderhevig zijn aan invloeden uit de maatschappij of menselijke interesse. Een voorbeeld van deze kunstmatige soort zijn bijvoorbeeld maatschappelijke trends. In dit hoofdstuk worden drie invloedrijke opvattingen over de aard van psychiatrische stoornissen weergegeven. De weergave van dit spectrum van uiteenlopende ideeën over de aard van stoornissen is nodig om uiteindelijk RDoC te kunnen positioneren in het debat.

### 3.1 *De stoornis als een sociaal construct*

Eén van de posities in het denken over de aard van stoornissen is het sociaal constructivisme. Het sociaal constructivisme is de positie die ervan uitgaat dat verschijnselen sociale constructies zijn. De sociaal constructivist onderzoekt de manier waarop (de ideeën over) de entiteiten in de wereld historisch en cultureel ingebed zijn.<sup>65</sup> Een psychiatrische categorie is volgens een sociaal constructivist ontstaan door de activiteit van de maatschappij, waarbij de maatschappij de verschijnselen aan een categorie toeschrijft.<sup>66</sup> Een gevolg van deze aanname is dat buiten de activiteit en conventies van mensen deze verschijnselen niet per se zouden bestaan.<sup>67</sup> Hiermee wordt niet bedoeld dat als iets sociaal geconstrueerd is, het niet echt is. Er wordt een vorm van anti-realisme bedoeld, namelijk dat de ontdekkingen van de wetenschap niet zozeer noodzakelijk zijn, maar eerder afhankelijk van menselijke interesse.<sup>68</sup>

Velen zullen erkennen dat sociale processen invloed hebben op de categorieën van de psychiatrie. Een voorbeeld waarin het evident is dat de geschiedenis aanleiding is geweest voor een categorie is de totstandkoming van de officiële diagnose posttraumatische stress stoornis (PTSS). Alhoewel men al langer wist dat de oorlog grote negatieve invloed had op soldaten, werd pas in de nasleep van de

---

<sup>65</sup> Zachar (2014), p. 240.

<sup>66</sup> Kendler et al. (2011), p. 1145.

<sup>67</sup> Kendler (2016), p. 6.

<sup>68</sup> Meynen & Ralston (2011), p. 899.

oorlog in Vietnam besloten PTSS in de DSM-III op te nemen.<sup>69</sup> De beslissing om de diagnose op te nemen volgde op de bevinding dat soldaten te weinig erkenning en behandeling kregen van de staat.<sup>70</sup> Omdat er zovelen leden aan PTSS-symptomen ten gevolge van de oorlog, werd het noodzakelijk om PTSS op te nemen in de DSM. De psychiatrie ‘vergeet’ echter op den duur de aanleiding voor de diagnose en beschouwt de stoornis vervolgens als natuurlijke soort.<sup>71</sup> Volgens de sociaal constructivist is dit onterecht. Als de noodzaak niet had bestaan om de stoornis officieel op te nemen in de DSM, dan zou de stoornis nu immers niet per se bestaan. De sociaal constructivist pleit dus voor een relativistische houding ten opzichte van stoornissen. Stoornissen zijn een artificiële soort, in die zin dat ze niet onecht zijn, maar wel een product van de tijd.<sup>72</sup>

### 3.2 *De stoornis als een pragmatisch construct*

De pragmatist beoordeelt constructen (of ideeën) aan de hand van de manier waarop ze in de praktijk werken. Hierbij let de pragmatist op het doel, de context en de uitkomst van het construct.<sup>73</sup> Een pragmatist wil theorieën toetsen in de praktijk. Als de theorie niet werkt zoals gewenst, dan wordt de theorie herzien. De wetenschap is volgens deze visie een instrument om de wereld beter te begrijpen. Hieruit volgt dat categorieën bestaan naar gelang ze werken of iets bijdragen.<sup>74</sup> De pragmatist ziet doorgaans ook weinig waarde in metafysische standpunten of uitspraken.<sup>75</sup> De functie van het pragmatisme voor de psychiatrie wordt duidelijk aan de hand van de volgende analogie. Taxonomie (de categoriserende activiteit) in de psychiatrie kan vergeleken worden met het ordenen van een grote hoeveelheid boeken in een bibliotheek.<sup>76</sup> Men kan ervoor kiezen om de boeken te ordenen op basis van verschillende eigenschappen van de boeken, bijvoorbeeld de auteur, de kleur, het onderwerp of de lengte van het boek. Welke ordening men kiest hangt af van de indeling die het best past bij het doel van de bibliotheek. Voor de psychiatrie betekent dit dat de categorieën die de psychiatrie formuleert, het resultaat moeten zijn van een ordening die het best aansluit bij het doel van de psychiatrie.

### 3.3 *Nominalisme en realisme*

Het instrumenteel nominalisme is een variant op de pragmatische positie en kan opgevat worden als een theorie over de aard van abstracte concepten.<sup>77</sup> Nominalisten zijn sceptisch ten opzichte van uitspraken over filosofische concepten zoals ‘waar’, ‘goed’ en ‘vrij’.<sup>78</sup> Volgens de nominalist maakt

---

<sup>69</sup> Kendler (2016), p. 7.

<sup>70</sup> Kendler (2016), p. 7.

<sup>71</sup> Kohne (2015), p. 435.

<sup>72</sup> Kohne (2015), p. 435.

<sup>73</sup> Zachar (2014), p. 239.

<sup>74</sup> Kendler (2016), p. 6.

<sup>75</sup> Kendler (2016), p. 6.

<sup>76</sup> Kendler et al. (2011), p. 1145.

<sup>77</sup> Zachar (2014), p. 45.

<sup>78</sup> Zachar (2014), p. 41.

men dergelijke onderscheidingen (bijvoorbeeld waar en niet-waar) met een bepaald doel. Het indelen in dergelijke categorieën helpt de mens om onze ervaringen te organiseren. Een nadere nominalistische analyse van het begrip ‘waar’ laat zien dat de categorie ‘ware beweringen’ een zogenaamde imperfecte verzameling vormen: er is geen eigenschap of verzameling van eigenschappen die alle leden van de categorie delen.<sup>79</sup> De nominalist is dan ook kritisch ten opzichte van de essentialistische gedachte dat er één essentie of waarheid afgeleid kan worden van een verzameling ware uitspraken.<sup>80</sup> Wat de nominalist wel nastreeft is het conceptualiseren van gemeenschappelijke details van een specifiek verschijnsel om ze vervolgens te kunnen scharen onder één noemer. Nominalisme in de psychiatrie stelt dat de termen voor stoornissen abstracte concepten zijn. Deze termen zijn nodig om de psychiatrische verschijnselen te structureren.

Het nominalisme staat tegenover het realisme. Het realisme gaat ervan uit dat er een externe wereld bestaat onafhankelijk van mensen (ontologisch realisme).<sup>81</sup> Een tweede, epistemologische, aanname van het realisme is dat een wetenschappelijke bevinding waar is als deze correspondeert met de werkelijkheid. De gedachte dat de wetenschap op termijn een met de externe wereld corresponderende structuur zal tonen past bij het wetenschappelijk realisme. Realisme in de psychiatrie stelt dat de wetenschap op zoek moet gaan naar natuurlijke soorten.

#### 3.4 *De stoornis als een natuurlijke soort*

Natuurlijke soorten zijn categorieën in de wereld, onafhankelijk van de mens of de menselijke interesse. Het zijn de categorieën die een categorie zijn zonder dat de mens het per se moet herkennen of onderscheiden als categorie.<sup>82</sup> Empirisch gefundeerde begrippen, zoals stoornissen, verwijzen naar reële verschijnselen. Natuurlijke soorten worden gekenmerkt door vergelijkbare causale processen. Vaak hoort bij het idee van natuurlijke soorten ook de opvatting dat verschijnselen een interne essentie bezitten (zoals in het essentialisme), maar dit hoeft niet.<sup>83</sup>

#### 3.5 *De stoornis als een natuurlijke essentie*

Het essentialisme is een sterke vorm van de ‘natuurlijke soort’ opvatting en contrasteert met het nominalisme. Het essentialisme stelt, net als het realisme, dat de werkelijkheid onafhankelijk van de mens bestaat.<sup>84</sup> Deze werkelijkheid is niet direct kenbaar voor de mens, maar kan de mens wel ontdekken. Een bekend voorbeeld van een essentialistisch fenomeen is een element uit het scheikundige periodieke systeem, zoals goud. Het onderscheid tussen echt goud en nep goud is er

---

<sup>79</sup> Zachar (2014), p. 42.

<sup>80</sup> Zachar (2014), p. 42.

<sup>81</sup> Ralston en Swinkels (2015), p. 589.

<sup>82</sup> Kendler et al. (2011), p. 1145.

<sup>83</sup> Kendler et al. (2011), p. 1145.

<sup>84</sup> Zachar (2014), p. 56.

door het bestaan van de eigenschap ‘goud’, namelijk het aantal protonen.<sup>85</sup> In de context van de psychiatrie neemt het essentialisme aan dat een stoornis een inherente natuur of essentie bezit. De essentialist verwacht dat het achterhalen van de inherente natuur, een soort blauwdruk, ertoe leidt dat men tot een classificatiesysteem komt die de werkelijke natuur correct representeert. Een veel gehoorde uitdrukking in dit verband is ‘*it’s carving nature at its joints*’: de categorieën zijn zo dat zij de natuur indelen naar de natuurlijke categorieën. Iedereen met bijvoorbeeld een psychose bezit volgens het essentialisme de verborgen ‘eigenschap’ die bij een psychose hoort (essentie). Deze essentie wordt als de oorzaak van het fenomeen gezien, en is daarmee een causale factor. De psychiatrie kan iemand vervolgens indelen in de categorie ‘psychotisch’ omdat hij of zij eigenschap of essentie X bezit.<sup>86</sup> Het essentialisme is om deze reden een engere opvatting van stoornissen dan de opvatting van natuurlijke soorten. Het essentialisme sluit uit dat pragmatische redenen of sociale constructen werkelijke categorieën kunnen zijn. Dit is in de opvatting van natuurlijke soorten wel mogelijk.

Het idee van de stoornis als natuurlijke essentie roept de vraag op of de omgeving niet ook een rol speelt in de vorming van soorten. Voor het essentialisme vormt externalisme echter niet direct een probleem. Een essentialist kan erkennen dat de soorten die we kennen beïnvloed worden door de omgeving. Het essentialisme is op zoek naar de blauwdruk van de werkelijkheid. De blauwdruk is de reden dat een soort tot een soort behoort. Zo is de evolutie van het dierenrijk duidelijk afhankelijk geweest van externe factoren en zijn deze externe factoren een proces dat invloed heeft gehad op de vorming van natuurlijke soorten. Maar, het feit dat de evolutie onderhevig was aan externe omstandigheden is niet incompatibel met het idee dat er (vooraf) een blauwdruk voor dierlijke soorten heeft bestaan. De essentialist kan stellen dat de omgeving een rol speelt, én dat de soorten een categoriserende essentie bezitten.

