

Wat is psychopathologie?



Pieter R. Adriaens | Hoger Instituut voor Wijsbegeerte, KU Leuven

Volkshogeschool Oostende | 23 februari 2015

Wat is psychopathologie? Die vraag kan je herformuleren als: wat maakt een bepaald denkpatroon of gedragpatroon tot een psychische stoornis of een symptoom van een psychische stoornis? Of nog: waarom schuiven we bepaalde problemen door naar psychiaters en psychologen, eerder dan pastoors of hersenwetenschappers?

Deze vragen vormen de ruggegraat van de hedendaagse psychiatrie, en de geschiedenis van de psychiatrie. Je kan deze **geschiedenis** op talloze manieren samenvatten, maar er zijn twee opvallende leidmotieven, die allebei te maken hebben met identiteit en afbakening.

Aan de ene kant is de geschiedenis van de psychiatrie een geschiedenis van de worsteling van psychiaters en psychologen om hun vakgebied af te lijnen ten opzichte van andere benaderingen van levensproblemen, zoals morele, theologische of criminologische benaderingen. Aan de andere kant hebben psychiaters ook altijd geworsteld met de vraag hoe ze hun vakgebied op een min of meer principiële manier kunnen afbakenen van naburige wetenschappelijke disciplines, zoals de geneeskunde, de seksuologie en de neurologie.

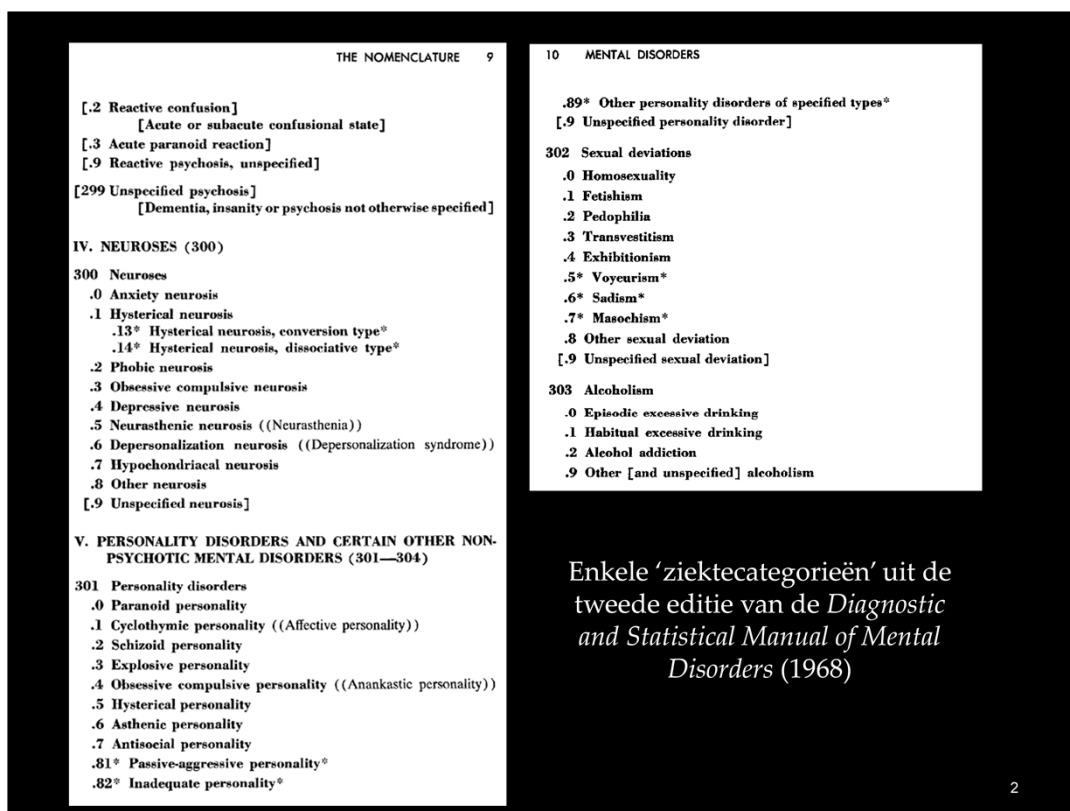
Deze twee perspectieven op de geschiedenis van de psychiatrie komen overeen met twee interpretaties van de vraag die ons vandaag zal bezighouden: wat is

psychopathologie?

Eenzijds kan je deze vraag lezen als een vraag naar wat psychische stoornissen tot stoornissen maakt. Waarom noemen we sommige mentale toestanden (of verzamelingen van mentale toestanden) stoornissen, en andere niet? Op basis waarvan maken we een onderscheid tussen psychische ziekte en psychische gezondheid, en vooral: hoe sluitend is dat onderscheid? Om die vraag te beantwoorden moeten we eerst een meer fundamentele vraag bekijken: wat is een stoornis?

Anderzijds kan je de vraag 'wat is psychopathologie' ook op een andere manier begrijpen, met name als een vraag naar wat er psychisch is aan psychische stoornissen. Het is een vraag die betrekking heeft op het onderscheid tussen psychische stoornissen en andere soorten van stoornissen, zoals hersenstoornissen, en die buitengewoon belangrijk is voor een aantal andere filosofische thema's, zoals toerekeningsvatbaarheid. Welke stoornissen gaan gepaard met een verlies van morele verantwoordelijkheid?

In wat volgt zal ik beide vragen eerst illustreren, vervolgens preciseren, en ten slotte beantwoorden.



Voorbeeld van de eerste vraag: hoe onderscheiden we 'levensproblemen' (en 'normale toestanden') van 'stoornissen'? Ik beantwoord de vraag door te verwijzen naar de tweede editie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, een belangrijk Amerikaans handboek van de psychiatrie. Deze editie werd gepubliceerd in 1968, en noopt ons tot een verrassende vaststelling: homoseksualiteit wordt vermeld in de lijst van seksuele afwijkingen, die een subcategorie vormen van de neurosen. Net als vele negentiende-eeuwse en vroeg-twintigste-eeuwse psychiaters beschouwde de Amerikaanse vereniging voor psychiaters homoseksualiteit als een stoornis. Door intensief lobbywerk van homoseksuele verenigingen en psychiaters verdween het in 1974 uit het handboek (DSM), na een referendum. Besepte men dan pas dat het fenomeen 'homoseksualiteit' eigenlijk niet in het door DSM gehanteerde concept van stoornis paste? Of was er een wijziging in het concept in kwestie? Je vindt er meer informatie over in Bayer, R., *Homosexuality and American Psychiatry: The Politics of Diagnosis* (Princeton: Princeton University Press, 1981).

Mijn punt is dat de discussie over de plaats van homoseksualiteit in DSM een goed voorbeeld is van een eerste interpretatie van de vraag 'wat is psychopathologie?' Je kan je immers afvragen waarom we homoseksualiteit als een stoornis zouden beschouwen, eerder dan als een 'normale' seksuele variant. Diezelfde vraag kan je ook stellen over de 'andere' seksuele afwijkingen, zoals voyeurisme en fetichisme. Waarom moeten we deze toestanden begrijpen als stoornissen, eerder dan 'ongewone' seksuele varianten? Een ander voorbeeld van deze interpretatie van de vraag 'wat is psychopathologie?' is rouw. De 'symptomen' van iemand die in rouw is, lijken erg op de symptomen van een klinische depressie, en toch noemen we rouw geen stoornis. Het is eerder een pijnlijke mentale toestand die niettemin normaal is - een normale reactie op een tegenslag in het leven. Op basis waarvan kunnen we rouw en depressie dan onderscheiden? Waarom is rouw normaal en depressie een stoornis?

II. ORGANIC BRAIN SYNDROMES

(Disorders Caused by or Associated With Impairment of Brain Tissue Function) In the categories under IIA and IIB the associated physical condition should be specified when known.

II-A. PSYCHOSES ASSOCIATED WITH ORGANIC BRAIN SYNDROMES (290-294)

290 Senile and pre-senile dementia

- .0 Senile dementia
- .1 Pre-senile dementia

291 Alcoholic psychosis

- .0 Delirium tremens
- .1 Korsakov's psychosis (alcoholic)
- .2 Other alcoholic hallucinosis
- .3 Alcohol paranoid state ((Alcoholic paranoia))
- .4* Acute alcohol intoxication*
- .5* Alcoholic deterioration*
- .6* Pathological intoxication*
- .9 Other [and unspecified] alcoholic psychosis

292 Psychosis associated with intracranial infection

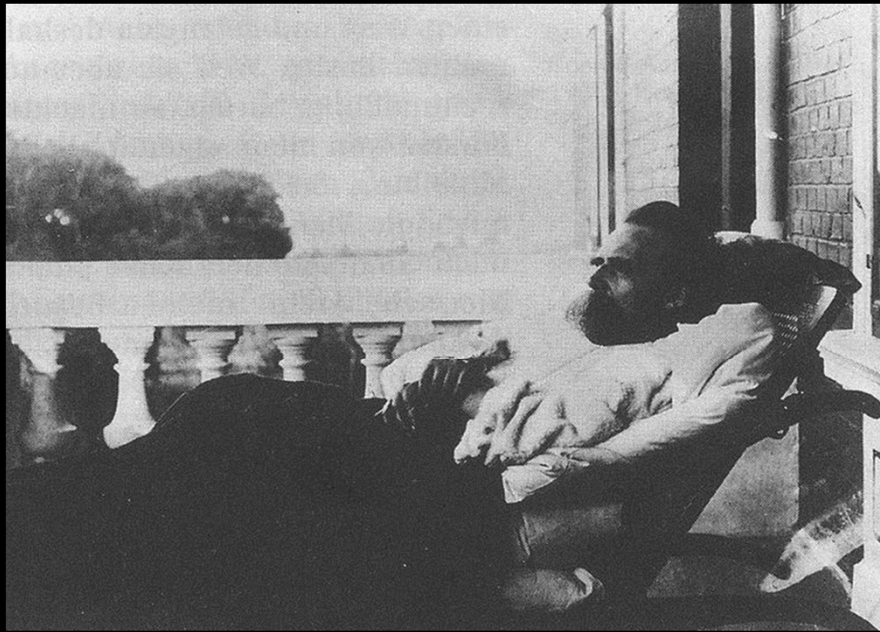
- .0 Psychosis with general paralysis
- .1 Psychosis with other syphilis of central nervous system
- .2 Psychosis with epidemic encephalitis
- .3 Psychosis with other and unspecified encephalitis
- .9 Psychosis with other [and unspecified] intracranial infection

293 Psychosis associated with other cerebral condition

- .0 Psychosis with cerebral arteriosclerosis
- .1 Psychosis with other cerebrovascular disturbance
- .2 Psychosis with epilepsy

Enkele 'ziektecategorieën' uit de tweede editie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (1968)

Een voorbeeld van de tweede interpretatie van de vraag 'wat is psychopathologie?': hoe onderscheiden we 'psychische' stoornissen van 'neurologische' stoornissen? Waarom stond een ziekte als neurosyfilis (categorie 292.0: Psychosis with general paralysis) (de eindfase van een syfilis-infectie, waarin het hersenweefsel aangetast wordt door de syfilis-bacterie *Treponema Pallidum*) geboekt als een psychische stoornis – opnieuw in de tweede editie van de DSM? De oorzaak van de aandoening lijkt immers allesbehalve psychisch te zijn – een bacteriële infectie. En de symptomen zijn deels van somatische aard (blindheid, incontinentie, stijfheid van de nek, spierzwakte,...), deels van psychische aard (depressie, verwardheid, dementie,...). Waarom staat neurosyfilis in een lijst van psychische stoornissen?



Was Friedrich Nietzsche (aan het eind van zijn leven) een neurologische of een psychiatrische patiënt?



Waarom noemen we deze uiteenlopende toestanden *stoornissen*? Is pedofilie eenzelfde soort stoornis als de ziekte van Alzheimer? En waarom zou PMS een stoornis zijn? Is het niet gewoon een reeks van vervelende neveneffecten van de vrouwelijke cyclus? En homofobie? Dan is racisme ook een psychische stoornis, toch? Pedofilie staat nog steeds in de psychiatrische handboeken, samen met andere 'seksuele afwijkingen' of 'parafillieën', zoals ze tegenwoordig genoemd worden. Maar is het seksueel misbruik van kinderen niet 'gewoon' een criminele handeling? Waarom zijn pedofielen 'ziek', eerder dan 'slecht'? En als we pedofilie een stoornis noemen, moeten we alle criminele handelingen dan niet pathologiseren?

'Drapetomanie' is de negentiende-eeuwse benaming voor de 'ziekelijke' neiging van slaven om hun meester te ontvluchten.

Overzicht

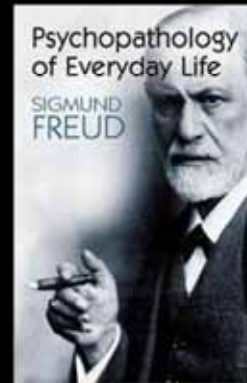
1. Waarom zijn geestesziekten *stoornissen*?
2. Waarom zijn geestesziekten *psychische* stoornissen?

