



Saamhorigheid en de DSM

Kan saamhorigheid samenvallen met het classificeren volgens normen zoals aangegeven in de DSM (Diagnostic and Structural Manual of Mental Disorders)? Het gebruik van dit handboek ter classificatie (labelen en etiketteren) van personen kan er immers toe leiden dat de mens die dit overkomt zich geïsoleerd gaat voelen, verlaten, in de steek gelaten, enzovoorts. Het kan toteen gevoel van stigmatisering leiden. Het is een tegenstelling van saamhorigheid die hier wordt opgevat als het verbonden zijn met elkaar: eensgezind, eendrachtig, lotsverbonden en solidair. Na het verkennend onderzoek inzake deze probleemstelling heb ik Marieke de Vrij gevraagd op de resultaten van deze verkenning te reageren. Haar bijdragen staan cursief gedrukt.

Het ontstaan van DSM

Tot halverwege de negentiende eeuw maakte men slechts onderscheid tussen twee psychische stoornissen, namelijk idiotie en krankzinnigheid. Onder deze twee noemers werden alle (huidige) psychiatrische stoornissen ondergebracht.

Naarmate men echter genuanceerder ging kijken en er zich een rijker palet aan stoornissen ontvouwde, kwam er meer behoefte aan een classificatie van de ziektebeelden en een definiëring hiervan, zodat collega's uit verschillende scholen en opleidingsinstituten zich met elkaar konden verstaan. Van daaruit konden ze als het ware één gemeenschappelijke taal spreken. De eerste editie noteerde ongeveer 60 verschillende aandoeningen. De DSM-II werd gepubliceerd in 1968. Beide versies waren sterk beïnvloed door de psychodynamische benadering: er werd geen scherp onderscheid gemaakt tussen normale en abnormale aandoeningen en alle aandoeningen werden beschouwd als reacties op gebeurtenissen uit de omgeving. In 1980, met de DSM-III, werd de psychodynamische visie verlaten en werd het medische model de primaire insteek: de invoering van een duidelijk onderscheid tussen normaal en abnormaal. Hier kwam het oordelen om de hoek kijken. Een oordeel, een stempel, een etiket dat op de cliënt werd geplakt en dat kon een stigmatiserend effect hebben. Na de DSM-III kwam de DSM-IV en nu de DSM-V.

Marieke: *Mijn diepste gevoel zegt mij, dat wanneer je mensen op een specifiek moment in hun leven identificeert in een ziektebeeld, dan detailleer je ze op basis van hun eigenheid zoals het zich dán aan je toont. Dat kan hun eigen totale mens-zijn menigmaal tekort doen.*

Binnen saamhorigheidsgedrag ontmoet je een mens als geheel, in plaats van een ziektebeeld. Net zoals ook een arts kan deformeren wanneer hij zegt, in plaats van: "ik ga naar mevrouw Jansen", hij benoemt naar de galblaas van zaal 4 te gaan.

‘Mensen identificeren in een ziektebeeld kan hun eigen totale mens-zijn tekort doen’

Daarnaast is een doorsneemens of -hulpverlener onvoldoende in staat om de complexiteit van de persoonlijkheidsstructuur en het unieke zijn van de persoon te onderkennen, omdat een ander mens bijzonder verschillend is aan het eigen belevingsveld. Wie daarom zijn medemens niet ontmoet vanuit een neutrale vrije ruimte in zichzelf tot de ander en opgedragen wordt deze mens te identificeren, eenzijdig, doet niet alleen zijn mensbeeld tekort maar ook zijn eigen waarnemingsveld. Het reguleren door middel van de DSM creëert daarmee verlegenheid bij beide partijen.

Als classificatiesysteem

Tegenwoordig speelt de DSM een grote rol in de psychiatrie. Hoewel er ook veel kritiek is, omdat de geest nu eenmaal fundamenteel ongrijpbaar is, blijft het lastig om de subjectieve beleving van de patiënt samen met de subjectieve interpretatie door de arts, psycholoog of onderzoeker anderszins, te vertalen naar objectieve kenmerken.