### 3.6 RDoC: Natuurlijke soorten of essenties?

RDoC lijkt op het eerste gezicht een brede opvatting van de aard van stoornissen te hanteren. Zo formuleert RDoC in het onderzoeksmodel bijvoorbeeld verschillende *units of analysis*. Kennis uit zelfrapportages, gedrag, neurocircuits en genen dragen bij aan de kennis over stoornissen. RDoC lijkt het idee van de stoornis als natuurlijke soort te hanteren in het onderzoeksmodel. Tegelijk valt het op dat RDoC kennis van deze verschillende niveaus verzamelt om vervolgens uitspraken te kunnen doen over verstoringen in hersencircuits. Die verstoringen in hersencircuits vertonen een bepaald patroon. De patronen corresponderen dus met typen van verstoringen. Typen verstoringen worden vervolgens als een soort blauwdruk gedacht. Hiermee neemt RDoC dus toch een essentialistische positie in. RDoC maakt zelfs een nog sterkere claim door te stellen dat de essentie van een stoornis niet de

---

<sup>85</sup> Kendler et al. (2011), p. 1144.

<sup>86</sup> Zachar (2014).

blauwdruk, maar de etiologie van de stoornis is. RDoC heeft het dan niet langer meer over een blauwdruk die verklaart waarom een stoornis tot een categorie behoort, maar over een causale en interne eigenschap die verklaart waarom een stoornis tot de categorie van stoornissen behoort.<sup>87</sup>

Deze enge vorm van essentialisme is om verschillende redenen problematisch. Al het gedrag van de mens heeft immers een neurobiologisch substraat, maar het lokaliseren van een neurobiologisch substraat voor bepaald gedrag biedt op zich nog geen verklaring voor de stoornis. Gedrag wordt ook beïnvloed door sociale en psychische processen, een stelling die in hoofdstuk 4 verder aan bod komt.<sup>88</sup> Het opvatten van het neurobiologisch substraat als verklaring voor de stoornis is een causale claim, terwijl omgevingsfactoren ook kunnen interacteren met het neurobiologisch substraat en om die reden deels tot de etiologie van de stoornis behoren. Daarnaast formuleert RDoC een voorlopig wetenschappelijk onderzoeksmodel. Het is dus nog de vraag in hoeverre het onderzoek van RDoC zal leiden naar dergelijke essenties. Ondanks dat RDoC dit model al heeft aangenomen als het model om de werkelijkheid te beschrijven, bestaat er geen garantie dat er een causaal neurobiologisch substraat bestaat.

Het essentialisme dat doorklinkt in de artikelen en het werk van RDoC past bij het wetenschappelijk realisme,<sup>89</sup> omdat RDoC het idee bevestigt dat de wetenschap op termijn de ware werking van stoornissen zal blootleggen. Ondanks dat RDoC zich probeert te positioneren als een methode om het onderzoek te herstructureren, stellen Insel en Cutbert in een artikel in *Science* dat de term ‘mentale stoornis’ waarschijnlijk op termijn vervangen zal worden door de term ‘stoornissen in de hersencircuits’.<sup>90</sup> RDoC introduceert hier dus niet alleen een wetenschapsprogramma, maar ook een metafysische claim die de wetenschap overstijgt, namelijk een uitspraak over de aard van stoornissen. Aan de ene kant stelt RDoC een pluralistisch systeem voor dat met name gericht is op het structureren van het onderzoek, maar aan de andere kant berust het systeem op één principe en is het in die zin juist niet pluralistisch.<sup>91</sup> RDoC is bedoeld als onderzoeksstrategie, maar deze onderzoeksstrategie wordt omringd door metafysische assumpties.

### *Conclusie*

Het sociaal constructivisme, het pragmatisme, het idee van natuurlijke soorten en het essentialisme vormen verschillende uitgangspunten in het denken over de aard van stoornissen. De verschillende uitgangspunten interpreteren tevens de rol van de wetenschap op verschillende wijze. De opvatting over wat een valide construct is, wordt bepaald door een onderliggende theorie over het

---

<sup>87</sup> Zachar (2014), p. 146.

<sup>88</sup> Hengeveld (2003), p. 594.

<sup>89</sup> Zachar (2000), p. 60.

<sup>90</sup> Insel & Cutbert (2015), p. 500.

<sup>91</sup> Insel et al. (2010), p. 749.

wetenschappelijke model.<sup>92</sup> In het huidige hoofdstuk heb ik aangetoond dat RDoC een impliciet essentialistische opvatting van stoornissen heeft. Door te stellen dat de etiologie van stoornissen te duiden is in termen van verstoringen in hersencircuits, en te stellen dat dit het (enige) bewijs voor het bestaan van een stoornis kan zijn, neemt RDoC een causaal realistische positie in. Het causaal realisme bestaat eruit dat RDoC opzoek is naar verstoringen in hersencircuits, en tegelijk deze circuits aandraagt als oorzaak van de menselijke ervaringen. Het probleem is vervolgens dat RDoC in een voorlopig wetenschappelijk model metafysische claims maakt. In hoofdstuk 5 zal ik dieper ingaan op de metafysische uitdaging van de psychiatrie, en de manier waarop RDoC zich hiertoe verhoudt. In het volgende hoofdstuk zal ik eerst ingaan op de normatieve uitdaging voor de psychiatrie. Metafysische assumpties overstijgen het domein van de wetenschap. De metafysische positie heeft implicaties voor het normatieve kader van RDoC.

---

<sup>92</sup> Aragona (2015), p. 42.

## Hoofdstuk 4 – Een nadere analyse van RDoC

Wetenschappelijke realisten stellen dat de wetenschap het doel heeft om een letterlijk waar verhaal te vertellen over hoe de wereld in elkaar zit.<sup>93</sup> Dit verhaal representeert een onafhankelijke waarheid.<sup>94</sup> In de psychiatrie probeert men onafhankelijke en ware uitspraken over stoornissen te formuleren. In het vorige hoofdstuk heb ik laten zien dat er verschillende manieren zijn waarop men kan denken over de aard van stoornissen. De normatieve uitdaging voor de psychiatrie, wat is normaal en wat niet, zal centraal staan in dit hoofdstuk.

Eerst zal ik kort ingaan op de term ‘objectiviteit’ in de wetenschap. Menselijke interesses en waarden blijken op verschillende niveaus van het wetenschappelijke proces essentieel te zijn. Vervolgens ga ik in op de onderzoeksmethode van RDoC. RDoC stelt dat technieken uit de neurowetenschappen disfuncties in de hersenen kunnen identificeren.<sup>95</sup> Echter, *imaging* technieken zijn in staat om verschillen in de hersenen te tonen, maar kunnen geen pathologie aantonen. Er is een normatief kader nodig om te kunnen beslissen wat wij beschouwen als normaal gedrag en niet normaal. Daarnaast zal ik betogen dat een symptoom in de klinische context anders is dan een symptoom in de wetenschappelijke context. In de klinische context kan het symptoom vanuit een medisch of biologisch perspectief worden benaderd, maar ook vanuit een sociaal of psychologisch perspectief. Zo is de ontwikkeling van een disfunctie ook het gevolg van bepaalde omgevingsfactoren, de leefwereld van de mens, en de reacties van de mens op het eigen disfunctioneren. Voor deze interacties is er in het causaal gedefinieerde model van RDoC echter nauwelijks aandacht.

### 4.1 *Evaluatie en interpretatie in de wetenschap*

Op welke manier een wetenschapper een theorie wil onderbouwen is vaak een pragmatische keuze. Dat wat men kan onderzoeken, is een meer voor de hand liggende insteek voor het onderzoek, dan iets wat men (nog) niet kan onderzoeken. Daarnaast is de wetenschap een praktijk die niet onafhankelijk is van de menselijke interesse. De keuze voor een validator, het organiserende principe voor de betreffende taxonomie, is deels afhankelijk van persoonlijke interesse.<sup>96</sup> Ralston en Swinkels stellen dat verschillende wetenschappers hun eigen zogenaamde ‘lievelingsvalidator’ hebben.<sup>97</sup> Zo is de lievelingsvalidator van Insel bijvoorbeeld *neuroimaging*. Een validator is er om construct of categorie

---

<sup>93</sup> Ralston en Swinkels (2015). P. 590.

<sup>94</sup> Ralston en Swinkels (2015). P. 590.

<sup>95</sup> Insel et al. (2010), p. 749.

<sup>96</sup> Ralston en Swinkels (2015), p. 590.

<sup>97</sup> Ralston en Swinkels (2015). P. 590.

<sup>98</sup> De term ‘lievelingsvalidator’ is oorspronkelijk naar een idee van Kendler.



te valideren. De validator onderbouwt het construct binnen een systeem van betrekkingen. De validator is dus in eerste instantie ‘geldig’ binnen dit systeem van betrekkingen, zoals de wetenschap. Terwijl Insel ervan overtuigd is dat zijn validator de juiste is, zijn er andere wetenschappers die ervan overtuigd zijn dat andere vormen van validatie de juiste zijn. Zo zijn er ook wetenschappers die zoeken naar patronen in gedrag, symptoomclusters of bijvoorbeeld endofenotypen.<sup>99</sup> De wetenschap gaat zo uit van verschillende theorieën. Theorieën mogen en kunnen verschillen, zonder dat het onderzoek ongeldig is.

In het onderzoek heeft men voorkeuren en daarnaast is men afhankelijk van de mogelijke manipulaties, zoals beschikbare onderzoeksgroepen. De wetenschap wordt zo deels gestuurd door pragmatische keuzes en overtuigingen. Op zichzelf is deze ‘arbitraire’ factor van de wetenschap niet problematisch, omdat de wetenschap op den duur onjuiste theorieën herkent en weer verwerpt. Dat Insel een validator ‘kiest’ voor een wetenschappelijk construct is dus niet problematisch, omdat de geldigheid van het construct zich nog moet bewijzen. De stellingname of keuze voor een validator is niet problematisch, omdat de wetenschappelijke claim hier geen metafysische claim is. Desalniettemin toonde ik in hoofdstuk 3 aan dat Insel niet alleen empirische claims, maar ook overkoepelende filosofische claims maakt. Hierdoor hebben de claims van RDoC niet alleen gevolgen voor de wetenschappelijke, maar ook de klinische praktijk.