*1. Waarom zijn geestesziekten
stoornissen?*

1. Psychische stoornissen?

• Verwarring

- PP = geestesziekte = psychische stoornis
- PP = *theorie over geestesziekte*
- Focus op eerste betekenis



In hun boek *Philosophical Psychopathology* (1994) merken George Graham en Lester Stephens op dat de term 'psychopathologie' op twee manieren gebruikt wordt. 'It is used to designate both mental disorders themselves (...) and also the subfield of medical practice and psychology that studies such disorders'. 'Psychopathologie' verwijst dus enerzijds naar de stoornissen die de psychiatrie bestudeert, en anderzijds naar de psychiatrie (en aanverwante disciplines) zelf.

In wat volgt concentreer ik me op de eerste betekenis van het woord, en daarbij beschouw ik de termen 'geestesziekte', 'psychopathologie', 'psychische stoornis', 'mentale stoornis', en zelfs 'psychiatrische stoornis' en 'psychiatrische aandoening' als synoniemen.

1. Psychische *stoornissen*?

- Twee soorten vragen

- Waaraan herkennen we een (psychische) stoornis?
- Wat maakt een toestand tot (psychische) stoornis?
- Epistemologie versus metafysica

De vraag 'wat is psychopathologie?' kan je nog verder opsplitsen in twee verschillende filosofische vragen, net zoals de vraag 'wat is persoonsidentiteit?' Je kan de vraag enerzijds als een epistemologische vraag behandelen. De vraag is dan: hoe weten we dat een bepaalde mentale toestand een geestesziekte is? Waaraan herkennen we een geestesziekte? Aan welke criteria moet een persoon voldoen om in aanmerking te komen voor deze of gene diagnose? Het antwoord op deze lijst vind je in een lijst met diagnostische criteria. Anderzijds kan je de vraag ook als een metafysische vraag beschouwen. De vraag is dan: wat maakt een bepaalde toestand tot een geestesziekte? Wat is de eigen aard ('de natuur') van psychopathologie? Het antwoord op deze vraag is geen lijst met diagnostische criteria, maar een lijst met voldoende en noodzakelijke voorwaarden.

In wat volgt interpreteer ik de vraag 'wat is psychopathologie?' als een metafysische vraag. Wat maakt een stoornis tot stoornis (deze en vorige les), en wat maakt een stoornis tot psychische stoornis (deze les)? Ik ga dus op zoek naar de noodzakelijke en voldoende voorwaarden van het concept van psychopathologie.

1. Psychische *stoornissen*?

• Drie antwoorden

- *Harmful dysfunction analysis*
- *Broken brain analysis*
- *Prototype resemblance analysis*

10

Er zijn verschillende antwoorden op de metafysische vraag naar de aard en de eigenheid van psychopathologie. Ik noem er drie.

- a) Volgens de Amerikaanse filosoof Jerome Wakefield moet een bepaalde toestand aan twee voorwaarden voldoen om een psychische stoornis genoemd te worden. Deze twee voorwaarden zijn elk noodzakelijk en samen voldoende. De eerste voorwaarde is dat er sprake is van 'harm' – de patiënt of diens entourage moet de toestand (van de patiënt) in kwestie als pijnlijk of schadelijk ervaren, ofwel voor de patiënt zelf, ofwel voor de buitenwereld. De tweede voorwaarde is dat er sprake is van een disfunctie van een psychologisch mechanisme dat zelf een product is van natuurlijke selectie. Alle psychische stoornissen zijn schadelijke disfuncties.
- b) Andere filosofen (en vooral wetenschappers) beweren dan weer dat er slechts één voorwaarde is waaraan een toestand moet voldoen om een stoornis te zijn: het moet een hersenstoornis zijn. Alle psychische stoornissen zijn hersenstoornissen of hersendisfuncties.
- c) Nog andere filosofen beschouwen de twee voorgaande antwoorden als essentialistische antwoorden op de vraag 'wat is psychopathologie?', en beweren dat zulke antwoorden gedoemd zijn om te mislukken. Er zullen immers altijd toestanden zijn die niet voldoen aan de genoemde voorwaarden,

en die toch bekend staan, in de volksmond of in een of andere relevante discipline, als stoornissen. Daarom stellen ze voor om het concept van psychopathologie op een heel andere manier te analyseren – een conceptuele analyse die schatplichtig is aan de filosoof Ludwig Wittgenstein.

1. Psychische stoornissen?

- *Harmful dysfunction analysis* (1/3)

- Jerome Wakefield →
- Ziekte = schade + disfunctie
- Twee voorbeelden



11

Aan het begin van de jaren 1990 stelde de Amerikaanse filosoof Jerome Wakefield voor om het concept 'geestesziekte' te definiëren als 'schadelijke disfunctie' (*harmful dysfunction*). Dat wil zeggen dat X (een toestand, zeg maar) een geestesziekte is wanneer ze aan twee voorwaarden voldoet, die elk noodzakelijke voorwaarden zijn en samen voldoende voorwaarden zijn. Beide voorwaarden zijn volgens Wakefield kenmerkend voor *alle* ziekten, dus ook voor medische en neurologische stoornissen, en *enkel* voor ziekten. De voorwaarden bepalen met andere woorden de essentie van het concept van psychopathologie. In die zin zou je Wakefields benadering als een essentialistische benadering kunnen begrijpen.

Over welke voorwaarden gaat het dan? De eerste voorwaarde is dat X schadelijk ('harmful') is voor de drager van X (het zieke individu), of als schadelijk beschouwd wordt door diens omgeving. Anders geformuleerd: de drager van X moet een zeker lijden vertonen. (Je kan 'schadelijkheid' op verschillende manieren interpreteren, maar dat doet nu even niet ter zake.) De tweede voorwaarde is dat X gebaseerd is op een biologische disfunctie ('dysfunction'). Dat wil zeggen dat de natuurlijke functie van een orgaan of een mechanisme verstoord moet zijn – denk maar aan nieren die geen afvalstoffen meer verwerken, een hart dat niet regelmatig pompt, of modules die geen informatie meer kunnen verwerken. Wakefield begrijpt de term 'disfunctie' op een evolutionaire manier (er zijn ook andere definities van het functie-begrip, maar die zijn hier niet van tel). Wanneer een lichaamsorgaan of een mentale module niet meer functioneren, dan komt het reproductief succes van het individu in het

gedrang. En reproductief succes wordt in de evolutiebiologie afgemeten aan het aantal levensvatbare nakomelingen dat iemand kan voortbrengen. In het geval van psychische stoornissen gaat het om disfuncties van psychologische mechanismen, zegt Wakefield. Zijn antwoord op de vraag 'wat is psychopathologie' luidt dus: 'a harmful failure of a mental mechanism to perform a natural function for which it was designed by evolution'. Wakefield hoopt dat de evolutiepsychologie (zie de les over modulariteit) ons een lijst zal bezorgen van alle psychische mechanismen (of modules) waarmee natuurlijke selectie ons behept heeft. Die lijst kan ons helpen bij het opstellen van een lijst van (psychiatrische) ziektecategorieën.

Laten we Wakefields antwoord even illustreren met enkele voorbeelden.

1. *Depressie*. Depressie is al enkele jaren aan een heuse blitzkrieg bezig. De Westerse wereld lijkt zowaar geteisterd te worden door een epidemie van depressieve stoornissen – een evolutie die op het eerste gezicht moeilijk te rijmen valt met de toenemende professionalisering van de geestelijke gezondheidszorg, en de ontwikkeling van steeds nieuwe generaties van psychofarmaca. Een van de ijkpunten in het debat over de depressie-epidemie is *The Loss of Sadness* (2007), waarin socioloog Allan Horwitz en filosoof Jerome Wakefield argumenteren dat de vermeende 'epidemie' van depressieve stoornissen een artefact is van de hedendaagse psychiatrische diagnostiek. In hun ogen is depressie wel degelijk een stoornis in de medische zin van het woord. Het probleem is dat de ziekte overgediagnosticeerd wordt. Dat wil zeggen: de diagnose 'depressie' wordt ook toegeschreven aan mensen wiens angst en neerslachtigheid een natuurlijke (en 'gezonde') reactie is op de onvermijdelijke tegenslagen in het leven ('levensproblemen'). Daarmee gaan Horwitz en Wakefield lijnrecht in tegen diegenen die beweren dat depressieve stoornissen vandaag de dag vaker voorkomen dan vroeger, en dat de psychiatrie bovendien verfijndere technieken ontwikkeld heeft om zulke stoornissen te identificeren en te behandelen. Maar even terug naar de les: waarom is een 'echte' depressie volgens Wakefield een goed voorbeeld van een psychische stoornis? Enerzijds is het duidelijk dat er sprake is van 'schade' – de eerste component van zijn analyse. Depressieve patiënten klagen over een gebrek aan eetlust, aan fut, aan levenslust *tout court*. Ze kunnen niet meer genieten, rumineren voortdurend over het verleden, en zien de toekomst donker en dreigend. Ze verwaarlozen zichzelf en hun familie, hun werk, en komen daarom vaak in een negatieve spiraal terecht, waarin het leven zelf door hun vingers dreigt te glijpen. Patiënten ervaren hun eigen toestand als pijnlijk, en vragen meestal uitdrukkelijk om hulp, samen met hun naaste familie of vrienden. De *harm*-voorwaarde lijkt dus vervuld. Anderzijds is er in het geval van depressie ook sprake van een disfunctie van een geëvolueerd psychologisch mechanisme – Wakefields tweede voorwaarde. Sinds het einde van de jaren 1960 regent het namelijk evolutionaire verklaringen voor verdriet en neerslachtigheid ('low mood'). Hoezo, hoor ik u vragen: hoe kan neerslachtigheid nuttig (adaptief) zijn? Evolutiepsychologen leren ons inderdaad dat de menselijke geest niet ontworpen is om ons gelukkig te maken. De menselijke geest is een

zakmes dat ons toestaat om allerlei adaptieve problemen op te lossen, en zo onze kansen te vergroten in het grote gevecht om te overleven en ons voort te planten. Natuurlijke selectie maalt niet om ons geluk; ze is enkel geïnteresseerd in het aantal nakomelingen dat we voortbrengen. Verdriet en angst zijn natuurlijk geen aangename gevoelens. Maar waren ze nooit nuttig geweest, dan zouden we ze nu waarschijnlijk ook niet kunnen ervaren. (Vergelijk negatieve emoties met de vervelende verdedigingsmechanismen van het lichaam: overgeven, koorts, pijn, diarree, enzovoort. Hoogst vervelend, maar wel cruciaal om allerlei ziekmakers uit het lijf te weren.) Waarin ligt dan hun voordeel? Ik noem er snel drie (zie volgende slides). Er is echter een belangrijk verschil tussen depressie en neerslachtigheid. Depressie is meer dan neerslachtigheid – het is een verstoring, een disfunctie van onze negatieve emoties, zoals angst en verdriet. In tegenstelling tot neerslachtige mensen zijn depressieve patiënten helemaal niet beter in het oplossen van sociale problemen (verklaring 1 & 2 van neerslachtigheid), of in het aantrekken van externe hulp (verklaring 3). Kortom: het fenomeen ‘depressie’ voldoet aan de voorwaarden waaraan volgens Wakefield moet voldaan zijn om over een stoornis te spreken. Een depressie is inderdaad een schadelijke disfunctie.

2. Ik geef ook een voorbeeld van een toestand die lange tijd wel als stoornis werd beschouwd, maar niet voldoet aan de voorwaarden van Wakefields analyse. Zoals ik daarnet al opmerkte werd homoseksualiteit pas in de jaren 1970 uit allerlei psychiatrische handboeken verwijderd. Wakefield speelde geen enkele rol in de debatten die daarrond gevoerd werden, maar zijn analyse kan ons wel helpen om te begrijpen waarom de toestand in kwestie niet thuishoort in een lijst van stoornissen. Homoseksualiteit voldoet aan geen van de voorwaarden van Wakefields analyse. Ten eerste is er geen sprake van ‘harm’ – de grote meerderheid van de homoseksuelen had en heeft geen problemen met hun eigen seksuele voorkeur. En als ze hun voorkeur toch als schadelijk (of pijnlijk) ervaren, heeft dat meestal te maken met familiale of culturele verwachtingspatronen en afwijzende reacties van de buitenwereld. Er is ook geen sprake van schade aan derden, ook al zijn er nog steeds hardnekkige geruchten dat homoseksualiteit een besmettelijke ziekte is. Ten tweede is er ook geen sprake van een disfunctie. Conservatieve filosofen hebben getracht om homoseksualiteit alsnog als een ziekte te bestempelen door te argumenteren dat homoseksualiteit een verstoring is van de natuurlijke functie van seksualiteit, die er dan in zou bestaan zich voort te planten, of banden te smeden tussen man en vrouw. Die argumenten houden echter geen steek. Er is namelijk een uitgebreide en uitstekend gedocumenteerde evolutionaire literatuur over de vele functies van homoseksualiteit. Denk maar aan het smeden van strategische allianties (in gevechten), het bekrachtigen van vriendschappen en loyauteiten (‘diddling’), enzovoort. Daarom is homoseksualiteit geen stoornis.

