

‘Een psychiatrische stoornis is geen geïsoleerde ziekte’

Mentale stoornissen zijn complexe netwerken van symptomen, en die symptomen beïnvloeden elkaar. Zo is een depressie veeleer een reeks van klachten die op elkaar inwerken dan een afgebakende stoornis. Psycholoog Denny Borsboom legt uit waarom de categorieën van de DSM niet zaligmakend zijn.

Door Vittorio Busato

Niet lang na zijn afstuderen als psycholoog aan de Universiteit van Amsterdam maakte hij zich samen met een paar collega's hard om psychologie als verplicht vak op de middelbare school te introduceren. Bij de herinnering eraan wordt Denny Borsboom, inmiddels hoogleraar Grondslagen van psychologie en psychometrie aan dezelfde UvA, weer zichtbaar enthousiast. ‘We hadden een modulepakket ontwikkeld van een les of acht om aan scholen aan te bieden. Ik weet nog dat we het enorm belangrijk vonden om middelbare scholieren al jong wat basale psychologische kennis bij te brengen.’

En dat vindt Borsboom eerlijk gezegd nog altijd, vertelt hij in zijn werkkamer. ‘Het zou toch niet gek zijn als scholieren leren wat mentale stoornissen zijn? Wat die zwerver op straat heeft? Wat een psychose is? Wat een verslaving is? Wat consequenties van pesten kunnen zijn? Het is toch belangrijk dat mensen op jonge leeftijd iets leren over sociale beïnvloedingprocessen, over hoe onze hersenen werken, over hoe onze perceptie werkt en hoe die zich kan vertekenen? Of hoe vaak depressies voorkomen en wat het onderscheid is tussen een depressie en somberheid? Wat ADHD is en hoe die stoornis wordt afgegrensd van andere stoornissen? Basale kennis over zulke fenomenen kan van alles bespreekbaar maken op een school. Een prima manier om de wereld toch een klein beetje beter te maken!’

Mensen nemen soms de grootste mogelijke onzin voor lief als het gaat om sociale processen, mentale stoornissen of hersenprocessen, vervolgt Borsboom. ‘Legio mensen die nog geloven

in het dualisme van de Franse filosoof René Descartes dat de geest een aparte substantie is die je lichaam zou aansturen. Of die juist als vanzelfsprekend aannemen dat de hersenwetenschap de ultieme verklaring voor menselijk gedrag zal bieden. Dat je dat gelooft is op zich geen kwalijke zaak, dat je dat kritiekloos gelooft wél. De psychologie heeft een heel belangrijke rol in het slachten van onzin.’

U doet onder meer onderzoek naar netwerkmodellen van psychopathologie. Kunt u de geïnteresseerde leek uitleggen wat de essentie van die modellen is?

Laat ik mijn antwoord historisch inleiden. Vroeger gingen men ervan uit dat bijvoorbeeld symptomen van een depressie

BIO

Denny Borsboom (1973) studeerde in de jaren negentig van de vorige eeuw psychologie aan de Universiteit van Amsterdam (UvA). Hij specialiseerde zich al snel in methodenleer en wetenschapsfilosofie. Op het eind van zijn studietijd was hij initiatiefnemer van de Methodologiewinkel, waar studenten terecht konden voor methodologisch, psychometrisch en statistisch advies. In 2003 promoveerde hij op het proefschrift *Conceptual Issues in Psychological Measurement*, waarvan in 2005 een handelseditie verscheen bij de prestigieuze Cambridge University Press. Hij heeft inmiddels een groot aantal publicaties op zijn naam in hoog aangeschreven wetenschappelijke tijdschriften. Met name zijn netwerkbenadering van psychopathologie lijkt voor een verandering te zorgen in het denken over psychiatrische stoornissen: mentale stoornissen zouden geen geïsoleerde ziektes zijn, maar complexe netwerken van symptomen. Samen met collega's rubriceerde hij alle ongeveer vijfhonderd symptomen van de psychopathologische stoornissen uit de *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Zo'n beetje de helft daarvan vormt met elkaar een gigantisch complex netwerk. Sinds 2013 is Borsboom als hoogleraar Grondslagen van psychologie en psychometrie verbonden aan de Programmagroep Psychologische Methodenleer van de UvA.

werden veroorzaakt door een of andere onderliggende eigenschap. Daar werden dan oorzakelijke factoren als aangeleerde hulpeloosheid, serotoninedeprivatie, hormonale verstoringen, genetische factoren of hersenafwijkingen voor aangevoerd. Dat heeft nooit eenduidige verklaringen opgeleverd. Wat wij nu met onze netwerkmodellen van psychopathologie proberen aan te tonen, is dat psychiatrische stoornissen geen geïsoleerde ziektes zijn die door één onderliggend proces bepaald worden, zoals griep door een virus wordt veroorzaakt, maar juist complexe netwerken van symptomen vormen. Die symptomen zijn causaal met elkaar verbonden en besmetten elkaar als het ware. Een mens is een geïntegreerd systeem. Gaat er ergens in dat systeem iets mis, dan isoleert zo'n symptoom zich niet, maar tast dat juist de rest van dat systeem aan.