Marieke voegt hier toe: *Hoe verhoudt het classificatiesysteem zich tot de unieke vormgeving van een mens die beetje bij beetje meer van zichzelf ervaart dan wat hij voorheen kende? Wanneer classificatie tot stigmatisering aanleiding geeft, dan kan het een*

natuurlijk ontwikkelingsproces afremmen en de meerwaarde van zelfontwikkeling teniet doen.

Oorspronkelijk werd het classificatiesysteem gevolgd zoals dat zich bij lichamelijke ziektebeelden ontwikkelde. Nu heeft de wetenschap van de psychiatrie zich gedeeltelijk ontworsteld aan het lichaam, zij het in meer of mindere mate. Er zijn telkens andere ideeën geweest over de relatie tussen lichaam en geest, met gevolgen voor de classificaties.

Hoe dan ook, de DSM is een instrument om psychische en mentale symptomen te classificeren. Dat is wat de DSM is, en scheidt daarmee¹

- Een gemeenschappelijke taal voor professionals
- Informatie ten behoeve van onderzoek
- Informatie ten behoeve van beleidsvorming
- Informatie ten behoeve van zorg en verdeling van de middelen hiervoor (is manipulatief want hier gaat het om geld, dus om macht)
- Informatie ten behoeve van patiënten en verwanten (psycho-educatie)
- Informatie ten behoeve van behandeling (inzicht in de pathologie, keuze van behandeling)

De DSM is ontworpen om deviaties van het ‘normale’ te classificeren. Maar wat is normaal? (Loesje stelde ooit de vraag: “Heb je wel eens een normaal mens gezien? En, beviel het?”). Want we hebben allemaal verschijnselen van persoonlijkheidsstoornissen en andere beelden die in de DSM ondergebracht zouden kunnen worden.

Als de psychiater eenmaal zo’n stempel heeft gedrukt kan het wel eens nadelig uitwerken voor de betrokkene.

De behandelende arts heeft hier een brugfunctie, zowel naar de cliënt als naar het geheel van zorgverzekeraar, farmaceutische industrie, de regulering middels de overheid, de GGZ en andere belanghebbenden.

¹ Schema gevonden bij de website van: www.moeilijkemensen.nl



Bijwerkingen van het handboek

De DSM heeft ook bijwerkingen (om in het medisch/farmaceutisch jargon te blijven).

- Wat doet het met je als je het etiket van bijvoorbeeld een borderliner, Asperger, ADHD of autist krijgt opgeplakt door je behandelaar of onderzoeker?
- Wat betekent dit maatschappelijk voor de betrokkene? Wat zijn de consequenties bij het afsluiten van een hypotheek of een levensverzekering. Wat bij het solliciteren voor een nieuwe baan?
- Hoe gaat de zorgverzekeraar om met de DSM? Het blijkt dat aan een bepaalde classificatie een specifiek pakket zorg wordt gekoppeld. Je mens-zijn wordt langs de lat van de verzekeraar gelegd. Is dat wat voorzien is met de invoering van de DSM?
- Sommige psychiaters geven de beperktheid van de diagnose eerlijk toe. Want zo'n psychiatrische diagnose kan belastend zijn. Ze noemen het dan bijvoorbeeld een werkhypothese. Dat voelt net anders dan het van bovenaf opgelegd krijgen van een diagnose die mogelijk als stigma kan uitwerken. In een relatie die gelijkwaardig is kan zo'n werkhypothese het uitgangspunt worden van een gezamenlijke zoektocht!
- Een DSM-diagnose kan de patiënt ook een houvast geven: eindelijk heeft 'het' een naam. Plotseling voelt deze mens zich dan gezien en herkend in zijn of haar problematiek.