Verklaring 1: neerslachtigheid als time-out

- Protagonist: John Scott Price & co.
- *Dominance hierarchy and the evolution of mental illness* (Lancet, 1967) en *Territory, rank & mental health: history of an idea* (2007)
- Hypothese: N is een geëvolueerde strategie die 'losers' toelaat om competitie (tijdelijk) stop te zetten, verlies te aanvaarden, en onderwerping te signaleren

'The ideas of inferiority and unworthiness, the withdrawal, the loss of appetite and libido: these might have been designed to prevent an individual from desiring and attempting to regain former status'
(Price 1967)



Enkele oude slides over evolutionaire verklaringen van neerslachtigheid ('low mood'). Merk op dat evolutiepsychologen zelf neerslachtigheid en depressie verwarren. Wakefields punt is dat depressie een disfunctie is van een geëvolueerd psychologisch mechanisme, namelijk neerslachtigheid. (N=neerslachtigheid)

Verklaring 2: neerslachtigheid als zelf-evaluatie

- Protagonist: Paul J. Watson
- *Toward a revised evolutionary adaptationist analysis of depression* (JAD, 2002)
- Hypothese: N stelt ons in staat om (onhaalbare) investeringen en doelstellingen opnieuw te evalueren, en belet ons om daarbij overhaast te werk te gaan

'Depression appears to induce cognitive changes that help depressives build a model of their social situation and plan actions for resolving important problems' (Watson & Andrews 2002)



Enkele oude slides over evolutionaire verklaringen van neerslachtigheid ('low mood'). Merk op dat evolutiepsychologen zelf neerslachtigheid en depressie verwarren. Wakefields punt is dat depressie een disfunctie is van een geëvolueerd psychologisch mechanisme, namelijk neerslachtigheid. (N=neerslachtigheid)

Verklaring 3: neerslachtigheid als noodkreet

- Protagonist: Edward H. Hagen
- *Depression as bargaining: the case postpartum* (EHB, 2002); *The bargaining model of depression* (2003)
- Hypothese: N is een kostbaar alarmsignaal, waarmee iemand aangeeft dat hij/zij belangrijke verliezen lijdt, en dat naasten ertoe aanzet om hulp te bieden

'I argue that the costly symptoms of depression have a function, and that function is to impose costs efficiently on other group members by withholding critical benefits, credibly signaling to them that one is suffering costs, and compelling them to provide assistance or make changes'
(Hagen 2003)



Enkele oude slides over evolutionaire verklaringen van neerslachtigheid ('low mood'). Merk op dat evolutiepsychologen zelf neerslachtigheid en depressie verwarren. Wakefields punt is dat depressie een disfunctie is van een geëvolueerd psychologisch mechanisme, namelijk neerslachtigheid. (N=neerslachtigheid)

Nut en nadeel van depressie

- Specifieke voorspellingen van adaptationistische hypothesen:

1. Zijn depressie-patiënten **beter in het oplossen van sociale problemen?** (*Timeout, zelf-evaluatie*)

- DP hebben minder sociale vaardigheden (Libet & Lewinsohn 1973)
- DP zijn slechter in het detecteren van sociaal-emotionele signalen (Persad & Polivy 1993)

2. Zijn depressie-patiënten **beter in het aantrekken van hulp?** (*Noodkreet*)

- DP stuiten vaker op negatieve reacties (Segrin & Dillard 1992)
- DP hebben een grotere kans op een mislukt huwelijk (Reich 2003)

- Conclusie: depressie is geen adaptatie

En nog een oude slide om aan te tonen waarin het verschil ligt tussen neerslachtigheid (een adaptatie) en depressie (een schadelijke disfunctie van een adaptatie).

Ad 2. DP stuiten vaker op negatieve reacties: dat is niet het geval voor verdriet en huilen. Die signalen ontlocken wel troostende reacties, en smeden banden tussen mensen (zie Keller & Nesse 2005, 29; Horwitz & Wakefield 2008, 47ff).

1. Psychische stoornissen?

• Problemen met *HDA*

- Beperkingen van de evolutiepsychologie
- Tegenvoorbeeld 1: psychopathie
- Tegenvoorbeeld 2: dyslexie

16

Wakefields analyse heeft echter haar beperkingen. Ik noem er een aantal:

Om te beginnen steunt zijn analyse in belangrijke mate op de resultaten van een controversiële wetenschap, met name de evolutiepsychologie. Om te bepalen of een toestand inderdaad een psychische stoornis is, moeten we nagaan of er sprake is van een disfunctie van een natuurlijk geselecteerde mentale module. Maar dan moeten we eerst weten of de module in kwestie voorkomt in het lijstje van de evolutiepsychologen. En daar wringt het schoentje. Er is namelijk niet veel eensgezindheid over zo'n lijst. Anders gezegd: de resultaten van de evolutiepsychologie zijn voorlopig eerder pover, geeft Wakefield zelf toe: 'Because of the complexity of the inferences involved in judgments of dysfunction *and our relative ignorance about the evolution of mental functioning*, it is easy to arrive at differing judgments about mental dysfunction even on the basis of the same data (Wakefield 1992 , p. 386, mijn cursivering). Wakefield lijkt dit probleem als een tijdelijk probleem te zien, maar in de vorige les hebben we aangestipt dat er fundamentele conceptuele problemen zijn met bepaalde aspecten van de evolutiepsychologie, onder andere haar geloof in de massieve modulariteit van de menselijke geest. En er zijn critici die bovendien beweren dat onze onwetendheid over lichaam en geest van onze verre voorouders zodanig groot is dat we wellicht nooit een lijst van geëvolueerde mentale modules zullen kunnen opstellen.

Vervolgens zijn er een aantal voorbeelden van toestanden die wij geestesziekten

noemen, en die niettemin niet voldoen aan de twee voorwaarden in Wakefields analyse. Enerzijds zijn er een aantal psychopathologieën die door de 'patiënt' zelf niet als schadelijk worden ervaren. Psychopathie is een voor de hand liggend voorbeeld (zie volgende slide voor enkele voorbeelden uit de filmwereld). Psychopaten typeren zich door een totaal gebrek aan moreel gevoel – zij kunnen anderen bestellen en vermoorden zonder enige gewetenswroeging. De vraag is natuurlijk wat Wakefield precies bedoelt met 'schadelijk'. Zelf besteedt hij nauwelijks aandacht aan deze voorwaarde, en er is een duidelijke ambiguïteit in de term. Je kan je immers afvragen of patiënten zelf hun toestand als schadelijk (in de zin van: pijnlijk, ongemakkelijk, onaangenaam) moeten ervaren, of eerder hun onmiddellijke omgeving. Sommige psychotische patiënten verzetten zich hevig tegen een opname, omdat ze hun toestand niet als problematisch ervaren (of beschouwen), terwijl familieleden of vrienden diezelfde toestand wel als problematisch ervaren (en daarom aansturen op een 'gedwongen opname' of collocatie – een opname zonder toestemming van de patiënt). Je zou deze bedenking van tafel kunnen vegen door te ijveren voor een meer liberale invulling van het concept 'harm', waarbij 'harm' niet enkel verwijst naar het lijden van de patiënt, maar ook naar het lijden van diegenen die 'slachtoffer' zijn van de patiënt. Psychopaten en pedofielen lijden zelf niet onder hun toestand, maar dat geldt uiteraard wel voor hun slachtoffers. En in die zin is wel voldaan aan deze voorwaarde. Maar wat dan met fetisjisme, bijvoorbeeld? Fetisjisme wordt in DSM geconceptualiseerd als een stoornis, terwijl niet alle fetisjisten hun seksuele verlangens als 'schadelijk' beschouwen, in die zin dat ze eronder lijden (of iemand anders doen lijden door hun verlangens). Waarom is fetisjisme dan een stoornis?

Anderzijds zijn er ook een aantal psychopathologieën die niet voldoen aan de tweede voorwaarde – de disfunctie-voorwaarde. Dyslexie bijvoorbeeld. Wanneer we Wakefields analyse toepassen moeten we concluderen dat dyslexie geen stoornis is, want er is geen sprake van een disfunctie. Welk psychologisch mechanisme zou er immers disfunctioneren? Het zou idioot zijn om het bestaan te claimen van zoiets als een 'leesmodule' of een 'schrijfmodule', want lezen en schrijven zijn evolutionaire nieuwigheden. Het zijn met andere woorden vermogens die niet geëvolueerd zijn. (Bovendien voldoet dyslexie ook niet altijd aan de eerste voorwaarde van de HDA: de toestand is namelijk enkel schadelijk in een cultuur die lezen en schrijven hoog in het vaandel voert, wat uiteraard niet van elke cultuur in het verleden kan gezegd worden.)



Enkele voorbeelden van psychopaten uit de
filmwereld

1. Psychische stoornissen?

• *Broken brain analysis* (2/3)

- Wilhelm Griesinger (1817-1868) →
- Ziekte = hersenstoornis
- Waanzinnig populair



18

Een tweede antwoord op de vraag 'wat is psychopathologie' is eveneens een essentialistisch antwoord, en geeft als voldoende en noodzakelijke voorwaarde dat X een geestesziekte is dan en slechts dan als X een uiting is van een verstoord brein ('broken brain'). Anders gezegd: X is een geestesziekte dan en slechts dan als het een neurologische stoornis is. Geestesziekten zijn hersenstoornissen, zoals epilepsie en neurosyfilis. Het is duidelijk dat deze zienswijze aansluit bij het reductionistisch fysicalisme. U herinnert zich nog dat aanhangers van deze theorie de stelling verdedigen dat wij ons brein zijn - dat we samenvallen met onze hersenen. Zij menen dat alles wat er te vertellen valt over iemand, verteld *is* wanneer we diens brein uitputtend (exhaustief) beschreven hebben. Aanhangers van de BBA menen dat het net zo is met geestesziekten. Het probleem van de Rattenman, in Freuds gevalstudie die ik aanhaalde in de eerste les, is een probleem van zijn brein – een hersenstoornis. Om het probleem van de Rattenman te doorgronden, hebben we in principe voldoende aan een 'brainoscope' – een toestelletje waarmee we iemands hersenen in kaart kunnen brengen. Het brein van de Rattenman bevat alle relevante informatie over zijn psychopathologie.

U vraagt zich misschien af wat het verschil is tussen de HDA (*harmful dysfunction analysis*) en de BBA (*broken brain analysis*)? Is er überhaupt een verschil? Wakefields analyse vereist toch ook dat er sprake is van een stoornis of een disfunctie? Het eerste grote verschil bestaat erin dat Wakefields analyse geen oordeel inhoudt over wat er zich in het brein afspeelt. Geen van de voorwaarden van de HDA verwijst naar de verhouding tussen een geestesziekte en het brein.

Wakefield spreekt namelijk enkel over een disfunctie van *psychologische* mechanismen, ook al zal hij niet ontkennen dat die mechanismen op een of andere manier gerealiseerd zijn in het brein. Ik vergat tijdens de vorige les te vermelden dat evolutiepsychologen zich onthouden van uitspraken over hoe ‘hun’ modules zich verhouden tot het menselijk brein. Ze beweren in ieder geval niet, zoals Fodor wel doet, dat elke module overeenkomt met een specifiek deel van de hersenen. Ze vermijden daarmee het probleem van meervoudige realiseerbaarheid, dat in een eerdere les al aan bod kwam. Wakefield schaaft zich ook op dit punt achter de evolutiepsychologen, en daarin onderscheidt zijn analyse van het concept van geestesziekte zich van de BBA. Een tweede belangrijk verschil is dat Wakefield nog een tweede (noodzakelijke) voorwaarde beschrijft – de voorwaarde van ‘harm’ – die bij aanhangers van de BBA geen enkele rol lijkt te spelen.

De *broken brain analysis* van het concept van psychopathologie is erg populair bij zowel psychiaters als patiënten. Het is een analyse die centraal staat in de zogenaamde ‘biologische psychiatrie’ – een stroming die sinds de jaren 1970 de dominante ideologie vormt onder psychiaters in de meeste landen ter wereld. De eerste biologische psychiaters waren bovendien ook biologische psychiaters. De Duitse psychiater Wilhelm Griesinger, bijvoorbeeld, is bekend om zijn credo dat ‘Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten’. De eerste psychiaters hoopten dan ook de essentie te vinden van een aantal categorieën van geestesziekten (de essentie van schizofrenie, bijvoorbeeld) door intensief onderzoek te doen naar de hormoonhuishouding van patiënten, hun neurofysiologie, neuro-anatomie, of andere aanwijsbare lichamelijke disfuncties. Voor een uitgebreide discussie van de theoretische fundamenten van de biologische psychiatrie kan u terecht in het derde hoofdstuk van *Het Nut van Waanzin* (verkrijgbaar in de betere boekhandel tegen een scherpe prijs, jawel).



De term 'broken brain analysis' is min of meer afkomstig van Nancy Andreasen, een bekende Amerikaanse psychiater-neurowetenschapper, die zich onder andere in haar boeken *The Broken Brain* (1984) en *Brave New Brain* (2004) een aanhanger toont van de claim dat geestesziekten eigenlijk niets anders zijn dan hersenziekten. Andreasen is een voorvechter van de biologische psychiatrie, en zou zich filosofisch outen als reductionistisch fysicist.