In de wetenschap wil men het construct ‘stoornis’ valideren, en verwijst het begrip ‘stoornis’ met name naar iets dat middels de wetenschap onderbouwd kan worden. De term ‘stoornis’ in de klinische context omvat meer dan een wetenschappelijk construct. In de klinische context probeert men een diagnose te valideren.<sup>100</sup> Zo vraagt het gebruik van de term ‘agorafobie’ in de klinische context om meer dan kwantificeerbare eigenschappen, maar ook om een evaluatie van normatieve eigenschappen. Of de clinicus mag spreken van ‘agorafobie’ vraagt om een afweging: is dit gedrag normaal of niet? Om deze afweging te kunnen maken refereert de clinicus óók naar de maatschappij, cultuur of bijvoorbeeld de levensloop van de patiënt. De clinicus overweegt of iets disfunctioneel is in het leven van deze patiënt, in deze maatschappij.

De klinische realiteit is anders dan het beeld dat de wetenschap kan duiden. Hoe RDoC hiermee omgaat zal in de volgende paragraaf worden uiteengezet.

#### 4.2 *Normativiteit en conceptuele validiteit*

De poging van RDoC om de onderzoeks domeinen los van de huidige DSM-classificatie structuur te willen definiëren is een belangrijke stap voor de psychiatrie. De nadelen van de structuur van de DSM heb ik in hoofdstuk 1 beschreven, bijvoorbeeld dat de DSM-categorieën een hoge comorbiditeit

---

<sup>99</sup> Ralston en Swinkels (2015), p. 590.

<sup>100</sup> Murphy (2015), p. 74.

hebben en dat het gebruik van de DSM reïficatie in de hand werkt. Het loslaten van bepaalde categorieën kan de psychiatrie daarom vooruit helpen. Ondanks de vooruitstrevende inzet van RDoC zal ik betogen dat de volgende stap van RDoC niet in de gewenste richting is.

Nieuwere technieken, zoals gentechnologie of *neuroimaging*, kunnen steeds beter verschillen op neuronaal niveau aantonen. Specifieke informatie over een bepaald hersengebied leidt tot meer kennis over een patiëntenpopulatie. Een voorbeeld hiervan is de kennis dat patiëntengroep A, met angst om naar buiten te gaan, minder activiteit in hersencircuit X heeft dan patiëntgroep B, een normale populatie. Er is hier sprake van een correlatief verband. Een correlatief verband kan echter niets bewijzen met betrekking tot causaliteit. Er is aangetoond dat er een objectief gegeven bestaat dat verklaart waarom groep A van groep B verschilt, maar er is niet aangetoond of dit verschil pathologisch is.<sup>101</sup> Nieuwe technieken laten duidelijkere verschillen zien, maar tonen niet aan wat wel of niet een stoornis is.<sup>102</sup>

Hoe goed een instrument, zoals de DSM, het domein van stoornissen onderscheidt van niet-stoornissen noemt Wakefield conceptuele validiteit.<sup>103</sup> Wakefield onderscheidt conceptuele validiteit van construct validiteit. Conceptuele validiteit van een instrument gaat over de overkoepelende normatieve vraag naar het bestaan van stoornissen: wat is normaal gedrag en wat niet? Construct validiteit doelt op de mate waarin een instrument in staat is categorieën die corresponderen met de werkelijkheid te onderscheiden. Construct validiteit gaat niet over de vraag of stoornissen bestaan, maar vooral over de vraag of *aspecten* van stoornissen bestaan. RDoC heeft zich gericht op het bewerkstelligen van construct validiteit, maar gaat niet expliciet in op het conceptuele kader. RDoC wijst op verschillen, en geeft daarmee een puur wetenschappelijke definitie van stoornissen. RDoC haalt construct validiteit en conceptuele validiteit door elkaar, omdat RDoC conceptuele uitspraken doet terwijl het onderzoek gericht is op constructen. Als RDoC zich zou beperken tot uitspraken over construct validiteit, dan is er weinig aan te merken op de onderzoeksstrategie van RDoC. Echter, RDoC claimt ook conceptuele validiteit, en daar schiet de wetenschappelijke definitie van stoornissen van RDoC tekort.

Een wetenschappelijke definitie van disfunctie is verbonden met het idee van wat men normaal vindt, dat wat men verenigbaar met het menselijk leven vindt. Dit idee van wat normaal is, wordt dus meestal niet intern (binnen de termen van een bepaald theoretisch kader) gedefinieerd, maar mede door de leefwereld van de mens. Definities die verwijzen naar de leefwereld doen meestal een beroep op normatieve kaders. Dit zijn kaders die betrekking hebben op opvattingen over wat we gewoon,

---

<sup>101</sup> Murphy (2015), p. 68.

<sup>102</sup> Hengeveld (2003); Poorthuis (2015).

<sup>103</sup> Wakefield (2014), p. 38.

wenselijk, of juist verwerpelijk vinden.<sup>104</sup> In een puur wetenschappelijke definitie is er geen (conceptuele) ruimte voor deze normatieve realiteit. Een puur wetenschappelijke definitie mist dus de verbinding met de leefwereld van de mens, en kan daardoor niet zomaar vertaald worden naar de praktijk.

Een hieraan verbonden probleem met het objectiveren van de stoornis heeft te maken met de manier waarop een patiënt interacteert met de stoornis. De wetenschap is in staat om symptomen, zoals lusteloosheid, slapeloosheid of angst, te kwantificeren. Maar deze symptomen verwijzen daarnaast naar een eigen werkelijkheid, de leefwereld van de patiënt. Dit zorgt ervoor dat binnen bijvoorbeeld de categorie ‘agorafobie’ iedere patiënt weer een individuele vorm van een stoornis ervaart. In de klinische context laat de patiënt de symptomen van een stoornis zien en daarnaast ook reacties op de symptomen. Omdat deze reacties relevant zijn voor het beloop van de stoornis, moeten deze reacties meegenomen worden in een klinische begrip van de stoornis. Kortom, een puur wetenschappelijke definitie is niet direct over te brengen naar de praktijk. Dit ‘vertaalprobleem’ is er omdat men in de klinische context te maken heeft met normatieve kaders en de individuele leefwereld van de patiënt. Dit betekent niet dat er in de klinische context geen gebruik moet worden gemaakt van puur wetenschappelijke definities, integendeel, maar de stoornis in de klinische context bestaat uit meer aspecten dan de puur wetenschappelijke definitie kan omschrijven.

#### 4.3 *Normativiteit en omgeving*

Niet alleen in het wetenschappelijke proces spelen waarden een rol. Ook de maatschappij is constitutief voor een normatief kader van stoornissen. Ian Hacking toont dit aan in een artikel over het fenomeen kindermishandeling. In zijn artikel wordt beschreven hoe voor 1962 mishandeling bij kinderen een nagenoeg onzichtbaar sociaal probleem was.<sup>105</sup> Dit veranderde toen in 1962 voor het eerst een artikel op dit gebied werd gepubliceerd. Een onderzoeksgroep, onder leiding van Henry Kempe, publiceerde een artikel met de titel: ‘*The Battered Child Syndrome*’.<sup>106</sup> De onderzoekers beweerden in het artikel dat er meer kinderen stierven door het geweld van ouders of voogden, dan door ziektes zoals leukemie. Het artikel was belangrijk, omdat het vermoeden van artsen over de ernst van de mishandeling van ouders richting hun kinderen bevestigd werd. Door de bekendheid van het artikel werd het voor artsen makkelijker om niet alleen de symptomen te behandelen, maar ook de oorzaak. Na de publicatie van Kempe steeg het aantal publicaties over kindermishandeling aanzienlijk. Dat er een categorie ontstond waarin kindermishandeling beschreven werd, veranderde de kijk op kindermishandeling. Volgens Hacking worden mensen beïnvloed door de categorie waarin ze beschreven worden (in dit geval bijvoorbeeld: kindermisbruiker of misbruikt kind). Volgens Hacking

---

<sup>104</sup> Glas (2008), p. 23.

<sup>105</sup> Hacking (1991), p. 266.

<sup>106</sup> Kempe et al. (1962).

handelen en beslissen mensen in termen van beschikbare beschrijvingen. Op het moment dat er nieuwe beschrijvingen ontstaan, ontstaan er ook nieuwe handelingen en beslissingen.<sup>107</sup> De maatschappij heeft op den duur betekenis gegeven aan het *battered child syndrom*. Dit maakte het mogelijk om kindermishandeling als immoreel en niet-normaal te bestempelen. Het artikel van Hacking laat zien dat disfunctionele verschijnselen vaak niet begrepen kunnen worden zonder de achtergrond van de manier waarop de samenleving op dat moment verschijnselen interpreteert.

Eerder beweerde ik al dat de normativiteit te maken heeft met de vraag naar wat normaal is. Met het voorgaande voorbeeld van de ontwikkeling van het *battered child syndrom* wil ik laten zien dat het antwoord op de vraag naar wat normaal is, niet vast staat. Er is geen parameter van normaliteit, die door wetenschappelijk onderzoek geobjectiveerd kan worden, omdat deze parameter telkens weer verschuift. Of men gedrag normaal vindt hangt af van de omstandigheden. Somberheid, slapeloosheid en lusteloosheid vinden we normale verschijnselen wanneer een geliefde twee maanden geleden is overleden, maar niet als dit al vijf jaar geleden is. Een kind wordt sneller druk gevonden in een omgeving met veel prikkels, dan hetzelfde kind in een prikkelarme omgeving. Kortom, de omstandigheden die bepalen of gedrag normaal is, zijn onderhevig aan allerlei sociale en culturele factoren, die niet in een wetenschappelijke definitie van stoornissen geïntegreerd zijn.

In paragraaf 4.2 en 4.3 heb ik aangetoond dat door het gebruik van wetenschappelijke concepten in een klinische context, de normatieve aspecten van de stoornis onder druk komen te staan. Zo wordt de term ‘disfunctie’ of ‘stoornis’ óók bepaald door maatschappelijke factoren en de reacties van de mens op het eigen disfunctioneren. Of een begrip, naast een valide wetenschappelijke construct, conceptueel valide is, hangt van meer af dan alleen van de validiteit van het wetenschappelijke construct. In de klinische context kent het begrip ‘stoornis’ allerlei connotaties, die niet in het wetenschappelijke begrip ‘stoornis’ gedekt worden. Dit is een probleem op het moment dat vakwetenschap vermengd wordt met metafysische assumpties, omdat het begrip dan in zowel de wetenschappelijke context, als de klinische context wordt gebruikt. Voor de normatieve interacties tussen de maatschappij, het individu en de stoornis wordt er echter in het causaal gedefinieerde model van RDoC geen kader geboden. Dit is opmerkelijk, omdat men kan verwachten dat het loskomen van de DSM-categorieën eerst een nieuw normatief kader vereist.<sup>108</sup>

#### 4.4 *Echte stoornissen*

Volgens het NIMH hebben de categorieën van de DSM in de loop van de tijd meer waarheidswaarde toegeschreven gekregen dan deze categorieën verdienen.<sup>109</sup> Hiermee wordt bedoeld dat er met betrekking tot de categorieën van de DSM sprake is van reïficatie (verdinglijking). Wanneer

---

<sup>107</sup> Hacking (1991), p. 254-255.