'Een mens is zoveel meer dan zijn zogenaamde 'stoornis' of 'ziekteproces'

Marieke: *Ik neem innerlijk waar dat DSM zich procesmatig zo heeft kunnen ontwikkelen om grip te krijgen en aansturing op dat wat lijkt te spelen. De bijwerking is dat vele mensen onvoldoende genegen en innerlijk geschoold zijn om de complexiteit van de menselijke geest te leren verkennen als zijnde tot elkander behorend, waardoor door tijdgebrek, door vereenvoudiging van systemen en door tijdsdruk, men zoekt naar indicaties om vlotter te kunnen behandelen en sneller in te grijpen, om zaken ten gunste te keren. De farmaceutische industrie speelt daar handig op in. Tijd is geld in onze maatschappij en medicatie wordt al of niet terecht aanvaard als hulpmiddel, waardoor het een effect creëert waarin het medicijn tijdsremmer dient te zijn voor de ziekte duur. Dat het ook tegengestelde zaken kan activeren, daar staat men liever niet bij stil. Medicijnen kunnen bepaalde bijverschijnselen in stand houden en andere verschijnselen uitwissen. Je krijgt geen evenwichtig beeld meer na medicijngebruik (bijvoorbeeld: door bepaalde medicijnen in de psychiatrie kan versterking van suicidaliteit en vermindering van helder denkvermogen ontstaan, maar ook kan medicijnvergiftiging optreden door opstapelingsgedrag in medicatie).*

Wanneer indicatie werkelijk positief leidt tot zuivere begripsvorming dat een onderdeel van iemands persoonlijkheid kenmerken heeft van een classificatie, dan kader je dit niet zo strak in als blijvend fenomeen, wanneer je dit niet volstrekt zeker weet. Je zet er dus geen grens omheen. Het blijft een open verkenninggebied. Een classificatie kan zo ook afgesloten worden als het niet

meer speelt of specifiek belicht worden wanneer er meer begripsvorming ontstaat rondom dat wat er speelt.

- Een DSM-diagnose kan leiden tot het medicaliseren van de patiënt. Het kan ook zijn dat de diagnose omgevingsdruk oproept tot medicalisering (voorbeeld: het voorschrijven van Ritalin bij een lastig kind met ADHD.)
- Bij stemming is in 1973 homoseksualiteit uit de DSM geschrapt: psychiatrische diagnostiek bevestigt de heersende normen en waarden, ze zijn nooit objectief.
- De farmaceutische industrie maakt slim gebruik van de classificaties volgens de DSM om hun producten naar voren te schuiven en zo indicaties tot behandelen met medicijnen te promoten.

Marieke: *Wat we werkelijk nodig hebben is, dat het hoofd van hulpverleners niet te vol zit met mogelijkheden om te indiceren vanuit voorgeprogrammeerde programma's en zij in staat zijn vanuit hun hart neutraalgevoelige vragen te stellen t.a.v. hoe iemand zichzelf ervaart en binnen welke omstandigheden zich dit voordoet. Dit vanuit liefde om gewenste zorg te kunnen geven, zoals zichzelf ook in intentie tot zichzelf staan als geheel mens.*

Wat dat nodig heeft, dat zorgvuldige midden vinden ten aanzien van het geheel van een mens, is wezenlijk belangwekkend.

Samenvattend: Het letterlijk vanuit je hart leren leven is er niet bij gebaat dat je een mens opsplijt door stigma's en dat te centraal leidend te laten zijn op een wijze die de mens als geheel tekort wordt gedaan. Als hulpverlener dien je je te realiseren dat een classificatie tot een stigmatisering uit kan groeien, waardoor in het (onder)bewustzijn van deze mens hij beseffend is dat het stigma de boventoon kan voeren bij hoe anderen hem zien en benaderen.



Etiket of werkhypothese

De DSM zegt helemaal niets over de kracht van de patiënt, over zijn levenskracht en vitaliteit. Over zijn vermogens en talenten en hoe die kunnen worden ingezet. Er wordt niet ingegaan op dat deel van de betrokkene dat wél gezond is, dat wél goed functioneert.