Het werk van Andreasen (alsook het werk van sommige negentiende-eeuwse biologische psychiaters) wordt niet alleen voortgestuwd door wetenschappelijk onderzoek over de neurologische determinanten van psychische stoornissen, maar ook door morele motieven, zoals het bestrijden van de stigmatisering van psychiatrische patiënten. De stelling dat geestesziekten niets anders zijn dan hersenziekten, en bij uitbreiding niets anders dan medische ziekten, zou volgens Andreasen helpen om de negatieve attitudes tegenover psychiatrische patiënten weg te nemen. Zo zegt ze dat zulke patiënten het verdienen om behandeld te worden 'as human beings who deserve as much sensitivity and love as people who suffer from cancer, muscular dystrophy, or heart disease'.

1. Psychische *stoornissen*?

• Problemen met *BBA*

- Beperkingen van R en E fysicalisme
- Onderscheid psychische & neurologische stoornissen?
- Een tegen-intuïtieve claim

20

Net als de HDA stoot de BBA op enkele problemen.

Ten eerste is het zo dat de BBA schatplichtig is aan het reductionistisch fysicalisme in de filosofie, en dus ook kwetsbaar is voor de (filosofische) objecties tegen deze zienswijze. De onderliggende gedachte is namelijk dat geestesziekten niet meer zijn dan hersenstoornissen, net zoals mentale toestanden uiteindelijk niet meer zijn dan hersentoestanden. Zoals de Amerikaanse psychiater-filosoof Kenneth Kendler opmerkt: 'Driven in part by exciting advances in neuroscience and molecular genetics, a reductionist "brain-focused" paradigm is currently becoming increasingly dominant. Advocates of this paradigm argue vigorously that all "real" explanations for psychiatric illness can be found at the molecular level. Some of this persuasion might tolerate other explanatory approaches (say, at the level of systems neuroscience or even psychology) but only as a holding pattern until the necessary scientific advances render these perspectives obsolete' (Kendler 2008, 3; zie volgende slide). Een betere beschrijving van het reductionistisch fysicalisme is moeilijk te vinden. Het doel van de BBA is niet om psychologische benaderingen van psychopathologie aan te vullen, maar om ze overbodig te maken ('obsolete'). Biologische psychiaters zijn geen eliminativistische fysicalisten, denk ik, ook al zijn er die op de grens tussen beide vormen van fysicalisme balanceren. Die grens is overigens niet altijd even duidelijk. Ik heb geargumenteed dat het grote verschil tussen R en E fysicalime te maken heeft met hun waardering voor de niet-fysische wetenschappen, zoals de psychologie. In deze context zou je je de vraag kunnen stellen: is de psychologie een belemmering voor biologische

psychiaters – iets waarmee ze moeten afrekenen voor ze aan het echte werk kunnen beginnen? Of kan de psychologie ons de weg wijzen naar ‘het echte werk’? In Kendlers opvatting over de biologische psychiatrie lijkt de psychologie nog een tijdelijke rol te kunnen spelen. ‘Verdringing’, zo zouden reductionistische fysicalisten zeggen, is uiteindelijk *niets anders dan* een strikt neurofysiologisch proces. Maar dat betekent niet dat de term ‘verdringing’ opeens waardeloos wordt. Denk aan het voorbeeld van ‘water’ en ‘H₂O’ – we weten weliswaar dat water niets anders is dan een samenstelling van waterstofatomen en zuurstofatomen, maar het is wel een verdomd handige term in het dagelijks leven. Eliminativistische fysicalisten hebben een harder oordeel voor de psychologie: het is wartaal die het echte (lees: neurowetenschappelijke) onderzoek belemmert, en waar we dus zo snel mogelijk van af moesten. De psychologie zal, net als de flogiston-theorie over ontbranding, vroeg of laat in de bak met pseudowetenschappen belanden. De meeste biologische psychiaters zouden niet zover gaan, denk ik. Ze zouden zich eerder vinden in een reductionistisch-fysicalistisch verhaal, waarin vroeg of laat zal aangetoond worden dat alle psychische stoornissen eigenlijk neurologische stoornissen zijn – stoornissen van het brein. Als het waar is dat de BBA schatplichtig is aan het reductionistisch fysicalisme, dan kan je deze analyse bestoken met dezelfde argumenten waarmee we het R fysicalisme bestookt hebben.

Daarnaast is er nog een ander probleem met de BBA. Het grote probleem met dit antwoord (op de vraag ‘wat is psychopathologie?’) is dat het onduidelijk wordt waarom we nog over *geestesziekten* zouden spreken. Wat is er precies ‘psychisch’ aan psychische stoornissen als het eigenlijk hersenstoornissen zijn? In een cynische bui zou je kunnen zeggen dat het onderscheid tussen neurologische en psychiatrische stoornissen een tijdelijk onderscheid is, dat vroeg of laat zal verdwijnen. Het is een onderscheid dat gebaseerd is op onwetendheid over de ware aard van geestesziekten, en dat onvermijdelijk zal verbloeden naarmate de hersenwetenschappen dichter bij hun einddoel geraken. Nu zou je kunnen tegenwerpen dat dit bezwaarlijk een probleem voor de BBA kan genoemd worden. Het is een visioen over de toekomst van de psychiatrie, meer niet. Maar er is volgen mij wel sprake van een probleem. De kerngedachte van de BBA, de psychische stoornissen niet meer zijn dan hersenstoornissen, is immers tegen-intuïtief. Ik geef een voorbeeld om deze intuïtie te expliciteren.



Heeft Olga een psychische stoornis of een
breinstoornis?

In de film *Turks Fruit* (1973) (naar de gelijknamige roman van Jan Wolkers) trouwt de bohémien-kunstenaar Eric Vonk met de ravissante Olga. De relatie is nogal turbulent, en eindigt tijdens een etentje dat georganiseerd werd door de burgerlijke familie van Olga. Tijdens het etentje begint Olga zich vreemd te gedragen. In het bijzijn van haar echtgenoot flirt ze ostentatief met een haar onbekende zakenman, wat Eric danig op de zenuwen werkt, en een knetterende ruzie veroorzaakt, waarin hij haar slaat. Game over. Uiteindelijk komt er een scheiding, en in de periode die daarop volgt wordt Olga's flirtgedrag steeds extremer. Ze kleedt zich erg flamboyant, en haar spreken mist coherentie. Op dit punt in de film beantwoordt Olga's gedrag aan een aantal criteria die in DSM-III (1980) in de richting wijzen van *Nymphomania* - een subcategorie van de diagnostische groep 'Psychosexual Disorders'. Een soort seksverslaving, zeg maar. En een seksverslaving is een voorbeeld van een psychische stoornis. Lijdt Olga aan een psychische stoornis? Even later in de film blijkt echter dat Olga een ernstige hersentumor heeft, die volgens de dokters een voldoende verklaring biedt voor haar 'vreemde' gedrag van de voorbije maanden. Olga heeft met andere woorden een hersenstoornis.

Het punt is dat deze plotse wending belangrijke consequenties heeft. Het onderscheid tussen psychische stoornissen en neurologische stoornissen heeft belangrijke implicaties, zelfs in het dagelijks leven. Nymfomanie is ingebed in iemands persoonlijke geschiedenis – we verzinnen meteen allerlei eenvoudige psychologische verklaringen voor zulk gedrag, in de trant van: 'ze is manisch op zoek naar haar verloren vader' of 'ze probeert andere

mannen betaald te zetten wat haar eigen man haar aandeel', enzovoort. Olga's gedrag is dus beladen met allerlei betekenissen. Die betekenissen vervallen wanneer er sprake is van een breintumor. Op dat moment wordt haar gedrag zuiver mechanisch; ze wordt voortgedreven door wild knetterende neuronen, door de wildgroei van cellen in haar brein. Olga's intenties verdwijnen als sneeuw voor de zon; haar gedrag wordt betekenisloos, net als haar spreken. En samen met de betekenissen verdwijnt ook de verantwoordelijkheid voor haar daden, zo lijkt het.

Deze bemerkingen wijzen erop dat het wellicht niet zo eenvoudig zal zijn om psychische stoornissen restloos te herleiden tot neurologische stoornissen. En dat is nochtans wat de BBA 'beloof' te doen.

1. Psychische stoornissen?

- *Prototype resemblance analysis* (3/3)

- George Graham →
- Ziekte = Wittgensteiniaanse verzameling
- Prototypes & familiegelijkenissen



22

- a) In *The Disordered Mind* (2010) bekritiseert Graham allerlei essentialistische antwoorden op de vraag 'wat is psychopathologie?' Zijn alternatief is een antwoord dat schatplichtig is aan de filosofie van de latere Wittgenstein – ook wel 'Wittgenstein II' genoemd. Ik noem het de 'prototype-resemblance analysis' van het concept van psychopathologie. De HDA en de BBA gaan er allebei vanuit dat er een bescheiden lijst van noodzakelijke en voldoende voorwaarden bestaat waaraan een mentale toestand moet voldoen om een psychische stoornis genoemd te worden. Volgens Wakefield en Andreasen bestaat er zoiets als de essentie van het concept van psychopathologie. Daarom noemen we hun benaderingen essentialistisch. Geen van deze benaderingen is echter onproblematisch, en in een Wittgensteiniaanse zienswijze is daar ook een goede reden voor. Het concept van psychopathologie heeft namelijk geen essentie, evenmin als tal van andere concepten, zoals het concept van taal, of het concept van spel. Er zijn waanzinnig veel soorten spelen en spelletjes, gaande van gezelschapsspelen over gokspelen en volksspelen tot Olympische spelen. Sommige spelen lijken in bepaalde opzichten erg op elkaar: bordspelen en kaartspelen zijn bijvoorbeeld allebei gezelschapsspelen. Andere spelen, zoals een volksspel en de Olympische spelen, hebben nauwelijks iets gemeen. Er is dus niet zoiets als een unieke gemene deler voor alle dingen die wij 'spelen' noemen. (Probeer er maar eens eentje te vinden! Een tegenstander? Bij steltenlopen is er geen tegenstander. Een publiek? Bij computerspelletjes is er geen publiek. Vrije tijd? Maar er zijn ook mensen die professioneel spelen – voetballers bijvoorbeeld.) En zo is het ook met geestesziekten. Er zijn zoveel toestanden

die we bestempelen als geestesziekten, dat het onmogelijk is om in die veelheid een unieke gemene deler te vinden. De vraag 'wat is psychopathologie?' zou in zijn ogen een verkeerde vraag zijn, precies omdat ze essentialistisch is. Ze gaat er vanuit dat alle psychische stoornissen een uniek definiërende eigenschap hebben, en dat die eigenschap ons toestaat om psychische stoornissen als stoornissen te identificeren, en ze te onderscheiden van andere psychische stoornissen, neurologische stoornissen (in het geval van HDA), en van normale levensproblemen ('problems in living').

- b) Vindt u dat allemaal nogal pessimistisch? Dan bent u wellicht blij met de volgende bedenkingen. Ten eerste is het zo dat er wel degelijk fenomenen zijn die wel op een essentialistische manier kunnen begrepen worden. Een goed voorbeeld van een fenomeen dat wel gedefinieerd kan worden met behulp van een lijst van noodzakelijke en voldoende voorwaarden zijn de elementen in de tabel van Mendeljev. Elk van deze elementen heeft een vaste plaats in de tabel, die bepaald wordt door het precieze aantal protonen waaruit één enkel atoom van het element in kwestie bestaat. Het element 'goud' (of 'aurum') kan je definiëren als een substantie waarvan elk afzonderlijk atoom samengesteld is uit precies 79 protonen. Niet meer of niet minder. En alle atomen waarvan kan aangetoond worden dat ze uit 79 protonen bestaan zijn goudatomen. Er is met andere woorden geen vergissing mogelijk. Het hebben van 79 protonen is de essentie, de uniek definiërende eigenschap van goud. Ze staat ons toe om goud te identificeren, en vervolgens te onderscheiden van andere elementen in de tabel. Je kan overigens een gelijkaardig argument opzetten in verband met menselijke bloedgroepen. Bloedgroepen (A, B, AB en O) laten ons toe om mensen op een eenduidige manier te groeperen op basis van een uniek definiërende eigenschap, met name hun bloedgroep. Een eenvoudige bloedtest wijst uit tot welke bloedgroep je behoort. Omdat goudatomen en mensen met een bepaalde bloedgroep een natuurlijke verzameling vormen, dat wil zeggen een verzameling van dingen die een natuurlijke essentie delen, noemt men goud en bloedgroepen *natuurlijke soorten*. In het Engels spreekt men over *natural kinds*.
- c) Een tweede bedenking bij Wittgensteins kritiek op het essentialisme is dat ze niet hoeft te leiden tot volstreekte chaos in de psychiatrie. Volgens Wittgenstein is het namelijk zo dat sommige instanties van een fenomeen als prototype kunnen dienen. Prototypes zijn gevallen waarover de meeste betrokken partijen het eens zijn dat ze dat tot een bepaald fenomeen behoren. Een voorbeeld: het concept van spel. Wittgensteins opmerking dat er geen uniek definiërend kenmerk bestaat voor alle instanties van het concept van spel (voor alle spelen dus) hoeft niet tot wanhoop te leiden, want er bestaan minstens een aantal prototypische spelen – dingen waarover iedereen het eens is dat het spelen zijn. Monopoly bijvoorbeeld. Wie zou er durven beweren dat Monopoly geen spel is? Idem dito voor het concept van psychopathologie. Het is misschien onmogelijk om de essentie vast te leggen van het concept van psychopathologie, maar dat neemt niet weg dat bepaalde mentale

toestanden duidelijk geestesziekten zijn. Er zijn bijvoorbeeld weinig psychiaters die durven beweren dat schizofrenie geen psychische stoornis is. Schizofrenie is met andere woorden een prototype van een geestesziekte. En zulke prototypes kunnen ons helpen om een aantal typische kenmerken te vinden van een bepaald concept. Daarover dadelijk meer.