<sup>108</sup> Wakefield (2014), p. 38.

<sup>109</sup> Zachar (2014), p. 204.

classificatiecategorieën worden opgevat als een natuurlijke soort, terwijl ze oorspronkelijk bedoeld zijn als pragmatische soort, is er sprake van reïficatie.<sup>110</sup> Reïficatie is een type cirkelredenering die regelmatig voorkomt in het spreken over de categorieën van de DSM. De uitspraak “mijn kind is druk, omdat hij ADHD heeft” is hier een voorbeeld van. Het NIMH stelt dus dat de DSM-categorieën te vaak als écht causale categorieën worden gezien, terwijl de categorieën in eerste instantie als kunstmatige soort bedoeld waren. Het NIMH stelt vervolgens dat een systeem zoals RDoC wél de werkelijkheid dicht zal benaderen (*it carves nature at its joints*), omdat RDoC haar categorieën baseert op etiologie.<sup>111</sup> Eerder zagen we dat de etiologie door RDoC wordt gedefinieerd in termen van een causale interne eigenschap (passend bij het essentialisme).<sup>112</sup>

De mate waarin iets onafhankelijk van de mens (*mind-independent*) kan worden uitgelegd, wordt vaak verward met de mate van ‘echtheid’. Iets wordt als ‘echter’ bestempeld op het moment dat het onafhankelijk van menselijke interesse, cultuur, sociale invloeden en waarden uitgelegd kan worden. Men vergeet dat deze ‘causale interne eigenschap’ zelf ook beïnvloed kan worden door menselijke interesse. Een bekend voorbeeld hiervan is de opkomst van de diagnose ‘dissociatieve identiteitsstoornis’ (DIS). DIS doelt op het verschijnsel waarbij iemand twee of meer verschillende persoonlijkheden kan aannemen. In een ander artikel van Ian Hacking in 1995 wordt de geschiedenis van DIS geanalyseerd.<sup>113</sup> Nadat DIS een officiële APA diagnose werd, steeg het aantal gevallen van DIS aanzienlijk. Hacking vroeg zich vervolgens terecht af: is er een nieuwe stoornis, of zijn de symptomen nooit opgemerkt? De oorzaak van de symptomen was bekend. DIS werd gezien als een *coping* mechanisme dat een reactie was op vroeg en herhaaldelijk trauma. Nu de symptomen en oorzaken van DIS bekend zijn, is DIS dan echter of reëler? Niet per se. De symptomen kunnen we waarnemen en de oorzaken hieraan statistisch correleren, maar dit wil nog niet zeggen dat er per se sprake is van een aparte stoornis. Het zou kunnen, maar het is niet noodzakelijk. Immers, de oorzaak van DIS kan op zijn beurt beïnvloed zijn door sociale invloeden. De ‘echte’ oorzaak is dus moeilijk te duiden. Verzandt de wetenschap dan niet in een eindeloos relativisme, waarbij er nooit een ‘echte oorzaak’ geclaimd mag worden? Nee, dat zou onwerkbaar zijn. ‘Echtheid’ mag in die zin wel gebruikt worden. Van belang is dat men begrijpt dat ‘echtheid’ een abstractie is. Echtheid is geen reële, causale entiteit in de wereld, die we kunnen aanhalen als bewijs voor onze theorie.<sup>114</sup> De psychiatrie moet over categorieën stoornissen kunnen zeggen dat ze bestaan, anders wordt het onwerkbaar. De stoornis bestaat echter niet omdat de ‘echte’ oorzaak van de stoornis bekend is, maar omdat men het op verschillende gronden aannemelijk vindt dat de stoornis bestaat.

---

<sup>110</sup> Nieweg (2005), p. 687.

<sup>111</sup> Zachar (2014), p. 204.

<sup>112</sup> Zachar (2014), p. 146

<sup>113</sup> Dooremalen et al. (2007), p. 357-358.

<sup>114</sup> Zachar (2014), p. 7.

### *Conclusie*

De normatieve uitdaging in de psychiatrie bestaat uit het vinden van een antwoord op de vraag naar wat normaal is en wat niet. In dit hoofdstuk heb ik betoogd dat RDoC onvoldoende conceptuele kaders geeft om normatieve aspecten van de stoornis te kunnen duiden. Als RDoC alleen een onderzoeksstrategie poogt te zijn, dan is het niet per se problematisch dat er weinig aandacht is voor normatieve aspecten van stoornissen. De wetenschap probeert immers aspecten van stoornissen te valideren. Echter, RDoC doet ook uitspraken die betrekking hebben op het geheel. In de klinische context heeft non-normativiteit wel implicaties. Hoe verhoudt RDoC zich tot de normatieve aspecten van stoornissen? Het doel van RDoC is om onderliggende disfuncties die leiden tot psychiatrische symptomen te ontdekken. Hersenonderzoek kan echter alleen verschillen aantonen, maar geen disfuncties. Dat wat geldt als pathologisch kan niet gemeten worden. Het idee dat de objectieve werkelijkheid bestaat uit uitsluitend aanwijsbare en meetbare entiteiten is onjuist.<sup>115</sup> Ik heb betoogd dat andere aspecten ook bijdragen aan de vorming van de werkelijkheid van de stoornis, waardoor het gebruik van het woord ‘stoornis’ in de klinische context verschilt van de wetenschappelijke context. Een stoornis in de klinische context, een diagnose, wordt gevormd door het geheel van symptomen. Dit geheel van symptomen bestaat ook uit de interactie van de patiënt met de stoornis, de steeds verschuivende maatschappelijke parameter van normaliteit en de directe omgeving van een patiënt. Het recht doen aan de normatieve betekenis van de stoornis leidt tot een zinvol begrip van stoornissen, waarin ook aan de maatschappelijke en individuele aspecten van de stoornis recht wordt gedaan. Daarnaast heb ik aan de hand van Hacking betoogd dat uit het aantonen van een echte oorzaak voor een verschijnsel, niet automatisch volgt dat het verschijnsel ook echt bestaat. Echtheid is geen reële, causale entiteit in de wereld, dat als bewijs voor een theorie mag gelden.

Hoe de wetenschap zich tot de verschijnselen verhoudt is een terugkerende vraag in deze scriptie. In dit hoofdstuk werden enkele grenzen van het vermogen van de empirische wetenschap aangegeven. De term ‘objectiviteit’ in de wetenschap roept vragen op. In het volgende hoofdstuk wil ik hier op voortborduren. In het volgende hoofdstuk zal ik de impliciet essentialistische insteek van RDoC nader onderzoeken. Hierbij komt de tweede, metafysische, uitdaging van de psychiatrie aan de orde, namelijk de vraag naar de metafysische soort van stoornissen. Aan de hand van het idee van de tweede natuur van de filosoof McDowell toon ik dat de ervaring een essentieel aspect van stoornissen is. Het verschijnsel, de stoornis, kan niet volledig beschreven worden zonder de ervaring.

---

<sup>115</sup> Loughlin & Miles (2015), p. 156.

## Hoofdstuk 5 – Wat is een stoornis? Naar een epistemisch pluralisme

In zijn boek *'Ludwig Wittgenstein: taal, de dwalende gids'* maakt Bert Keizer een onderscheid tussen het beschrijven en het ervaren van verschijnselen. Keizer stelt dat de ervaring niet tot de beschrijving gereduceerd kan worden. De ervaring van het dorstlessende effect van water kan niet gereduceerd worden tot het drinken van H<sub>2</sub>O. Een fysiologische beschrijving biedt een verklaring en draagt bij aan het begrijpen van het fenomeen. Het biedt echter geen beschrijving van de kwalitatieve eigenschappen van het fenomeen en zegt daarom weinig over hoe het is om een fenomeen te ervaren. Zo is een gebroken arm op zichzelf geen psychisch verschijnsel, maar de pijn die bij de gebroken arm hoort wel. Het ervaren is een nieuwe eigenschap van het fenomeen, dat alleen tot uiting komt in een interactie tussen de onderdelen.<sup>116</sup>

Met het oog op de essentialistische insteek van RDoC zal ik het systeem dat zij gebruiken nogmaals onderzoeken. RDoC gaat uit van een realistische positie in een poging om de psychiatrie te legitimeren, wat betekent dat RDoC door wetenschappelijke methoden de essentie van de stoornis gaat herleiden. Het is echter de vraag of dit wel mogelijk is. Zo stelt de filosoof John McDowell dat het domein van de wetenschap niet gelijk moet worden gesteld aan alles wat echt en natuurlijk is. In dit hoofdstuk wil ik mij richten op de vraag of de complexe structuur van psychiatrische stoornissen is te duiden aan de hand van een essentialistische opvatting van stoornissen. Hierbij vraag ik mij af of de essentialistische insteek waar RDoC voor kiest een correcte en zinvolle methode is om het validiteitsprobleem van de psychiatrie op te lossen. Een introductie van het idee van de tweede natuur van McDowell volgt, waarbij duidelijk wordt dat de tweede natuur constitutief is voor ons begrip van de menselijke leefwereld, en daarmee het domein van de psychiatrie. De essentialistische insteek kan ertoe leiden dat alternatieven voor de psychiatrie onterecht worden uitgesloten. Aan het eind van dit hoofdstuk zal ik ingaan op de rol van de psychiater. De psychiatrie is een wetenschapsgebied dat aan de ene kant sociaal en aan de andere kant medisch is, en de psychiater moet zich tot beide 'versies' van de psychiatrie zien te verhouden. Ten slotte stel ik daarom dat de psychiater een integrerende rol heeft, waarbij de psychiater oog moet hebben voor de diverse theoretische grondslagen van de psychiatrie.

### 5.1 *McDowell's idee van de tweede natuur*

De filosoof John McDowell (1942) houdt zich bezig met de vraag hoe het menselijk denken zich tot de wereld verhoudt.<sup>117</sup> Volgens McDowell kan de werkelijkheid niet uitsluitend door middel van de

---

<sup>116</sup> Hengeveld (2003), p. 595.