Ik vergelijk de DSM wel eens met een bibliotheek: overzichtelijk, romans bij romans, kinderboeken op een eigen plek, detectives bij detectives, enz. Heel handig voor de medewerkers, overzichtelijk voor de bezoekers, praktisch voor de beheerders, de inkopers enz. enz. Een goed en overzichtelijk classificatiesysteem. Maar als een boek wordt ondergebracht bij bijvoorbeeld de romans, zegt dat nog niets over de inhoud en nog minder over de kwaliteit van de inhoud. Bij de DSM gaat het echter niet over boeken, het gaat over mensen!

Afstemming

De DSM-classificatie dient te worden ingezet om tot een fijnzinnige afstemming te komen tussen behandelaar en patiënt of cliënt, zo mogelijk met ondersteuning van de zorgverzekeraar. Vervolgens dient afstemming plaats te vinden op een gezamenlijk te bereiken behandeldoel, waarbij de kwaliteiten en de mogelijkheden van de cliënt of patiënt optimaal worden ondersteund. Dit zal de saamhorigheid tussen behandelaar en behandelde zeker ten goede komen en kan deze kwaliteit verder doorstralen naar de maatschappij.

Indien de DSM-classificatie wordt gebruikt als machtsmiddel, als middel om bepaalde geldstromen te sturen, als middel om bepaalde instanties of personen te manipuleren, zal dit de saamhorigheid niet bevorderen. Integendeel.

Marieke: Het is voor een psychiater niet gemakkelijk een diagnose te vinden waardoor iemand zichzelf nog als geheel voelt. Een mens is zoveel meer dan zijn zogenaamde 'stoornis' of 'ziekteproces'. Wij dienen ons dit allen terdege te realiseren omdat ieders ontwikkelingsweg anders is geordend en een bestemming volgt die niet door een ander mens eenvoudig is te overzien. Bewustzijnsontwikkeling kent vele wegen. Hoe we ook ons best doen deze te doorgronden en te overzien, horizontale verbinding staat centraal. Medemenselijkheid en saamhorigheid brengt ieder individu dicht bij zijn eigen bestemming hierin.

Eigenlijk gaat het om geneeskunst versus geneeskunde. De kunst is om de cliënt altijd optimaal in zijn eigen waarde te laten. Daar waar de optie van een classificatie volgens de DSM als werkhypothese in plaats van als diagnose wordt gebruikt, zal het onderscheid tussen geneeskunde en geneeskunst wegvallen. Zo zal dit, bij het reguleren middels de DSM, de door Marieke genoemde verlegenheid bij zowel de cliënt als bij de behandelaar wegnemen. De mens is meer dan zijn DSM-classificatie! Zolang dat nadrukkelijk in ieders banier blijft staan, zal het de saamhorigheid zeker ten goede komen.

Door:

Paul Hoekstra



Paul Hoekstra is lid van de redactie van VRIJ



Aan wie dan wel?

Als ik aan jou
mijn kwetsbaarheid en kracht
niet kan tonen
aan wie dan wel?

Als ik met jou
mijn vragen en verwachtingen
niet kan delen
met wie dan wel?

Als ik met jou
mijn vreugde en vervulling
niet kan vieren
met wie dan wel?

Als ik aan jou
mijn boosheid en teleurstelling
niet kan laten zien
aan wie dan wel?

Als ik bij jou
mijn verdriet en pijn
niet mag onthullen
bij wie dan wel?

Je hoeft niet het antwoord te zijn
op mijn vragen
en evenmin de pleister
te zijn op mijn wonden.

Ik hoop alleen mezelf te zijn
in contact met jou
en samen oprecht te zijn
in wederzijds delen.

Als ik dit bij jou niet mag
bij wie dan wel?
....bij wie dan wel?

UIT DE POËZIEBUNDEL 'EEN LANGE WEG IN LIEFDE'