- d) Ten derde en ten laatste is het zo dat instanties van een fenomeen misschien geen unieke gemene deler hebben, maar wel allerlei verwantschappen. Wittgenstein sprak van 'familiegelijkenissen'. Elke familie (in de ruime zin: geen kerngezin, maar een aantal generaties, met neven en nichten etc) kenmerkt zich door bepaalde eigenschappen – een haakneus, bijvoorbeeld, of een neiging tot drankzucht, of luidruchtigheid. Niet alle familieleden hebben die eigenschap, en de eigenschap komt ook niet enkel in die familie voor, maar de eigenschap in kwestie vormt wel een soort rode draad in een bepaalde familie. Sommige familieleden vertonen een aantal van die eigenschappen, en kunnen daarom beschouwd worden als prototypes van die familie. Punt is dat de meeste familieleden gelijkenissen vertonen, met elkaar en met de prototypes. De kans is groot dat er in de kern van de familie (whatever that may be) een aantal prototypes zullen gevonden worden, en dat de gelijkenissen langzaam uitsterven naarmate we verdergaan in de tijd (bedovergrootouders, achter-achterkleinkinderen) en in de verwantschap (achter-achterneven). Wanneer we een familie willen typeren, zegt Wittgenstein, gaan we niet op zoek naar de essentie van die familie, maar naar prototypes en familiegelijkenissen. En die analyse zou je kunnen doortrekken naar psychopathologie. De verschillende (categorieën van) geestesziekten, zoals depressie, alcohol-verslaving, psychopathie, en pyromanie, hebben geen unieke gemene deler, zoals Wakefield en Andreasen beweren, maar er zijn wel prototypes, en de meeste categorieën vertonen allerlei gelijkenissen. Over sommige categorieën, zoals eetstoornissen of ADHD, zal er heel wat geruzied worden – zij bevinden zich aan de rand van de familie. Zij vertonen nauwelijks nog gelijkenissen met het prototype.

1. Psychische *stoornissen*?

• Het rijk van Wittgenstein

- Taal
- Filosofie
- Boek
- Spel
- Psychopathologie
- Gebouw
- Ziekte
- Module
- ...

23

Enkele voorbeelden van fenomenen die je kan begrijpen met behulp van een Wittgensteiniaanse *prototype-resemblance analysis*. In de vorige les zagen we bijvoorbeeld dat Fodor het concept van module niet op een essentialistische manier invult, maar eerder op een gradualistische manier. Sommige mentale systemen zijn op een prototypische wijze modulair – denk maar aan de visuele waarneming – terwijl andere systemen ‘op het randje van modulair’ zijn. De mate waarin een systeem modulair is kan bepaald worden aan de hand van het aantal kenmerken uit Fodors lijst die op het systeem van toepassing zijn, waarbij het relatieve gewicht van elk kenmerk bovendien verschillend is.

Graham legt uit waarom het concept van boek ook op een Wittgensteiniaanse manier kan begrepen worden: ‘The term “book” is not messy or contestable in all of its uses. Some applications are prototypical or exemplary. Consensus applications, if you will. War and Peace, for example, is a consensus application of the term. No truly informed person would deny that Tolstoy’s masterpiece is a book. Others are foil applications, by which I mean clear cases of non-books (e.g. a single blank piece of paper on a desk). No truly informed user of the word “book” would be tempted to classify a single blank piece of paper as a book. A characterization of the very idea of a book can be extracted from exemplary applications. Then, when instances of use of the term drift toward foils (clear non-cases), however, the wisdom of the applicability of the concept becomes increasingly contestable or debatable and eventually dissolves. Here’s a description of what the word “book” means

(extrapolating from consensus applications): “A set of written, printed, or blank pages fastened along one side and encased between protective covers.” That’s how my desk dictionary defines the term. The description applies both to the object you are reading at present and to *War and Peace*. But it fails to apply to, say, a single blank piece of paper. True, some candidate books (e.g. a manuscript in your computer file) are not covered by such a characterization. But uncontroversial or exemplary cases are covered. Borders between exemplary books and non-books (foils) are, as noted, contestable or debatable. We can debate rights of semantic immigration (should comics be counted in as books?) and emigration (should the manuscript in your computer be counted out as a book?). But clear-cut cases are clear-cut and to condemn a whole or entire concept to catch-all status just because various instances of application provoke controversy and doubt is to misunderstand how sound and empirical notions often work’ (Graham 2010, 22-3).

1. Psychische stoornissen?

• Problemen met PRA

- Vaag
- Vatbaar voor misbruik
- Gemakzuchtig

24

Grahams Wittgensteiniaanse antwoord op de vraag 'wat is psychopathologie?' heeft in mijn ogen een zekere aantrekkingskracht, maar het heeft ook enkele zwakheden.

- Ten eerste is het een vaag antwoord – ze laat ons niet toe om een strakke lijn te trekken tussen het concept van psychische stoornis en het concept van neurologische stoornis. Graham zou wellicht zeggen dat deze twee Wittgensteiniaanse verzamelingen (de verzameling van alle instanties van het concept van psychische stoornis, en de verzameling van alle instanties van het concept van neurologische stoornis) elkaar overlappen. Idem dito voor de grens tussen psychopathologie en levensproblemen, zoals rouw of faalangst. Het gebrek aan eenduidige criteria staat haaks op de 'filosofie' van de hedendaagse gezondheidszorg, waarin bijvoorbeeld enkel behandelingen voor psychische stoornissen worden terugbetaald, maar niet voor levensproblemen.
- Ten tweede, en aansluitend bij het eerste bezwaar, kan de PRA misbruikt worden door allerlei lobby-groepen die een bepaalde mentale toestand willen laten herkennen als een psychopathologie. In de voorbije halve eeuw zijn er tal van fenomenen tot stoornissen gebombardeerd onder druk van actiegroepen. Een voorbeeld: in 1973 beslisten de leden van de *American Psychiatric Association* (APA), onder leiding van Robert Spitzer, dat homoseksualiteit officieel niet langer beschouwd werd als een geestesziekte

(wat wel het geval was in DSM-II). Gelijkaardig lobbywerk en schimmige stemmingen zorgen ervoor dat ook andere ziektebeelden in het handboek opgenomen worden: *post traumatic stress disorder*, *repressed memory syndrome*, *multiple personality disorder* – de lijst is haast eindeloos. De Canadese historicus Edward Shorter zegt daarover het volgende: ‘Toen eenmaal bekend was geworden hoe vlot de Nomenclatuurcommissie van de APA bezweken was voor homoseksualiteit, was het duidelijk dat de psychiaters gemakkelijk om de vinger te winden waren. (...) Deze zaken [d.i. seksuele voorkeur, stress of maandstonden] konden kennelijk allemaal gepathologiseerd en ontpathologiseerd worden volgens de wil van de meerderheid, of door pressie van campagnes en hardnekkige groepen. Men had de wetenschap dus niet als gids kunnen nemen, en dat verklaart waarom DSM-III en zijn opvolgers, bedoeld om de psychiatrie uit het moeras van de psychoanalyse te voeren, haar in werkelijkheid naar de wildernis heeft geleid’ (Shorter 1998, 325-6). De grens tussen levensproblemen en psychopathologie is erg vaag, en zulke vaagheid werkt in de hand van drukkingsgroepen. (Je zou je natuurlijk kunnen afvragen waarom dat een probleem zou zijn. Lobbywerk leidt vaak tot goede resultaten, zoals in het geval van de verwijdering van homoseksualiteit uit de psychiatrische handboeken. Even vaak leidt het echter tot een pathologisering van het dagelijks leven, zoals Shorter opmerkt in het citaat hierboven, waarbij er minstens de schijn is dat de werkelijkheid geweld wordt aangedaan.)

- c) Een derde en laatste kritiek op Grahams PRA is dat het in wezen een gemakzuchtige oplossing is. Het ontslaat ons namelijk van de verantwoordelijkheid om verder te zoeken naar een unieke gemene deler. Deze kritiek is echter niet helemaal terecht. Graham besteedt bijvoorbeeld heel wat tijd aan het omschrijven van enkele familiegelekenissen van (categorieën van) psychische stoornissen.

1. Psychische *stoornissen*?

• Enkele prototypes

- Schizofrenie
- Depressie
- Angststoornissen

25

Een interessante vraag is (en eigenlijk een vierde kritiek op Grahams analyse): hoe bepalen we welke instanties van een fenomeen prototypisch zijn? In het geval van geestesziekten: hoe bepalen we welke geestesziekten prototypische ziekten zijn? De zoektocht naar prototypes is niet onbelangrijk, want de kenmerken van prototypes bepalen welke toestanden ook in aanmerking komen om 'ziekten' genoemd te worden. Graham noemt enkele criteria waarmee we op zoek kunnen gaan naar prototypes van psychopathologie:

- a) *Universaliteit*. Een stoornis die aantoonbaar voorkomt in verschillende, geografisch verspreide gebieden, en misschien zelfs overal ter wereld, lijkt een goede kandidaat te zijn voor een prototypische psychische stoornis. Maar: waarom zouden alle prototypische stoornissen universeel moeten zijn? Denk even aan de geneeskunde: sikkel-cel anemie is een ziekte die voornamelijk voorkomt in gebieden rond de Middellandse Zee, en in specifieke regio's in Afrika. Nochtans zijn er goede redenen om aan te nemen dat sikkel-cel anemie een *prototypische* ziekte is (disfunctie van bloedcellen, mortaliteit, erfelijkheid,...), en er is in ieder geval niemand die zal betwijfelen dat sikkel-cel anemie een ziekte is. We moeten ons hoeden voor de gedachte dat enkel universeel voorkomende stoornissen echte, prototypische stoornissen kunnen zijn. En een tweede bedenking bij Grahams criterium van universaliteit: sommige psychische stoornissen komen overal ter wereld voor omdat de Amerikaanse psychiatrie, meer bepaald de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, erin geslaagd is om haar

ziektecategorieën te exporteren naar tal van niet-Westerse landen. Ik citeer even uit een eigen paper-in-wording over dit thema: 'some disorders may well be found throughout the world, but only because they were exported by American psychiatry to various non-Western societies. It has been argued, for example, that international pharmaceutical companies went to great lengths to introduce specific DSM disorder categories in Argentina, because the conditions at which their products were targeted were simply not being seen there. By sponsoring training events and distributing drug samples and key texts, they helped shape the way mental health professionals think about mental illnesses, and how patients experience such illnesses (Lakoff 2005). Similar accounts have been given of the marketing of depression in Japan (Appelbaum 2006), and the sudden epidemic of anorexia nervosa in the 1990s in Hong Kong (Watters 2010)'.

- b) *Frequentie*. Een stoornis die in verschillende landen, en volgens verschillende prevalentiestudies, vaker voorkomt dan andere stoornissen, lijkt ook een goede kandidaat. Maar ook bij dit criterium zijn er een aantal caveats. Ik noem er eentje. Sinds het begin van de 21^{ste} eeuw spreekt men van een heuse depressie-epidemie in het Westen. Onze welvaart kan blijkbaar niet beletten dat maar liefst een kwart van de bevolking ten prooi valt aan depressie. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie zijn er wereldwijd niet minder dan 121 miljoen mensen klinisch depressief, en de voorspelling is dat depressie binnen twintig jaar naar de top klimt van het lijstje van doodsoorzaken bij de mens. Enkel hartziekten doen momenteel 'beter'. De prevalentiecijfers van depressie zijn zonder meer duizelingwekkend, en weerspiegelen zich in de steeds stijgende verkoop van antidepressiva. In België vormen zulke geneesmiddelen de op een na grootste uitgavenpost van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV), en wereldwijd zijn maar liefst drie van de zeven best verkopende geneesmiddelen-op-voorschrift antidepressiva (Prozac, Paxil en Zolof). Wat is er eigenlijk aan de hand? Een groeiend leger van critici betwijfelt dat de zogenaamde depressie-epidemie een reëel fenomeen is, en zoekt eerder naar antwoorden in het ontrafelen van de *liaison dangereuse* tussen psychiatrische diagnostiek en farmaceutische industrie. Depressie is trouwens niet de eerste epidemie van psychische stoornissen in het Westen. In de jaren vijftig van de vorige eeuw leed een groot deel van de Amerikaanse bevolking aan angststoornissen; enkele decennia later, aan het eind van de jaren tachtig, werden de psychiatrische praktijken overspoeld door patiënten met stemmingsstoornissen. Historicus Edward Shorter merkt op: 'Precies zoals een natie die onder angsten leed, zich door Valium had laten kalmeren, zo had het bestaan van een nieuw antidepressivum [Prozac] een ziektepatroon geschapen dat met dit medicijn behandeld kon worden' (Shorter 1998, 345; zie ook Valenstein 1998). Als depressie al een prototypische psychische stoornis is, dan is het in ieder geval niet omwille van haar prevalentie-cijfers. Daarmee bedoel ik: de frequentie waarmee bepaalde stoornissen zich voordoen, kan ook een artefact zijn, geen *natuurlijk feit*.