<sup>117</sup> McDowell (1996); Broome (2007).

wetenschap, of in wetenschappelijke categorieën, geïdentificeerd kan worden. McDowell waarschuwt voor het gelijk stellen van het domein van wetenschappelijk onderzoek aan alles wat echt en natuurlijk is. Met deze uitspraak doelt McDowell niet op degradatie van de wetenschap. Middels de wetenschap kunnen steeds betere verbanden worden gelegd in termen van oorzaak en gevolg, in verschillende wetenschapsgebieden. Specifiek voor de psychiatrie hopen velen dat we op den duur ook het menselijk dysfunctionele gedrag meer in wetenschappelijke termen kunnen beschrijven. Betekent dit dat al het menselijk gedrag op den duur in wetenschappelijke termen te beschrijven is? McDowell waarschuwt juist voor het streven om het menselijk gedrag in uitsluitend wetenschappelijke termen te beschrijven. McDowell pleit tegen een zogenaamde positie die *bald naturalism* wordt genoemd.<sup>118</sup> *Bald naturalism* gaat ervan uit dat de werkelijkheid, door middel van de wetenschap, het menselijk wezen in volledig fysieke en reductionistische termen kan beschrijven. De mens is volgens deze positie uit te leggen middels het ‘rijk der natuurwetten’ (*realm of law*). De *realm of law* is een rijk waarin gebeurtenissen verlopen volgens oorzaak en gevolg. Het gevolg daarvan is dat een niet-causale manier van denken in het rijk der natuurwetten uitgesloten is.

McDowell gaat niet volledig mee in de uitleg van de wereld volgens het *bald naturalism*. De mens bezit volgens McDowell een niet-causale manier van denken, die spontaniteit (*the faculty of spontaneity*) wordt genoemd. Spontaniteit kan niet in termen van rijk der natuurwetten uitgelegd worden, maar moet opgevat worden als een cognitieve capaciteit die zich afspeelt in de zogenaamde *space of reasons*. Externe stimuli worden verwerkt door de mens, waarbij onze cognitie stimuli sorteert. Dit proces heeft nieuwe, gestructureerde cognities als uitkomst. Cognitieve spontaniteit past bij het karakter van ons brein, het is een structurerende creativiteit.<sup>119</sup> Spontaniteit is niet uit te leggen volgens de wetmatigheden van het rijk der natuurwetten en vormt daarmee een probleem voor het *bald naturalism*. Zou het *bald naturalism* op grond hiervan verworpen worden dan ontstaat de kans dat men verzeft in het *rampant platonism*. Het *rampant platonism* is het (te sterke) idee van twee gescheiden onafhankelijke werelden, namelijk een dichotomie tussen geest en wereld. De wereld van de gedachten staat los van de wereld van de natuur. De wereld van de gedachten is als een bijproduct van de wereld van de natuur. Gedachten, gevoelens en impulsen bevinden zich in de wereld van de gedachten, maar ze hebben in deze uitleg geen causale invloed op de wereld.<sup>120</sup> De kant van dit dualisme moet men ook niet willen opgaan. Zowel *bald naturalism* als *rampant platonism* bieden geen ideale beschrijving van de relatie tussen de mens en de natuurlijke wereld. Dit roept de vraag op hoe het mogelijk is dat spontaniteit aan de ene kant niet-natuurlijk is (namelijk niet uit te leggen in het rijk der natuurwetten), maar aan de andere kant wel onlosmakelijk verbonden is met onze sensorische

---

<sup>118</sup> Voor deze uitleg heb ik gebruik gemaakt van een niet-gepubliceerd paper van West, C., in te zien via: [https://www.academia.edu/3047837/Discuss\\_Critically\\_the\\_Role\\_of\\_Second\\_Nature\\_in\\_McDowells\\_Empiricism](https://www.academia.edu/3047837/Discuss_Critically_the_Role_of_Second_Nature_in_McDowells_Empiricism).

<sup>119</sup> Robert, H. (2013), via <https://plato.stanford.edu/archives/win2016/entries/kant-judgment/>.

<sup>120</sup> Kendler (2005), p. 434.



capaciteiten.<sup>121</sup> McDowell vindt een oplossing voor dit probleem in het idee van de tweede natuur (*second nature*).<sup>122</sup>

Onze tweede natuur is zoiets als het raamwerk waardoor wij kennis uit de wereld ontleen. Dit raamwerk is gevormd door onze ideeën, kennis, overtuigingen, waardoor de mens niet blanco kan denken. Het idee van de tweede natuur zegt iets over de manier waarop waarden invloed hebben op onze ‘objectieve’ kennis. Deze tweede natuur is niet aangeboren, maar bestaat in essentie uit de manier waarop onze vorming heeft plaatsgevonden. Dat wil zeggen, de tweede natuur is op een bepaalde manier gevormd, niet alleen door de vermogens waarmee de mens geboren wordt, maar ook door opvoeding, onze *Bildung*.<sup>123</sup> De ethische opvoeding van de mens resulteert in gewoonten, gedachten en acties. Dit geheel van gewoonten omvat onze tweede natuur. Dit is belangrijk, omdat deze tweede natuur kennelijk iets doet, het brengt iets teweeg in onze wereld. Met dit ‘teweeg brengen’ doel ik niet op een relatie van oorzaak en gevolg. Ik bedoel dat de tweede natuur ‘iets doet in de wereld’ en dus niet iets dat los kan staan van de wereld. De dingen die uitgelegd kunnen worden in het rijk der natuurwetten hebben niet alleen invloed op onze tweede natuur, ook onze gevoelens, gedachten en impulsen zijn verantwoordelijk voor onze ervaring.<sup>124</sup> De menselijke leefwereld kan niet volledig begrepen worden zonder onze tweede natuur.

Wat betekent dit nu voor onze discussie? Het voorgaande is niet bedoeld als anti-wetenschappelijk argument in de discussie over de aard van stoornissen. In tegendeel, de (neuro)biologie draagt veel bij aan de kennis over de mens en de psychiatrie is gebaat bij deze kennis. Het is eerder een manier om te zeggen dat het gelijkstellen van het ‘zijn’ met het bestek van de natuurwetenschappen de mogelijkheden om de mens in zijn geheel (waaronder mentale stoornissen) te kunnen begrijpen juist begrenst.<sup>125</sup> Niet alleen de natuurlijke wetten zijn een manier om de wereld te beschrijven, er zijn andere paradigma’s die ook bijdragen aan onze kennis over de mens.

Het voorgaande pleit ervoor om de gevoelswereld van de mens niet te reduceren tot enkel de fenomenen die dankzij de wetenschap te begrijpen zijn. Maar waarom zou de psychiatrie eigenlijk niet willen reduceren? Het is mogelijk om vast te stellen dat iemand blind is, zonder zelf blind te zijn. Er zijn verklaringen voor blindheid en manieren om blinde mensen te helpen. Is het dan nog nodig om te begrijpen wat blindheid is? Tot op zekere hoogte wel. Wetenschappelijke verklaringen gaan over aspecten van het geheel. McDowell stelt dat de wetten van de wetenschap enkel bestaan uit oorzaak-gevolg relaties. De psychiatrie kan de kennis van die oorzaak-gevolg relaties integreren, vergelijkbaar

---

<sup>121</sup> McDowell (1996), p. 87.

<sup>122</sup> McDowell (1996), p. 87-88.

<sup>123</sup> McDowell (1996), p. 87.

<sup>124</sup> Kendler, (2005), p. 434.

<sup>125</sup> Broome (2007), p. 314.

met de manier waarop RDoC dat doet. Dit is zinvol, omdat het bijdraagt aan een beter begrip van stoornissen. Ook is reductie niet problematisch, wetenschap reduceert bijna altijd, zolang men weet dat er sprake is van reductie van het fenomeen. Het probleem is dat een stoornis complexere interacties kent dan oorzaak-gevolg relaties. RDoC beschrijft stoornissen als verschijnselen waarin de etiologie in verstoringen in hersencircuits moet worden gevonden binnen de wetenschap: een causaal realistische positie. RDoC gaat uit van een biomedisch ziektemodel, en gaat dit model aan de hand van causale paden bewijzen. RDoC is opzoek naar oorzaak-gevolg relaties om de aard van stoornissen te beschrijven. Het idee van de tweede natuur laat zien dat de aard van de stoornis, de dysfunctie van de ervaring, gekenmerkt wordt door complexe interacties, waarvan de richting van de interactie niet wetenschappelijk gedefinieerd kan worden.

De tweede natuur omschrijft de gewoontevorming van de mens. Deze gewoontevorming toont zich deels in de reactie van de patiënt op zijn of haar symptomen. Zo ontwikkelt een patiënt patronen. Deze patronen bestaan uit typen reacties op symptomen, zoals vermijding, dramatiseren, of medicaliseren. De reacties van de patiënt op symptomen kunnen opgevat worden als nieuwe eigenschappen die onderdeel van de stoornis zijn. Deze nieuwe eigenschappen vloeien voort uit de samenwerking tussen onderdelen van een systeem. De eigenschappen horen niet bij één onderdeel van het systeem, maar verschijnen door de interactie van de delen. Pijn kan beschreven worden aan de hand van losse onderdelen, zoals neuronen die vuren en een reactie veroorzaken. De ervaring van pijn is echter een nieuwe eigenschap, die alleen tot uiting komt in de interactie tussen de onderdelen.<sup>126</sup>

RDoC neemt de etiologie, de verstoringen in de hersencircuits, als uitgangspunt voor het beschrijven van de stoornis. Maar, RDoC vergeet dat de patiënt een geschiedenis heeft met de symptomen. In het beloop van de symptomen heeft de patiënt ook patronen gevormd die invloed hebben op de symptomen. Om dit te illustreren kan men denken aan een voorbeeld van het zelfbeeld van een meisje met een onzekere aanleg. Het zelfbeeld van het onzekere meisje vormt in eerste instantie nog geen probleem, totdat zich er een aantal ontwikkelingen voordoen. Op een zeker moment vraagt iemand bijvoorbeeld aan het meisje of ze is aangekomen. Het meisje ontwikkelt een preoccupatie met haar lichaamsvorm, die op dat moment belangrijk is voor haar zelfbeeld. Dit leidt ertoe dat het meisje een obsessie met haar lichaamsvorm ontwikkelt. Er slijten langzaam patronen in de beleving van het meisje. Ze controleert, ze vergelijkt en vermijdt situaties. Al deze ontwikkelingen hebben invloed op haar oorspronkelijk gewone zelfbeeld. De aanloop naar het negatieve zelfbeeld, de vorming van gewoonten, kan niet buiten beschouwing gelaten worden in de bespreking van haar stoornis.