2. *Waarom zijn geestesziekten psychische stoornissen?*

In de inleiding van hun tekst merken Brülde & Radovic op dat 'in almost everything that has been written about the concept of mental disorder, (...) focus has not been on what makes a disorder *mental*, but on what makes a mental disorder a *disorder*' (p. 99, cursivering in origineel). Volgens hen zijn daar goede redenen voor: het onderscheid tussen ziekte en gezondheid heeft belangrijke praktische implicaties, en dat is niet of minder het geval voor het onderscheid tussen verschillende soorten van ziekten. Maar is dat zo? De auteurs sommen zelf drie belangrijke redenen op om een antwoord te vinden op de vraag wat geestesziekten onderscheidt van andere soorten van ziekten (p. 100, LB): a) het onderscheid legitimeert het bestaansrecht van de psychiatrie – als psychiaters er niet in slagen om 'hun' geestesziekten af te bakenen van andere soorten van ziekten, dan schieten ze zichzelf in de voet; b) het onderscheid is belangrijk voor de patiënt, want psychische ziekten worden op een heel andere manier gepercipieerd dan lichamelijke ziekten; c) het onderscheid is belangrijk voor onze wetgeving, want psychische ziekten impliceren vaak een zekere mate van ontoerekeningsvatbaarheid, en dus een andere vorm van opsluiting en/of behandeling.

Kortom: de vraag waarom geestesziekten *psychische* stoornissen zijn is wel degelijk belangrijk, voor verschillende actoren (psychiaters, patiënten, wetgever).

2. *Psychische* stoornissen?

- *Marks of the mental*

- Intentionaliteit
- Fenomenaal bewustzijn
- Subjectiviteit

27

Wat maakt bepaalde stoornissen tot *psychische* stoornissen? Een variant van deze vraag was het vertrekpunt van deze cursus. Keren we even terug naar de eerste les. Ik vroeg u toen om een aantal dingen (toestanden, vermogens,...) op te noemen waarin onze geest een belangrijke rol speelt. We besloten toen dat er ruwweg drie soorten van mentale toestanden zijn: ervaringen, propositionele attitudes en mentale handelingen. Deze drie categorieën zou je kunnen zien als prototypes van het concept van geest, net zoals schizofrenie en depressie prototypes zijn van het concept van psychopathologie. (In wat volgt concentreer ik me vooral op ervaringen & propositionele attitudes, en laat ik mentale handelingen gemakshalve buiten beschouwing.) We stelden toen ook de vraag wat zulke prototypes maakt tot prototypes van mentale toestanden. Anders gezegd: wat maakt bepaalde toestanden tot *mentale* toestanden? Zou het kunnen dat de antwoorden op deze vraag ons helpen bij het analyseren van het concept van geestesziekte? Ik herneem een slide over deze vraag, uit de eerste les, en ik vul aan (zie ook B&R, p. 101-3: 'What do the states and events that are commonly regarded as mental (e.g., itches and other sensations, desires, beliefs, and intentions) have in common that makes them all mental?').

1. Intentionaliteit (in het Engels ook wel 'directionality' of 'aboutness' genoemd) wordt sinds Brentano vaak beschouwd als sleutelkenmerk van 'het mentale': 'Kenmerkend voor alle psychische verschijnselen is wat de middeleeuwse scholastici de intentionele (of mentale) inexistentie van een object noemden, en wat wij (...) de betrekking op een inhoud zouden noemen, de gerichtheid

op een object (die hier niet moet worden opgevat als een realiteit) (...). Elk van deze verschijnselen draagt iets in zich als object (...). In de voorstelling wordt iets voorgesteld, in het oordeel iets aanvaard of verworpen, in de liefde iets bemind, in de haat iets gehaat, in het begeren iets begeerd enzovoort. Deze intentionele inexistentie is uniek voor de psychische verschijnselen. Bij geen enkel fysisch verschijnsel doet zich iets dergelijks voor' (geciteerd in Dooremalen et al. 2010, p. 42). Een waarneming is altijd gericht op hetgeen waargenomen wordt; een herinnering is altijd een herinnering aan iets; een gedachte is altijd een denken aan iets (men kan dus niet niets denken). Intentionaliteit is inderdaad een definiërend kenmerk van propositionele attitudes, maar het lijkt in mindere mate van toepassing op ervaringen ('experiences'). Je kan je bijvoorbeeld afvragen waarop stemmingen of gemoedstoestanden ('moods') gericht zijn. Het lijkt net typisch voor zulke mentale toestanden dat ze niet gericht zijn op iets specifiek. Het zijn eerder vage, diffuse toestanden, in tegenstelling tot emoties, die een duidelijke gerichtheid hebben. Men is immers altijd kwaad/verdrietig/angstig/... om iets (of op iemand). Of neem een ander voorbeeld: pijn. Is pijn intentioneel (zie B&R, p. 101 RB)? Waarop zou mijn ervaring van pijn dan gericht zijn? Sommige filosofen menen dat ook pijn intentioneel is, in die zin dat het gericht is op de schade aan het pijnlijke orgaan, of op een andere mentale toestand, zoals een propositionele attitude - bijvoorbeeld de hoop dat de pijn snel zal verdwijnen.

Volgens Brentano is intentionaliteit een uniek definiërend kenmerk van het mentale, maar je kan je de vraag stellen of intentionaliteit enkel typisch is voor propositionele attitudes en ervaringen. Er zijn immers zoveel dingen die 'naar iets anders dan zichzelf verwijzen' – denk maar aan woorden, bouwplannen of wegwijzers. Zijn wegwijzers intentioneel? Om die vraag te beantwoorden maken sommige filosofen een onderscheid tussen twee vormen van intentionaliteit: intrinsieke en extrinsieke intentionaliteit. Mentale toestanden zijn intrinsiek intentioneel – hun intentionaliteit is met andere woorden eigen aan de toestand zelf. Wegwijzers en woorden worden daarentegen door iets of iemand anders beladen met intentionaliteit. Diegene die een woord gebruikt bepaalt in zekere zin waarnaar het woord verwijst. Een voorbeeld: het woord 'chips'. Wanneer het woord gebruikt wordt door een Engelsman, dan verwijst het naar frieten; wanneer het woord gebruikt wordt door een Vlaming, dan verwijst het naar krokant gebakken aardappelschijfjes. De intentionaliteit van het woord 'chips' wordt dus bepaald door diegene die het woord hanteert (of de context waarin het woord gebruikt wordt) – daarom noemen we zulke intentionaliteit 'extrinsiek'.

2. Een tweede kenmerk dat in de literatuur vaak geassocieerd wordt met het mentale is het zogenaamde 'fenomonaal bewustzijn'. In tegenstelling tot hersentoestanden hebben mentale toestanden qualia. Of, in Nagels bewoordingen: over mentale toestanden kan je de vraag stellen *hoe het is om ze te hebben* ('*what it is like to be in a mental state X*'). Die vraag is, volgens

Nagel, onzinnig wanneer ze betrekking heeft op hersentoestanden. Zulke toestanden hebben geen kwalitatief of fenomenaal karakter. Nagel leek te suggereren dat alle mentale toestanden qualia hebben – zowel propositionele attitudes als ervaringen. Brülde & Radovic twijfelen, en spreken zich zelfs een beetje tegen. Enerzijds zeggen ze: ‘The characterization in terms of “what it is like to be” in a mental state (...) seems to include thought and emotion...’ (p. 102 LB). Anderzijds zeggen ze: ‘Thoughts (...) may be characterized as subjective *despite the nonphenomenal status of such traits*’ (p. 102-3). Los van de vraag welke mentale toestanden qualia hebben, zijn er nog een aantal problemen verbonden met de claim dat fenomenaal bewustzijn een wezenskenmerk is van het mentale. B&R noemen er twee: a) het is onduidelijk wat een quale precies is – is een quale per definitie niet-fysisch, bijvoorbeeld?; b) het is (bijgevolg) onduidelijk wat de relatie is tussen intentionaliteit en fenomenaal bewustzijn – is een quale per definitie niet-intentioneel? En als het niet-intentioneel is, hoe kan je het dan verbinden met het fysische? Een derde probleem, dat B&R niet vermelden, gaat over de vraag of qualia ook typisch zijn voor onbewuste mentale toestanden. Sinds Freud nemen veel filosofen aan dat de geest bestaat uit deels bewuste toestanden en (groten)deels onbewuste toestanden – twee systemen met daartussen een grens die, nog steeds volgens Freud, streng bewaakt wordt door de zelfcensuur. Als onbewuste verlangens, herinneringen en overtuigingen ook mentale toestanden zijn, hebben ze dan ook qualia? Kunnen we de vraag stellen hoe het is om (onbewust) te verlangen naar het lief van je beste vriend of vriendin, bijvoorbeeld? Het lijkt niet meteen een zinnige vraag. In dat geval kunnen qualia niet het wezenskenmerk zijn van het mentale.

3. Ten slotte wordt het mentale ook vaak in verband gebracht met subjectiviteit. Mentale toestanden, zo zegt men, zijn door en door subjectief. Wat betekent dat? Het betekent niet alleen dat mijn ervaringen en propositionele attitudes intentionele toestanden zijn, die al dan niet verbonden zijn met qualia, maar ook dat het *mijn* mentale toestanden zijn. Ik heb een bepaalde relatie met mijn mentale toestanden – een relatie die ik niet heb met mijn hersentoestanden. Deze relatie is een geprivilegieerde relatie: mijn kennis over mijn eigen geest is onmiddellijker en directer dan mijn kennis over andere geesten of mijn kennis over de buitenwereld. Merk op dat Brülde & Radovic ‘subjectiviteit’ als een bredere categorie beschouwen dan ‘fenomenaal bewustzijn’ – in tegenstelling tot bijvoorbeeld Nagel, die beide kenmerken laat samenvallen. B&R zien het fenomenale als een subcategorie van het subjectieve: alle fenomenale toestanden zijn subjectieve toestanden, maar niet alle subjectieve toestanden zijn fenomenale toestanden (want B&R menen dat propositionele attitudes niet-fenomenaal zijn).

2. *Psychische* stoornissen?

- **Overzicht**

- *The internal cause view*
- *The symptom view*
- *The nihilist view*



28

De vraag is vervolgens of deze drie wezenskenmerken van het mentale ons op een of andere manier kunnen helpen om geestesziekten (of mentale stoornissen) te onderscheiden van hersenstoornissen (en andere lichamelijke stoornissen). De hoofdmoot van de tekst van Brülde & Radovic (p. 103-113) bestaat uit een overzicht van verschillende theorieën over het onderscheid tussen psychische ziekten en lichamelijke ziekten, en de rol van de 'marks of the mental' in deze theorieën.

2. *Psychische* stoornissen?

- **Psychische oorzaken** (1/3)

- B&R: *The internal cause view*
- Psychische oorzaak → psychische stoornis
- Voorbeeld: Anna O.

29

Sommige filosofen oordelen dat de aard van de *oorzaak* van pathologie een bepalende rol speelt in het onderscheiden van psychische en neurologische (of lichamelijke) stoornissen. B&R: 'A disorder is mental only if it is necessary to explain the symptoms in psychological terms'. Wakefield is volgens B&R een vertegenwoordiger van deze positie. Zijn HDA gaat er immers vanuit dat psychopathologie een schadelijke disfunctie of verstoring is van een geëvolueerd *psychologisch* mechanisme. 'The internal cause view' is met andere woorden de zienswijze 'that a disorder can only be mental if the proximate or immediate cause (the underlying pathology) of the symptoms involved is (at least in part) mental' (B&R, p. 103 RO). Een andere filosoof van de psychiatrie, George Graham, verdedigt deze zienswijze als volgt: 'Mere mental symptoms are completely and utterly insufficient for calling a condition a "mental disorder". Did [Virginia] Woolf kill herself and intentionally so because she felt hopelessly trapped or did she do so accidentally because of a defective alteration of neurotransmitter function due to Parkinson's disease? It's important to know what causes or helps to cause a set of symptoms if we are to grasp what sort of disorder a disorder is and what sorts of behavior its symptoms are. Depression-related deliberate suicide is one thing; accidentally killing oneself because of a prefrontal lobe dysfunction in an episode of lost motor control is another' (Graham 2010, p. 36). Het voorbeeld dat ik in de vorige les aanhaalde, van Olga in *Turks Fruit*, past ook in deze theorie. Op de volgende slide vindt u nog een voorbeeld: het geval Anna O., een van Freuds eerste patiënten.

Elke psychische stoornis is de uitkomst van een lange causale keten, en het is duidelijk dat de meeste vormen van fysicalisme ons niet toestaan om de oorspronkelijke of eerste oorzaak van een stoornis als een *psychische* oorzaak te beschouwen. B&R doen een halfslachtige poging (p. 103, RO) om twee soorten van oorzaken te onderscheiden: 'nabije' (*proximate*) oorzaken en 'verre' (*distal*) oorzaken. De vraag die B&R hier aankaarten (en niet echt uitwerken) is een fundamentele vraag in de *philosophy of mind*, die wij al eerder ontmoetten: de vraag of er zoiets bestaat als mentale causaliteit? Het is duidelijk dat een mentale toestand de oorzaak kan zijn van een (andere) mentale toestand, maar kan het ook de oorzaak zijn van hersentoestanden? Kan een (onbewust) verlangen een lichamelijke verlamming veroorzaken, zoals Freud beweert (zie volgende slide)? Mentale veroorzaking lijkt enkel mogelijk in een dualistisch raamwerk, en B&R kiezen resoluut voor een fysicalistisch raamwerk. Ook Wakefield schaaft zich achter het fysicalisme. Enerzijds argumenteert hij dat een mentale toestand een psychische stoornis is dan en slechts dan als de toestand veroorzaakt wordt door een disfunctioneel psychisch mechanisme. Hij heeft het dus over een psychische oorzaak. Anderzijds voegt Wakefield toe dat de disfunctie van een psychisch mechanisme (een nabije oorzaak, in de woordenschat van B&R) het gevolg is van een disfunctie in de hersenen (de verre oorzaak, in de woordenschat van B&R). In zeker zin zou je dus kunnen zeggen dat de *internal cause view* problematisch is – zijn niet alle mentale toestanden (ook de toestanden die dienst doen als oorzaken van mentale stoornissen) uiteindelijk hersentoestanden? Waarom spreken we dan nog over psychische oorzaken?



Josef Breuer, Anna O. & Sigmund Freud

Anna O. was een van de patiënten die Breuer en Freud opvoerden in hun gezamenlijk werk *Studien über Hysterie* (1895). Anna (aka Bertha Pappenheim) was een jonge en intelligente vrouw, die gedurende meer dan twee jaar een reeks van zowel lichamelijke als psychische symptomen ontwikkelde, waaronder verlamningsverschijnselen (rechterarm & rechterbeen), verstoorde oogbewegingen, eetstoornissen, een nerveuze hoest, spraakstoornissen (soms was ze niet in staat om in haar moedertaal te spreken), en zogenaamde 'absences' – toestanden van afwezigheid en verwarring, waarin ze in zichzelf begon te mompelen. Anna O. vertoonde met andere woorden alle symptomen van een psychische stoornis die ondertussen de geest gegeven heeft, en geen rol van betekenis meer vervuld in de psychiatrie: hysterie.

Wat veroorzaakte deze symptomen volgens Breuer & Freud? Het is niet helemaal duidelijk, maar wel waarschijnlijk dat Anna O. door talrijke dokters onderzocht is voor ze kennismakte met Breuer. Geen van die dokters vond een aanwijsbare organische oorzaak voor haar klachten. Tegenwoordig zou men zulke patiënten screenen voor neurologische problemen, zoals een hersenbloeding, een tumor of epilepsie, of endocrinologische afwijkingen, zoals een schildklierprobleem, enzovoort. Wanneer elk van die onderzoeken negatief blijkt (dat wil zeggen: wanneer er geen lichamelijke afwijkingen gevonden worden), verwijst men de patiënt door naar de psychiater. Zo verging het Anna O. wellicht ook. Haar lichamelijke symptomen (verlamningsverschijnselen, gezichtsstoornissen,...) wezen niet op een

lichamelijke oorzaak, maar op een niet-lichamelijke, en dus psychische oorzaak, en daarom lijdt ze aan een psychische stoornis. Tegenwoordig spreekt men van een conversiestoornis – een DSM-categorie die, samen met bijvoorbeeld Illness Anxiety Disorder (voorheen hypochondrie) deel uitmaakt van de zogenaamde Somatic Symptom Disorders (voorheen Somatoform Disorders). In DSM-IV luidde een van de diagnostische criteria voor conversiestoornis: 'The symptom or deficit cannot, after appropriate investigation, be fully explained by a general medical condition, or by the direct effects of a substance, or as a culturally sanctioned behavior or experience'.

Psychische oorzaken (1/4)

- Drie definities van 'psychisch'

- Niet-lichamelijke oorzaken
- Prototypisch psychische oorzaken
- Intentionele oorzaken

31

Het antwoord dat psychische stoornissen psychisch zijn omdat ze psychische oorzaken hebben is uiteraard louter een herformulering van het probleem. De vraag is immers wat er psychisch is aan de oorzaken van een psychische stoornis. Dat het oorzaken zijn die de ruggengraat vormen van een 'typisch psychologisch' theorie, zoals de psychoanalyse, verlegt het probleem opnieuw. Want dan is de vraag: wat maakt de concepten waarvan Freud zich bedient in 'zijn' psychoanalyse tot 'psychologische concepten'? B&R onderscheiden drie invullingen van de term 'psychisch' in 'psychische oorzaken'.

- a) Een negatieve invulling: psychische oorzaken zijn oorzaken die niet-lichamelijk zijn. Anders geformuleerd: wanneer alle mogelijke lichamelijke oorzaken uitgesloten zijn, dan nemen we aan dat de oorzaak psychisch is. B&R geven twee argumenten in het voordeel van deze zienswijze. Beide argumenten zijn gebaseerd op de realiteit van de medische wereld. Ten eerste is het een dagelijkse realiteit in de medische wereld dat patiënten doorverwezen worden naar een psychiater wanneer de medische testen geen lichamelijke oorzaak opleveren. Ook vandaag nog zijn er mensen met gelijkaardige problemen als Anna O., getuige de ziektecategorie van Conversion Disorder in DSM. Ten tweede, en omgekeerd, is het een historische realiteit in de medische wereld dat psychische stoornissen van status veranderen, en neurologische stoornissen worden, wanneer ze gekoppeld worden aan een aanwijsbare lichamelijke oorzaak. Een voorbeeld: Encephalitis Lethargica is een ernstige aandoening die in het decennium na de eerste wereldoorlog een ware ravage aanrichtte in Europa. Een

ouderwetse epidemie. Patiënten met EL veranderen in een ijftempo in levende standbeelden, niet meer in staat om te spreken of te bewegen. Men spreekt vaak van een 'catatoon' ziektebeeld, waarbij patiënten volledig verstijven, en jarenlang niet in staat zijn om te bewegen. Daarnaast worden ook vaak hallucinaties gemeld, soms zelfs comateuze toestanden. Mijn punt: sommige historici van de psychiatrie menen dat psychiaters tijdens de hoogdagen van de epidemie redeneerden volgens een logica die eigen is aan de zienswijze dat psychische oorzaken niet-lichamelijke oorzaken zijn. Zij kenden de oorzaak van de aandoening niet, en patiënten werden bijgevolg vaak opgenomen in psychiatrische ziekenhuizen. Toen 'duidelijk' werd dat EL veroorzaakt wordt door een zeldzame variant van het griepvirus, die tijdens de eerste wereldoorlog vele slachtoffers eiste, veranderde EL van een psychische stoornis in een neurologische stoornis. (Het voorbeeld van EL toont echter ook de grenzen aan van deze zienswijze, omdat er nog steeds geen consensus bestaat over de oorzaak van de aandoening. Blijkbaar is het *vermoeden* van een lichamelijke oorzaak voldoende om een ziekte te classificeren als een neurologische aandoening. Dat vermoeden is er nochtans ook bij schizofrenie, en die aandoening wordt niettemin nog steeds beschouwd als een prototypische psychische stoornis.)

- b) Een invulling op basis van exemplarische voorbeelden (in de tekst van B&R: de sectie 'Lists of examples' op p. 106-7): psychische stoornissen zijn stoornissen waarvan alle symptomen veroorzaakt worden door psychische oorzaken, en prototypische voorbeelden van zulke oorzaken zijn verstoringen van psychologische mechanismen, zoals perceptie (in het geval van hallucinatie), emotie (in het geval van depressie), en cognitie (in het geval van schizofrenie). Maar waarom noemen we perceptie een *psychologisch* mechanisme? De hete aardappel wordt steeds doorgeschoven. Wittgensteinianen, zoals Graham, zullen zeggen dat perceptie een psychologisch mechanisme is omdat nagenoeg iedereen het daar over eens is ('iedereen' = 'iedereen die een relevante rol vervult in het debat over perceptie'). Maar is consensus een noodzakelijke en voldoende voorwaarde om van een mechanisme een psychologisch mechanisme te maken? Het debat over de plaats van homoseksualiteit in de DSM (zie vorige les) werd beslist met een referendum, waarbij een nipte meerderheid van de Amerikaanse psychiaters zich uitsprak tegen de psychiatrisering van homoseksualiteit. Sommige historici menen dat de psychiatrie zich belachelijk maakte door een referendum te organiseren over een wetenschappelijk probleem. Niemand haalt het in het hoofd om te stemmen over de vraag of de aarde aan het opwarmen is, wel? De feiten moeten over zo'n probleem beslissen. We willen niet weten hoeveel mensen voor of tegen een theorie stemmen, maar wel waarom ze dat doen – op welke feiten beroepen ze zich?
- c) Een intentionele invulling: psychische oorzaken zijn oorzaken die moeten voldoen aan een belangrijke voorwaarde. De oorzaken moeten namelijk het kenmerk van intentionaliteit vertonen. We keren even terug naar Anna O., de

patiënt van Breuer en Freud die daarnet al aan bod kwam. Anna O. lijdt onder andere aan een soort 'eetstoornis' – gedurende een bepaalde periode weigerde ze te drinken. Breuer & Freud spreken van 'hydrofobie'. Tijdens een hypnose-sessie (een erg populaire vorm van psychotherapie in die tijd) komt aan het licht dat deze weigering te maken heeft met een herinnering aan een bezoek aan een vriendin met een hondje. Tijdens het bezoek ziet Anna O. het hondje stiekem uit een glas drinken. Het gedrag van de hond wekt walging en woede op, en deze twee emoties zijn volgens Breuer & Freud de motor of de oorzaak van Anna's 'hydrofobie'. En walging en woede zijn uiteraard intentionele mentale toestanden: de walg is een walg voor de lebbende hond, de woede is gericht op diezelfde hond (en de eigenaar van de hond). Een ander voorbeeld van een symptoom met een intentionele oorzaak: Anna's verlamingsverschijnselen. Ik lees voor uit *Studien Uber Hysterie* (zie tekst op Toledo). De verlamming van haar rechterarm wordt volgens Breuer en Freud veroorzaakt door het verlangen om haar doodzieke en hulpeloze vader te verdedigen (in een droom) tegen de aanval van een slang. Anna's verlangen werd echter gefnuikt doordat haar arm tijdens het indutten 'in slaap gevallen was' – ze kon haar arm niet gebruiken om haar vader te beschermen. Opnieuw: als de verklaring van Breuer & Freud klopt, dan is de oorzaak van het verlamingsverschijnsel een propositionele attitude, namelijk een verlangen, en PA's zijn, zoals we weten, intentionele mentale toestanden. En intentionaliteit is, volgens sommigen, hét kenmerk van het mentale. Ook de problemen van de Rattenman kan je volgens Freud verklaren met behulp van allerlei intentionele mentale toestanden: liefde (voor zijn verloofde), haat (voor zijn vader), enzovoort. B&R lijken deze zienswijze (over de vraag waarom psychische oorzaken psychisch zijn) toegenegen te zijn. De enige opmerking die ze maken is dat het een zienswijze is met een beperkte reikwijdte: je kan er volgens hen niet mee verklaren waarom depressie en schizofrenie psychische stoornissen zijn (zie p. 107 links onderaan). De verborgen premisse in hun redenering is de volgende: niet alle vormen van een klinische depressie, en niet alle vormen van schizofrenie worden veroorzaakt door intentionele mentale toestanden. Anders geformuleerd: er zijn vormen van depressie die niet veroorzaakt worden door intentionele mentale toestanden. B&R geven geen voorbeeld, en het is een feit dat de psychiatrische wereld verdeeld is over de vraag of er depressies bestaan zonder psychische (intentionele) oorzaak (zie volgende slide).