RDoC lijkt echter het begin van de stoornis te markeren rond het moment dat de hersenstructuur van het meisje van haar leeftijdsgenoten begint te verschillen. Terugkomend op de vraag 'is het nodig om

---

<sup>126</sup> Hengeveld (2003), p. 595.; Glas (2008).

te begrijpen wat een stoornis is', antwoord ik naar aanleiding van het voorgaande bevestigend. Het is nodig, omdat men zich anders alleen bezighoudt met enkele aspecten van de stoornis. De inbedding van de symptomen zijn in de uitleg van RDoC buiten beschouwing gelaten. Hieruit concludeer ik dat RDoC een te eenzijdig ziektebegrip hanteert. RDoC begint met een wetenschappelijke blik en benadert vanuit die wetenschappelijke blik de werkelijkheid. De wetenschappelijke blik wordt zo voor de werkelijkheid gehouden en resulteert in een abstract ziektebegrip. Er is geen ruimte voor de tweede natuur, die juist op klinisch niveau een definiërende rol speelt.

## 5.2 *Epistemisch pluralisme*

Psychiatrische stoornissen spelen zich op meerdere en van elkaar verschillende verklaringsniveaus af.<sup>127</sup> De causale netwerken die ten grondslag liggen aan psychiatrische stoornissen bevatten non-lineaire interacties tussen verschillende verklaringsniveaus.<sup>128</sup> Dit gegeven onderbouwde ik eerder aan de hand van het idee van de tweede natuur, het idee van eigenschappen die ontstaan in de interactie tussen de onderdelen en normatieve eigenschappen van stoornissen. Om deze redenen moet een etiologisch model voor psychiatrische stoornissen pluralistisch zijn.<sup>129</sup> Ondanks de poging om specificiteit te vinden op het niveau van hersenen, kan een verklaring op het niveau van hersenen geen volledige verklaring van een stoornis bieden, zonder gebruik te maken van theorieën op andere verklaringsniveaus. Net zo goed als gedragsmatige symptomen meervoudig bepaald zijn, worden hersencircuits ook beïnvloed door factoren buiten het brein. Insel stelt dat gedragsmatige symptomen te non-specifiek en meervoudig bepaald zijn om uiteindelijk natuurlijke soorten te kunnen ontdekken.<sup>130</sup> Desalniettemin lijkt Insel ook te willen zeggen: deze specificiteit zal niet gevonden worden op gedragsmatig niveau, maar wel op het niveau van hersenen. Het is echter nog maar de vraag of de verstoringen in hersencircuits wel specifiek kunnen zijn. Het veronderstelt een versimpelde weergave van oorzakelijkheidsrelaties tussen verschillende verklaringsniveaus. Het meisje uit het voorbeeld in paragraaf 5.1 heeft wellicht verstoringen in de hersencircuits, die gecorreleerd kunnen worden met haar negatieve zelfbeeld. RDoC stelt dat de stoornis een hersenstoornis is, die dus herleid mag worden tot de verstoringen in de hersencircuits. De verklaring van de stoornis wordt nu echter tot één niveau beperkt, terwijl het negatieve zelfbeeld duidelijk niet los gedacht kan worden van de geschiedenis van de symptomen van het meisje en de patronen die hierin uitgesleten zijn. Hierbij denk ik aan opmerkingen uit het verleden, psychische en fysieke aanleg en de ontwikkeling met een preoccupatie van het zelfbeeld. Het reduceren van de stoornis tot een hersenverstoring, doet teniet aan al deze

---

<sup>127</sup> Kendler (2005).

<sup>128</sup> Kendler (2008), p. 700.

<sup>129</sup> Kendler (2005); Kendler (2008).

<sup>130</sup> Insel (2014), p. 395.

andere verklaringsniveaus.. Daarnaast draagt de uitleg op het niveau van hersencircuits wellicht bij aan het verklaren van het fenomeen, maar niet aan het begrijpen van het fenomeen.

De neurobiologie is in de afgelopen 30 jaar een dominant paradigma van de psychiatrie geworden. Het afwijzen van bijdragen van verschillende epistemische perspectieven, zoals kennis uit het klinisch verloop, de cognitie of het sociale domein, leidt echter tot een eenzijdige beschrijving van stoornissen.<sup>131</sup> Er is weinig discussie over de vraag of andere epistemische perspectieven ook iets te zeggen hebben over diagnostiek of classificatie. Een etiologische beschrijving van een stoornis is complex en interacteert met veel factoren, en de neurofysiologische wetenschap alleen kan daar de vinger niet helemaal op leggen. Er zijn meerdere epistemische perspectieven nodig om de psychiatrische stoornis te kunnen duiden. Het hanteren van een enge essentialistische beschrijving van de etiologie van stoornissen zorgt ervoor dat men niet geneigd zal zijn om in de wetenschap en klinische praktijk aandacht te besteden aan meerdere epistemische perspectieven.

Om te begrijpen waarom het belangrijk is om kritisch te zijn op de enge insteek van RDoC, kunnen we het doen van empirisch onderzoek vergelijken met de volgende imaginaire situatie. Een aantal onderzoekers zitten in het donker aan één tafel en op die tafel staat een multidimensionaal voorwerp. Er is een zaklamp waarmee het voorwerp beschenen kan worden, maar de onderzoekers kunnen niet van plaats wisselen. Zij beschrijven van de verschillende kanten het voorwerp, en kunnen aan elkaar beschrijven wat ze zien. Het neurobiologische onderzoek richt de zaklamp op een groot gedeelte van het voorwerp en kan daarom belangrijke informatie over het voorwerp onthullen. Desalniettemin kunnen de onderzoekers het hele voorwerp niet in één keer belichten, er wordt telkens één aspect belicht. De wetenschap toont feitelijke informatie, maar kan voor een complex fenomeen als de psychiatrische stoornis nooit het hele ‘voorwerp’ in één keer belichten. Reductie in de wetenschap is op zichzelf niet erg, zolang de reductie valide is.<sup>132</sup>

Ondanks dat de tweede natuur niet het onderwerp is van het empirische onderzoek in het rijk der natuurwetten, is de tweede natuur wel constitutief voor de beleving van de wereld. Door de bewering van RDoC dat zij een pluralistisch systeem ontwikkelen, wordt de suggestie gewekt dat het onderzoek van RDoC uiteindelijk leidt tot volledig zicht op het voorwerp uit het voorgaande voorbeeld. In werkelijkheid laat RDoC belangrijke onderdelen onbelicht. Het epistemisch pluralisme dat Ralston en Swinkels beschrijven is om deze reden interessant. Volgens hen is er tussen een ‘theoretisch armoedig monisme’ en een ‘chaotisch eclecticisme’ een gulden middenweg.<sup>133</sup> Deze bestaat uit een pluralistische visie op classificatie. De inhoud van deze pluralistische visie omschrijven Ralston en Swinkels als volgt:

---

<sup>131</sup> Broome & Bortolotti (2009), p. 31.

<sup>132</sup> Ralston en Swinkels (2015), p. 589.

<sup>133</sup> Ralston en Swinkels (2015), p. 592.

*“ruimte voor meerdere classificaties, en die niet alleen toestaan, maar ook helder zijn over de theoretische grondslagen van de classificaties. Een dergelijke classificatie kan gezien worden als een onderdeel van een ‘research program’: een samenhangend geheel van epistemische en ontologische keuzes en aannames, wetenschappelijke methodologie en daaraan gekoppelde validatoren. Deze validatoren zullen verschillen tussen classificaties, zoals ze ook doen tussen de dsm-5 en de beoogde taxonomie van Insel.”*<sup>134</sup>

Ralston en Swinkels

Het NIMH stelt haar hoop voor de validatie van de psychiatrie nu volledig op de (neuro)biologische psychiatrie. Dit terwijl een uitleg van de mens zoals McDowell die opwerpt laat zien dat de biologie als essentie van de psychiatrie juist kan leiden tot het volledig afsluiten van alternatieven voor de psychiatrie.<sup>135</sup>

De empirische wetenschap kan een poging doen om enkele aspecten die horen bij de tweede natuur te conceptualiseren. Ik heb in deze scriptie enkele eigenschappen van stoornissen genoemd die niet of nauwelijks gerepresenteerd worden in het wetenschappelijke model van RDoC. Hier volgt een korte opsomming van die eigenschappen: de reacties van de patiënt op zijn of haar symptomen en de patronen die hieruit voortvloeien, complexe tweede natuur interacties, de (steeds verschuivende) opvatting van de maatschappij, cultuur en leefwereld over normaliteit en de nieuwe eigenschappen die zich voordoen in de interactie tussen symptomen (zoals de ervaring ‘hoe het is om stoornis X te hebben’). De empirische wetenschap zou middels een empirisch pluralisme, waarin men helderheid schept over de epistemologische en ontologische keuzes en aannames op grond waarvan men uitspraken over de eigenschappen doet, een poging kunnen doen om aspecten van de tweede natuur te conceptualiseren.

### 5.3 *Wie is de psychiater?*

*“De psychiater die zich voorheen zo elegant bewoog ‘in the mind’ en ‘in the brain’, in de psychotherapie en in de neurobiologie, is momenteel in een diepe kloof terecht gekomen, tussen de psychotherapie en de neurobiologie. (..) Wie is de psychiater anno 2016?”*<sup>136</sup>

Damiaan Denys

---

<sup>134</sup> Ralston en Swinkels (2015), p. 592.

<sup>135</sup> Broome (2006), p. 314.

<sup>136</sup> Denys (2016). Geraadpleegd via <https://www.youtube.com/watch?v=Fu463zh4aUw>.

De crisis in de psychiatrie komt voort uit onzekerheid met betrekking tot de definitie en de theoretische basis van de psychiatrie. Wat is de psychiatrie en hoe moet de psychiater zich hiertoe verhouden. Is de psychiatrie een sociale, medische, of neurowetenschap?

RDoC probeert buiten de huidige kaders van de DSM te denken en is als gestructureerde onderzoeksmethode veelbelovend. Desalniettemin werd in de vorige paragraaf het belang van een theoretisch kader benadrukt. Zowel de neurobiologie en RDoC, als de wetenschappen waarop psychotherapeutische interventies zijn gebaseerd, zijn namelijk een ‘manier om’ de werkelijkheid te theoretiseren. Is het dan problematisch voor de leek om een gereduceerde uitleg van stoornissen aan te houden? Dat lijkt mij niet. Wel zal ik hier betogen dat het tegenovergestelde waar is voor de psychiater. De psychiater wordt wetenschappelijk opgeleid. Echter, de stoornis in de klinische context verschilt van de stoornis in de wetenschappelijke context. De psychiater moet wat met zijn of haar wetenschappelijk kennis én het verhaal van de patiënt. De patiënt bezit een (unieke) tweede natuur, die invloed heeft gehad op het beloop van het leven van de patiënt. Om deze reden kan de psychiater niet alleen uit de voeten met wetenschappelijke inzichten. Wat de psychiater in de praktijk doet, of zou moeten doen, is in staat zijn om een epistemisch pluralistisch perspectief in te nemen om recht te doen aan de patiënt.