In het algemeen vind ik deze laatste zienswijze, namelijk dat psychische stoornissen psychisch zijn omdat hun oorzaken intentionele mentale toestanden zijn, erg aantrekkelijk. Symptomen kunnen, op zichzelf genomen, bedrieglijk zijn. Psychische symptomen kunnen veroorzaakt worden door neurologische problemen (en omgekeerd kunnen psychische stoornissen lichamelijke symptomen voortbrengen, zoals verlamingsverschijnselen). Denk even terug aan Olga in *Turks Fruit*. Olga lijdt niet aan een psychische stoornis, zoals we eerst dachten (op basis van haar bizar gedrag), maar aan een neurologische stoornis, namelijk een tumor, en een tumor is een hersentoestand die helemaal nergens op gericht is, geen intentionaliteit heeft.

Daarom, en enkel daarom, is Olga niet psychisch ziek. Haar symptomen geven geen uitsluitel over de aard van haar ziekte. Enkel de oorzaak helpt ons om daarover te beslissen, en we spreken enkel over een psychische stoornis wanneer de symptomen veroorzaakt worden door intentionele mentale toestanden. Het grote probleem is dat sommige symptomen 'overgedetermineerd' zijn. Dat wil zeggen: sommige symptomen worden bepaald (veroorzaakt, zeg maar) door een reeks van oorzaken. Sommige van die oorzaken kunnen lichamelijk zijn (neurologisch, hormonaal, genetisch,...), en andere psychisch. In die zin is het moeilijk om een sluitend antwoord te geven op de vraag of een stoornis psychisch is, tenzij we een rekensommetje doen: hoeveel symptomen zijn er (en dan laten we nog buiten beschouwing dat ziekten de neiging hebben om te clusteren – een fenomeen dat bekend staat als 'comorbiditeit' – zodat het moeilijk wordt om te bepalen welk symptoom bij welke ziekte hoort); hoeveel oorzaken zijn er voor elk van deze symptomen; en hoeveel oorzaken zijn psychische oorzaken? En hoever gaan we terug in de tijd? Waar eindigen de 'nabije' oorzaken (in B&R's terminologie) en waar beginnen de 'verre' oorzaken? Het lijkt niet zo eenvoudig om in de praktijk te beslissen of we te maken hebben met een psychische dan wel een neurologische stoornis.

Interessante vraag op p. 107 rechts onderaan: 'Moreover, if neurophysiological research would discover the physical causes of some disorder that is at present regarded as prototypically mental, and if this would result in a highly effective drug treatment, this would not imply that we would no longer regard the disorder as mental'. Bent u het daarmee eens? Wat zegt uw intuïtie over dit probleem?



Bestaan er depressies zonder psychische
(dat wil zeggen) intentionele oorzaak?

De meningen zijn verdeeld over deze vraag: Edward Shorter (links) beweert van wel, onder andere in zijn boek *Endocrine Psychiatry: Solving the Riddle of Melancholia* (2010). Psychoanalytici, zoals Antoon Vergote (emeritus-professor aan het HIW) beweren van niet. Ik citeer een passage uit een tekst van Vergote over depressie en melancholie, uit 1988. Hij bespreekt er onder andere het onderscheid tussen een 'vitale depressie' (die niet veroorzaakt wordt door intentionele mentale toestanden) en een 'reactieve depressie'. Zie tekst op Toledo.

2. *Psychische* stoornissen?

• **Psychische symptomen** (2/3)

- B&R: *The symptom view*
- Psychische symptomen → psychische stoornissen
- Voorbeeld: fobie

33

Sommige filosofen oordelen dat niet de aard van de *oorzaak* van een stoornis, maar wel de aard van de *symptomen* van een stoornis bepalend is voor de aard van de stoornis. Zij menen dus dat de aard van de symptomen een stoornis al dan niet tot een psychische stoornis maakt. We spreken enkel van een psychische stoornis wanneer er sprake is van (voornamelijk) psychische symptomen. B&R: 'A disorder is mental if the distress and/or disability involved is of a "mental kind"' (p. 108 RB).

De vraag is dan: wat maakt een symptoom tot een *psychisch* symptoom? Ook hier is het criterium van intentionaliteit de sterkhouder, althans volgens Brülde & Radovic: 'Now, if there is a satisfactory principled account of what makes a mental ability mental, it is our belief that it somehow makes use of the notion of intentionality' (B&R, p. 111 LM). Een symptoom is een symptoom van een psychische stoornis dan en slechts dan als het symptoom een intentionele mentale toestand is. Neem het voorbeeld van een fobie. Een fobie is een (prototypische) psychopathologie die zich in de eerste plaats kenmerkt door een hevige angst voor een specifiek ding (een injectiespuit), een organisme (een specifiek dier of een stalker, bijvoorbeeld), of een setting (pleinvrees of agorafobie). Een fobische angst is intentioneel in de mate dat ze gericht is op iets anders dan zichzelf: het ding, het organisme, of de setting. De angst van de fobie is een intentionele mentale toestand en maakt een fobie daarom tot psychische stoornis.

Een van de grote problemen van deze zienswijze is dat ze psychiaters noopt tot een gigantische herziening van bestaande classificaties van psychische stoornissen. Heel wat psychische stoornissen in zulke classificaties uit zich immers in lichamelijke symptomen. Fobie is een goed voorbeeld. Sommige fobische symptomen (en symptomen van een paniekstoornis) maken het moeilijk om te bepalen of er sprake is van een fobie of eerder van een hartaanval. Ook bij een fobische aanval klagen patiënten over pijn in de borststreek, flauwvallen, verstijving, enzovoort. Strikt genomen zijn deze symptomen, als lichamelijke symptomen, nergens op gericht. De pijn in de borststreek van fobische patiënten heeft geen (intrinsieke) intentionaliteit. Is een fobie dan geen psychische stoornis? Die conclusie lijkt absurd. Of moeten we opnieuw het relatieve belang van psychische versus lichamelijke symptomen gaan meten, en op basis van de uitkomst van die calculus besluiten of er sprake is van een psychische dan wel een lichamelijke stoornis? De welwillendheid van B&R tegenover deze zienswijze (i.e. *the symptom view*), is aandoenlijk, maar onterecht. Het vermeende voordeel van deze zienswijze, dat ze aanhalen op p. 111 links onderaan, geldt niet alleen voor de *symptom view (SV)*, maar ook voor de *internal cause view (ICV)*. Het argument luidt dat de SV ons toelaat om ruimte te maken voor nabije oorzaken van een neurologisch type. Anders geformuleerd: in de SV is het mogelijk dat symptomen van een psychische stoornis ook gedeeltelijk veroorzaakt worden door hersentoestanden. Maar die gedachte kan je ook verwerken in de ICV, als je er vanuit gaat dat de meeste symptomen overgedetermineerd zijn (zie eerdere slide).

2. Waarom *psychische* stoornissen?

- Een hopeloze zaak (3/3)

- B&R: *the nihilist view*
- P oorzaken → L stoornissen → P symptomen
- L oorzaken → P stoornissen → L symptomen

34

Een vierde en laatste zienswijze stelt dat het zinloos is om ook maar een poging te wagen om criteria te vinden die ons zouden toestaan om een strikt onderscheid te maken tussen psychische stoornissen en andere soorten van stoornissen. Zo'n zoektocht is zinloos, want die criteria bestaan niet. De keuze voor de kwalificatie 'nihilistisch' is een beetje eigenaardig, vind ik, en drukt het afgrijzen van B&R uit ten opzichte van deze zienswijze. Ze hadden immers ook het woord 'pessimisme' kunnen gebruiken, zoals bijvoorbeeld McGinn doet om te verwijzen naar de hopeloze complexiteit van het probleem van lichaam en geest. B&R laten geen gelegenheid voorbijgaan om te benadrukken dat ze op zoek zijn naar 'a coherent and nonarbitrary way' (p. 111, rechts onderaan) om psychische stoornissen van neurologische stoornissen te onderscheiden. Ze zijn op zoek naar de essentie van het concept van psychopathologie, om daarmee de grens te trekken tussen psychopathologie en andere soorten van stoornissen. Tegelijkertijd herhalen ze ook enkele keren dat 'mental and somatic disorders might not be mutually exclusive categories' (p. 105 RO; ook op p. 100 LO; en p. 114 LB). Anders gezegd: het zou kunnen dat er overlappingen bestaan tussen beide categorieën (of soorten) van stoornissen. In dat geval is het echter zinloos om te spreken over de essentie van de ene of de andere categorie, of over noodzakelijke en voldoende voorwaarden, want het is eigen aan een essentie dat ze alle leden van een verzameling kenmerkt, en enkel de leden van die verzameling (en niet leden van andere verzamelingen). Kortom: er zit een zekere ambivalentie in de tekst van B&R.

Waarom zou het futiel zijn om te zoeken naar een strikt onderscheid tussen psychische stoornissen en andere soorten van stoornissen? B&R geven twee argumenten.

Ten eerste hebben zowel psychische stoornissen als neurologische stoornissen zowel lichamelijke als psychische symptomen én oorzaken. Dat is een heleboel informatie in een enkele zin. Ik schematiseer de mogelijkheden in de slide hierboven (zie ook B&R, p. 112 LM). Probeer zelf een aantal voorbeelden te bedenken van de verschillende opties. Bijvoorbeeld: de claim dat lichamelijke stoornissen psychische symptomen veroorzaken, kan geïllustreerd worden met behulp van de ziekte van Alzheimer (een neurologische stoornis met psychische symptomen, zoals depressie en verwardheid). Nog eentje: de claim dat lichamelijke oorzaken tot psychische stoornissen kunnen leiden, is een van de basisclaims van de biologische psychiatrie, en kan je plausibel maken door te verwijzen naar genen die mensen een duwtje in de rug geven om een welbepaald temperament te ontwikkelen, waarbij dat temperament een rol speelt in de neiging om bijvoorbeeld angstig te reageren op nieuwe situaties. Er bestaat volgens mij niet zoiets als 'genen voor angst', tenzij men zo'n uitdrukking genuanceerd leest als 'dingen die het een beetje waarschijnlijker maken dat iemand een beetje angstiger zal reageren op (bijvoorbeeld) nieuwe situaties dan anderen die zulke genen ontberen'. Wij zijn niet het slachtoffer van onze genen, zoals sommige populariserende wetenschapsboeken ons soms doen geloven.

Een tweede argument dat B&R aanhalen om het 'nihilisme' te verdedigen (p. 112 links onderaan) is dat er in de medische wereld geen theoretisch onderscheid gemaakt wordt tussen beide soorten van stoornissen. Of een stoornis beschouwd wordt als neurologische stoornis, dan wel als een psychische stoornis, hangt eerder af van pragmatische overwegingen, zoals: wie behandelt zulke stoornissen meestal? Wie is er bij gebaat of een stoornis als psychisch dan wel als neurologisch beschouwd wordt? Heeft de patiënt bijvoorbeeld meer kans om terugbetaald te worden voor een behandeling wanneer zijn of haar stoornis gepresenteerd wordt als een P dan wel een N stoornis? B&R brengen daar tegenin dat er in sommige situaties een pijnlijk verschil bestaat tussen hoe het proces van classificeren de facto verloopt, en hoe het zou moeten verlopen. Een bepaalde praktijk kan geen excuus zijn om alle theoretische reflectie te staken.

Merk op: vlak voor de conclusie (p. 113 LB) leggen B&R hun kaarten op tafel. Hun antwoord op de vraag waarom psychische stoornissen *psychisch* zijn, weerspiegelt het antwoord van Graham op de vraag waarom psychische stoornissen *stoornissen* zijn. Wat is het antwoord van B&R? Het is plausibel, zeggen ze, dat er geen sluitende criteria zijn om te bepalen of een stoornis een *psychische* stoornis is. Of nog: er zijn geen 'noodzakelijke en samen voldoende voorwaarden die ons kunnen helpen om psychische stoornissen van andere soorten van stoornissen te onderscheiden' (letterlijke vertaling van

passage op p. 113). En even verder, op het einde van diezelfde paragraaf: 'it seems that the conditions we presently classify as mental disorders are systematically interconnected in ways that make some kind of family resemblance analysis reasonable'. Met andere woorden: B&R pleiten voor een wittgensteiniaans antwoord op de vraag waarom psychische stoornissen *psychisch* zijn. Het antwoord: omdat ze een gelijkenis vertonen met bepaalde prototypische *psychische* stoornissen. En hoe bepalen we welke stoornissen prototypische psychische stoornissen zijn? Je zou kunnen zeggen: sommige stoornissen hebben zowel hoofdzakelijk psychische oorzaken als hoofdzakelijk psychische symptomen, en zulke stoornissen definiëren we (op basis van consensus) als prototypische psychische stoornissen. Deze gedachte wordt in de conclusie nog eens herhaald: 'If one considers it important that an account [of the concept of mental disorder] is consistent with ordinary language, the "mental" in "mental disorder" is best given a family resemblance analysis rather than, for example, a traditional conceptual analysis in terms of necessary conditions that are jointly sufficient' (p. 113, RO). Waarom B&R deze wittgensteiniaanse benadering als 'nihilistisch' bestempelen is me niet helemaal duidelijk. In mijn ogen is het een eerlijk en opbouwend antwoord op de hamvraag waarom sommige stoornissen 'psychisch' genoemd worden – een antwoord dat bovendien geen afbreuk doet aan de verwezenlijkingen van de twee heersende theorieën over het onderwerp in kwestie.

Conclusie