De psychiater is dan pas in staat om de taal van de wetenschap en de taal van de tweede natuur van de mens met elkaar te verbinden. Hiervoor heeft de psychiater de taak om zich bewust te zijn van verschillende systemen van kennis met betrekking tot stoornissen. Dit kan ook aangeduid worden middels de metafoor van het voorwerp en de zaklamp uit de vorige paragraaf. De psychiater moet zich in enige mate kunnen herkennen in alle aangezichten van het voorwerp. De psychiater moet vervolgens kunnen schakelen tussen de verschillende zichten op het voorwerp die op dat moment van betekenis kunnen zijn voor een patiënt. Een eenzijdig begrip van stoornissen remt de psychiater juist in zijn vermogen te kunnen schakelen tussen de verschillende aangezichten.

### *Conclusie*

*“Telkens als de psychiatrie de maatschappij voorhoudt dat haar wetenschap nu dan toch dé werkelijkheid van psychiatrische aandoeningen zal tonen en daarmee haar legitimatie ten enenmale zal bewijzen, stelt zij zichzelf normen die wetenschappelijk irreëel zijn en filosofisch achterhaald. Ze organiseert daarmee haar eigen falen.”<sup>137</sup>*

Ralston en Swinkels

---

<sup>137</sup> Ralston en Swinkels (2015), p. 591.

Murphy stelde dat één van de twee uitdagingen voor de psychiatrie metafysisch is.<sup>138</sup> De uitdaging gaat over het bepalen van de soort waartoe stoornissen behoren, bijvoorbeeld of een mentale stoornis een natuurlijke soort is. In dit hoofdstuk ben ik ingegaan op een aspect van deze uitdaging voor de psychiatrie. Eerder werd aangetoond dat RDoC een impliciet essentialistische opvatting van stoornissen heeft. In dit hoofdstuk heb ik betoogd dat een essentialistische opvatting van stoornissen een te nauw conceptueel kader oplevert. RDoC maakt impliciete metafysische assumpties, waardoor het model niet alleen implicaties heeft voor de wetenschap, maar ook daarbuiten. Zou RDoC de metafysische assumpties laten vallen, dan zou RDoC zich kunnen richten op het bewijzen van een valide construct. In dit hoofdstuk heb ik onderbouwd waarom er gesproken kan worden over twee contexten waarin het begrip ‘stoornis’ wordt gebruikt. Deze wetenschappelijke en klinische context verschillen van elkaar. In de wetenschappelijke context worden verschijnselen in termen van oorzaak-gevolg relaties gedacht en gaat het vooral over dysfuncties op biologisch niveau. In de klinische werkelijkheid ziet de psychiater complexere beelden en wordt het duidelijk dat de wetenschap enkele connotaties van het begrip ‘stoornis’ niet dekt.

Het brein is zelf een onderdeel van de fysieke wereld, die kenbaar is via de wetten van oorzaak en gevolg.<sup>139</sup> Ik betoog dat dit niet geldt voor de verschijnselen van het brein. De verschijnselen van het brein zijn een verzameling van al onze emoties, interpretaties en betekenis: onze tweede natuur. Het is tevens het domein waar de psychiatrische stoornis zich manifesteert. Een stoornis is een dysfunctie die zich voordoet in de ervaring. Een patiënt is ten eerste op een bepaalde manier gevormd. Deze ontwikkeling is relevant in het denken over de stoornis. Ten tweede komen eigenschappen van de stoornis pas naar voren, wanneer verschillende aspecten van de stoornis interacteren. Om recht te doen aan deze ervaringsaspecten van het brein heeft de psychiatrie niet genoeg aan een essentialistische bendering van het brein. Ralston en Swinkels pleiten ervoor om ons niet te beperken tot één epistemisch perspectief. De tweede natuur is constitutief voor onze belevingswereld en daarom kan de psychiatrie de tweede natuur niet buiten beschouwing laten. Er zijn meer kennisbronnen die iets kunnen bijdragen aan ons begrip van de stoornis.

---

<sup>138</sup> Murphy (2015), p. 78.

<sup>139</sup> Broome (2007), p. 315.

## Conclusie

Het RDoC project van het NIMH grijpt in op de belangrijkste kritiek op de DSM. De kritiek op de DSM luidt onder andere dat de categorieën van de DSM een te lage validiteit hebben. Er bestaat een hoge mate van comorbiditeit tussen de categorieën. Het grote nadeel van de DSM-categorieën is dat ze uitsluitend gebaseerd zijn op gedragsmatige symptomen, aldus Insel. RDoC wil een nieuwe richting inslaan en daarom het empirisch onderzoek van de psychiatrie herstructureren. RDoC verworpt de DSM-categorieën en gaat vervolgens in een nieuwe onderzoeksmatrix uit van 5 cognitieve domeinen. Binnen elk domein wordt op verschillende niveaus onderzoek gedaan. In deze scriptie heb ik een antwoord gezocht op de vraag of RDoC in staat is om het validiteitsprobleem van de psychiatrie op te lossen. In mijn antwoord ben ik ingegaan op twee uitdagingen voor de psychiatrie, namelijk een normatieve uitdaging ('wat is normaal?') en een metafysische ('tot welke soort behoren stoornissen?'). Ik ben nagegaan in hoeverre RDoC een antwoord biedt op deze vragen. Uiteindelijk betoog ik dat de potentie van RDoC ligt in het verbeteren van de construct validiteit van het wetenschappelijk idee van stoornissen. Echter, in de bespreking van de normatieve en metafysische uitdaging van de psychiatrie wordt duidelijk dat RDoC als conceptueel model voor de klinische praktijk tekort schiet.

Het onderzoeksmodel van RDoC is breed geformuleerd, omdat er op verschillende niveaus kennis over stoornissen wordt verzameld. Desalniettemin is één van de assumpties van het model dat mentale stoornissen in werkelijkheid verstoringen in hersencircuits zijn. Impliciet introduceert RDoC hier een essentialistisch opvatting over de aard van stoornissen. De stoornis is namelijk te herleiden tot een patroon van verstoringen in de hersencircuits. Tevens wordt dit patroon van verstoringen geduid als de etiologie van stoornissen. Op basis van dit patroon wordt in het model van RDoC een stoornis onderscheiden van een niet-stoornis. RDoC neemt hiermee een causaal realistische positie in. De normatieve vraag, wat is normaal en wat niet, kan echter aan de hand van alleen dit model niet beantwoord worden. Hersenonderzoek kan aantonen dat er een objectief gegeven is, zoals een verstoring in een hersencircuit, waardoor groep A van groep B zou kunnen worden onderscheiden. Echter, een wetenschappelijke methode kan een verschil aanwijzen tussen A en B, maar de wetenschap kan niet aantonen of dat verschil pathologisch is. Om te beslissen wat telt als pathologisch gedrag is er meer nodig dan empirische kennis op het niveau van biologie of hersenen.

Om dit punt toe te lichten kan er een onderscheid worden gemaakt tussen construct en conceptuele validiteit. De mate waarin een instrument, zoals de DSM, het domein van stoornissen onderscheidt van niet-stoornissen wordt omschreven door het begrip conceptuele validiteit.<sup>140</sup> Construct validiteit

---

<sup>140</sup> Wakefield (2014), p. 38.



gaat over hoe goed een instrument in staat is om binnen het domein van stoornissen een onderscheid te maken tussen verschillende categorieën. Constructen worden door de wetenschap getoetst, de wetenschap onderzoekt zo of aspecten van stoornissen bestaan. Conceptuele validiteit heeft betrekking op een breder terrein, namelijk op wat wordt beschouwt als normaal of niet-normaal. Een antwoord op deze vraag refereert ten minste, naast wetenschappelijke inzichten, naar maatschappelijke normen en de leefwereld van het individu. Normatieve kaders worden dus meestal niet intern (binnen een theorie) gedefinieerd, maar worden ook gedefinieerd door de leefwereld van de mens. Of een definitie van een stoornis, naast een valide wetenschappelijke construct, conceptueel valide is, wordt door meer factoren bepaald dan de validiteit van het wetenschappelijke construct.

Eén van de assumpties van het model van RDoC is dat mentale stoornissen verstoringen in de hersenen zijn. Ik heb betoogd dat RDoC op dit punt ‘construct’ en ‘concept’ door elkaar haalt. RDoC doet namelijk uitspraken over de aard van de stoornis, door het maken van metafysische assumpties over stoornissen, terwijl het model bedoeld is om een construct te onderzoeken. Binnen de kaders van de wetenschap kan RDoC de assumptie hebben dat mentale stoornissen verstoringen in hersencircuits zijn, zonder dat er conceptuele problemen ontstaan. Echter, ik heb betoogd dat RDoC niet alleen een soort onderzoeksstrategie voorstelt, maar ook metafysische claims maakt. Het probleem schuilt erin dat deze claims ook overgenomen worden in de klinische en maatschappelijke context. De beschrijving of validering van een symptoom in de wetenschappelijke context is anders dan in de klinische context. De normatieve uitdaging laat zien dat het begrip dat RDoC voor stoornissen hanteert te eenzijdig en abstract is voor de klinische context, doordat RDoC invloeden vanuit de leefwereld van de patiënt of van de maatschappij buiten beschouwing laat.

In de bespreking van de tweede, metafysische, uitdaging van de psychiatrie heb ik betoogd dat RDoC een te enge opvatting over de aard van stoornissen hanteert. Aan de hand van het idee van de tweede natuur van McDowell heb ik betoogd dat de aard van de stoornis, de disfunctie van de ervaring, gekenmerkt wordt door complexe interacties. Tweede natuur omschrijft de gewoontevorming van de mens, die zich deels toont in de reactie van de patiënt op zijn of haar symptomen. In het model van RDoC is geen ruimte voor de tweede natuur. Het afwijzen van bijdragen van verschillende epistemische perspectieven, die de tweede natuur zouden kunnen benaderen, leidt tot een eenzijdige beschrijving van stoornissen.<sup>141</sup>

RDoC gebruikt impliciet één epistemisch perspectief en is onduidelijk over het conceptuele kader dat zij voorstellen. De DSM is momenteel onderwerp van kritiek, omdat het instrument neurobiologische aspecten te weinig integreert in de formulering van stoornissen en zich te veel zou richten op gedragsmatige symptomen. De psychiatrie richt zich op verschijnselen die zich voordoen in de

---

<sup>141</sup> Broome & Bortolotti (2009), p. 31.

ervaring van de patiënt en is daarom een domein dat moeilijk te conceptualiseren is. Toch zal de manier om een dergelijk complex fenomeen te benaderen met de wetenschap niet bestaan uit een eenzijdig en abstracte opvatting van stoornissen. Eerder is er een integratief model nodig, waarin er ruimte is voor meerdere perspectieven en methoden van onderzoek. In deze scriptie heb ik betoogd dat ook RDoC belangrijke aspecten van stoornissen buiten beschouwing laat, door verschillende wegen van onderzoek niet te integreren in het project. RDoC mist daarmee een kans op echte verandering in de psychiatrie.

## Bibliografie

American Psychiatric Association. (2017). *DSM History*. Geraadpleegd op <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/history-of-the-dsm>.

Aragona, M. (2015). 'Rethinking received views on the history of psychiatric nosology: Minor shifts, major continuities'. In Zachar, P., Stoyanov, D. S., Aragona, M., & Jablensky, A. (red.). *Alternative perspectives on psychiatric validation: DSM, ICD, RDoC, and Beyond*. Oxford: Oxford University Press.

Broome, M. R. (2006). Taxonomy and ontology in psychiatry: a survey of recent literature. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, *13*, 303-319.

Broome, M. R., & Bortolotti, L. (2009). Mental illness as mental: in defence of psychological realism. *Humana Mente*, *11*, 25-44.

Cramer, A. O. J., Waldorp, L. J., van der Maas, H. L. J., & Borsboom, D. (2010). Comorbidity: A network perspective. *Behavioral and Brain Sciences*, *33*, 137–193.

Cuthbert, B. N., & Insel, T. R. (2013). Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. *BMC medicine*, *11*, 1-8.

Denys, D. [Vereniging Psychiatrie]. (2016, 15 april). *De nieuwe psychiatrie* [YouTube]. Geraadpleegd op <https://www.youtube.com/watch?v=Fu463zh4aUw>.

Dooremalen, H., de Regt, H., & Schouten, M. (2007). *Exploring Humans: an Introduction to the Philosophy of the Social Sciences*. Amsterdam: Boom.

First, M. B. (2005). Mutually exclusive versus co-occurring diagnostic categories: the challenge of diagnostic comorbidity. *Psychopathology*, *38*, 206-210.

Glas, G. (2008). 'Over het psychiatrisch ziektebegrip'. In den Boer, J. A., Glas, G., & Mooij, A. W. M. (red.). *Kernproblemen van de psychiatrie*. Amsterdam: Boom.

Grob, G. N. (1991). Origins of DSM-I: A study in appearance and reality. *The American journal of psychiatry*, *148*, 421-431.

Hacking, I. (1991). The making and molding of child abuse. *Critical inquiry*, *17*, 253-288.

Hengeveld, M. W. (2003). Volo ergo sum (redactioneel). *Tijdschrift voor psychiatrie*, *45*, 593-595.

- Honneth, A. (2002). Grounding recognition: A rejoinder to critical questions. *Inquiry*, 45, 499-519.
- Hyman, S. E. (2007). Can neuroscience be integrated into the DSM-V? *Nature Reviews Neuroscience*, 8, 725-732.
- Hyman, S. E. (2010). The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Annual review of clinical psychology*, 6, 155-179.
- Insel, T. [TedTalks]. (2013, 16 april). *Toward a new understanding of mental illness* [YouTube]. Geraadpleegd op <https://youtu.be/PeZ-U0pj9LI>.
- Insel, T. R. (2013, 29 april). Director's blog: Transforming Diagnosis. *National Institute of Mental Health*. Geraadpleegd op <https://www.nimh.nih.gov/about/directors/thomas-insel/blog/>.
- Insel, T. R. (2014). The NIMH research domain criteria (RDoC) project: precision medicine for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 171, 395-397.
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinszen, R., Pine, D. S., Quinn, K., . . . Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 167, 748-751.
- Insel, T. R., & Cuthbert, B. N. (2015). Brain disorders? Precisely. *Science*, 348, 499-500.
- Keizer, B. (2000). *Ludwig Wittgenstein: taal, de dwalende gids*. Sun: Nijmegen.
- Kempe, C. H., Silverman, F. N., Steele, B. F., Droegemuller, W., & Silver, H. K. (1962). The Battered Child Syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 181, 17-24.
- Kendell, R. & Jablensky, A. (2003). Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *American journal of psychiatry*, 160, 4-12.
- Kendler, K. S. (2005). Toward a philosophical structure for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 162, 433-440.
- Kendler, K. S. (2008). Explanatory models for psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry*, 165, 695-702.
- Kendler, K. S. (2016). The nature of psychiatric disorders. *World Psychiatry*, 15, 5-12.
- Kendler, K. S., Zachar, P., & Craver, C. (2011). What kinds of things are psychiatric disorders?. *Psychological medicine*, 41, 1143-1150.

- Kincaid, H., & Sullivan, J. A. (2014). 'Classifying Psychopathology: Mental Kinds and Natural Kinds'. In Kincaid, H., & Sullivan, J. A. (red.). *Classifying psychopathology: mental kinds and natuurlijke soorten*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Kohne, A. C. J. (2015). De realiteitsaanspraak van het psychiatrisch etiket. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 57, 433-440.
- Lamers, F., van Oppen, P., Comijs, H. C., Smit, J. H., Spinhoven, P., van Balkom, A. J., . . . Penninx, B. W. (2011). Comorbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *The Journal of clinical psychiatry*, 72, 341-348.
- Lieblich, S. M., Castle, D. J., & Everall, I. P. (2015). RDoC: We should look before we leap. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 49, 770-771.
- Lilienfeld, S. O. (2014). The Research Domain Criteria (RDoC): an analysis of methodological and conceptual challenges. *Behaviour research and therapy*, 62, 129-139.
- Loughlin, M., & Miles, A. (2015). 'Psychiatry, objectivity, and realism about value'. In Zachar, P., Stoyanov, D. S., Aragona, M., & Jablensky, A. (red.). *Alternative perspectives on psychiatric validation: DSM, ICD, RDoC, and Beyond*. Oxford: Oxford University Press.
- Markowitz, J. C. (2016, 14 oktober). There's Such a Thing as Too Much Neuroscience. *New York Times*, p. A21. Geraadpleegd op <https://nyti.ms/2kl0Jum>.
- McDowell, J. (1996). *Mind and world*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Meynen, G., & Ralston, A. (2011). Zeven visies op een psychiatrische stoornis. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 53, 895-903.
- Murphy, D. (2015). 'Validity, realism, and normativity'. In Zachar, P., Stoyanov, D. S., Aragona, M., & Jablensky, A. (red.). *Alternative perspectives on psychiatric validation: DSM, ICD, RDoC, and Beyond*. Oxford: Oxford University Press.
- Nieweg, E. H. (2005). Wat wij van Jip en Janneke kunnen leren. Over reïficatie (verdinglijking) in de psychiatrie. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 47, 687-696.
- NIMH [ca. 2016]. *RDoC Matrix*. Geraadpleegd op 18 december, op <https://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/constructs/rdoc-matrix.shtml>.

- Phillips, J., Frances, A., Cerullo, M. A., Chardavoyne, J., Decker, H. S., First, M. B., . . . Zachar, P. (2012). The six most essential questions in psychiatric diagnosis: a pluralogue part 1: conceptual and definitional issues in psychiatric diagnosis. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 7, 1-29.
- Pincus, H. A. (2012). 'DSM-IV: context, concepts and controversies'. In Kendler, K. S., & Parnas, J. (red.). *Philosophical issues in psychiatry II: nosology*. Oxford: Oxford University Press.
- Poorthuis, M. (2015). *De crisis van de westerse psychiatrie* (master scriptie, KU Leuven). Geraadpleegd op <http://www.scripriebank.be/scriptie/2015/de-crisis-van-de-westerse-psychiatrie>.
- Ralston, A. S. G., & Swinkels, J. A. (2015). Een gebalanceerd perspectief op psychiatrische classificatie. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 57, 588-595.
- Robert, H. (2013) "Kant's Theory of Judgment", The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Winter 2016 Edition), Edward N. Zalta (ed.), URL = <https://plato.stanford.edu/archives/win2016/entries/kant-judgment/>.
- Robins, E., & Guze, S. B. (1970). Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 126, 983-987.
- Rodrigues, A. C. T., & Banzato, C. E. M. (2015). 'Reality and utility unbound: An argument for dual-track nosologic validation'. In Zachar, P., Stoyanov, D. S., Aragona, M., & Jablensky, A. (red.). *Alternative perspectives on psychiatric validation: DSM, ICD, RDoC, and Beyond*. Oxford: Oxford University Press.
- Ruissen, A.M. (2014). Diagnostiek en classificatie scheiden in de psychiatrie: hoe de DSM-V zinvol ingezet kan worden voor het vak. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56, 523-530.
- Ruissen, A. M. (2016). De psychiater is een gewone medisch specialist. *Medisch Contact*, 49, 38-40.
- Spitzer, R. L. (2001). Values and assumptions in the development of DSM-III and DSM-III-R: An insider's perspective and a belated response to Sadler, Hulgus, and Agich's "On values in recent American psychiatric classification". *The Journal of nervous and mental disease*, 189, 351-359.
- van Everdingen, J. J. E., & van den Eerenbeemt, A. M. M. (2012). *Pinkhof Geneeskundig woordenboek (12de druk)*. Bohn Stafleu van Loghum: Houten.
- van Os, J. (2014). *Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ*. Leusden: Diagnosis Uitgevers.
- Wakefield, J. C. (2014). Wittgenstein's nightmare: why the RDoC grid needs a conceptual dimension. *World Psychiatry*, 13, 38-40.

- Walter, H. (2013). The third wave of biological psychiatry. *Frontiers in psychology*, 4, 1-8.
- West, C. [niet-gepubliceerd paper]. Discuss Critically the Role of Second Nature in McDowell's Empiricism. Geraadpleegd via [https://www.academia.edu/3047837/Discuss\\_Critically\\_the\\_Role\\_of\\_Second\\_Nature\\_in\\_McDowells\\_Empiricism](https://www.academia.edu/3047837/Discuss_Critically_the_Role_of_Second_Nature_in_McDowells_Empiricism) .
- Westen, D. (2012). Prototype diagnosis of psychiatric syndromes. *World Psychiatry*, 11, 16-21.
- Zachar, P. (2000). *Psychological concepts and biological psychiatry: A philosophical analysis*. John Benjamins Publishing: Amsterdam/Philadelphia.
- Zachar, P. (2012). 'Progress and the calibration of scientific constructs: the role of comparative validity'. In Kendler, K. S., & Parnas, J. (red.). *Philosophical issues in psychiatry II: nosology*. Oxford: Oxford University Press.
- Zachar, P. (2014). *A Metaphysics of Psychopathology*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Zachar, P., & Jablensky, A. (2015). 'Introduction: The concept of validation in psychiatry and psychology'. In Zachar, P., Stoyanov, D. S., Aragona, M., & Jablensky, A. (red.). *Alternative perspectives on psychiatric validation: DSM, ICD, RDoC, and Beyond*. Oxford: Oxford University Press.