Kunt u dat met een voorbeeld toelichten?

Slaapgebrek en vermoeidheid zijn bekende symptomen van depressie. Wie niet slaapt, wordt moe. Wie moe is, kan zich bijvoorbeeld niet concentreren. Wie zich niet goed kan concentreren, maakt eerder fouten en gaat zich waardeloos voelen. Wie zich daar schuldig over voelt, kan angstig worden. Wie te veel angst ervaart, maakt zich daar weer zorgen over – en zo kan het van kwaad tot erger gaan. Zo beschouwd is een depressie dus eerder een reeks van klachten die op el-

'Ik verwacht wel dat onze benadering een plek in de DSM zal krijgen'

kaar inwerken dan een ziekte die de klachten veroorzaakt. Je ziet direct ook hoe die symptomen elkaar beïnvloeden en niet ophouden bij de randen of begrenzingen van de DSM-stoornissen. Symptomen van depressie en angst hangen nauw met elkaar samen, terwijl de DSM die stoornissen welhaast geforceerd van elkaar probeert te scheiden.

U legt met uw benadering dus juist de nadruk op comorbiditeit, zoals dat in het jargon heet: het tegelijk hebben van meerdere stoornissen dan wel het overlappen ervan.

Exact. Een probleem komt nooit alleen. Wij proberen te kijken hoe ver we kunnen komen met de aanname dat het grootste deel van de samenhang tussen symptomen verklaard kan worden door onderlinge causale verbanden en niet door de een of ander etherische stoornis. Comorbiditeit is geen storende factor die wel zal verdwijnen als we maar een betere scanner of een completere genomscan hebben; het is juist de kern van psychopathologie.

Beschouwt de DSM comorbiditeit dan als een probleem?

Inderaad. En dat probleem proberen de opstellers tegen te gaan met betere definities van stoornissen of door zogenaamd betere metingen. Of er wordt gegokt dat er genen of bepaalde hersengebieden verantwoordelijk zijn voor die 'zui-

vere' stoornissen. Terwijl wij zeggen: het is wat het is. Allerlei psychopathologie is op te vatten als een systeem van symptomen die elkaar beïnvloeden, die elkaars comorbiditeit juist produceren. En omdat die systemen geen randje hebben, zoals de stoornissen in de DSM wel afgebakend zijn, gaat de invloed van die symptomen doorwerken. Als jij je klote voelt, ga je wellicht stevig drinken. Heb je er weer een probleem bij. Je voelt gewoon dat dit geen geïsoleerde symptomen zijn. Onze benadering is een heel natuurlijke manier om comorbiditeit niet alleen te verklaren, maar juist de centrale plaats in psychopathologie te geven.

Is deze benadering van psychopathologie echt uw idee geweest?

Eerlijk gezegd denk ik dat veel therapeuten al zo denken. Ik houd geregeld praatjes in het veld voor klinisch psychologen, en die reageren dan van 'dat weet ik al lang'. In de vakliteratuur zie je dit idee ook wel terug in systeemtherapieën en in functionele analyses van cognitieve gedragstherapie. Het idee van deze netwerkbenadering durf ik dus beslist niet te claimen. Wat ik wel durf te claimen, is dat wij de eersten zijn geweest die met methodologie handen en voeten aan dit netwerkidee hebben gegeven, die er een principiële wetenschappelijke benadering van hebben gemaakt. En dat hebben we gedaan op een behapbare manier, die aansluit bij hoe klinici denken. Het is geen methodologie als levertraan! Ik denk echt dat we een brug tussen wetenschap en praktijk aan het slaan zijn. Zo hebben we programmatuur ontwikkeld om die psychopathologische netwerken te schatten en door te rekenen. We zijn ook de eersten geweest die de consequenties van dit idee hebben

doorgewerkt voor bijvoorbeeld spontaan herstel. Dat is iets wat in netwerken namelijk heel vaak optreedt. Als je kijkt naar de afgelopen honderd jaar psychopathologie-onderzoek, dan is dé belangrijkste bevinding dat mensen, de excessen natuurlijk daargelaten, over de tijd vanzelf beter worden. Dat komt in alle datasets terug. Dan zie je bijvoorbeeld dat een groep mensen die voor een depressie wordt behandeld beter wordt, maar ook de mensen in de controlegroep die geen behandeling hebben gehad. Dat verschil tussen die twee groepen is na verloop van tijd niet zo groot. Er zitten heel veel homeostatische krachten in ons die ons terugduwen naar een evenwicht, en dat is in een netwerkbenadering heel gemakkelijk te verklaren. En we hebben geavanceerde statistiek en webapplicaties ontwikkeld om iemands psychopathologie op individueel niveau in kaart te brengen, zodat therapeuten heel gericht en persoonlijk maatwerk kunnen bieden.

Heeft u daar een voorbeeld van?

Stel: iemand heeft een negatief zelfbeeld. Als behandelaar geef je die persoon oefeningen mee om daar iets aan te doen. Dan kun je over de tijd precies volgen wat het effect is van die interventie op iemands klacht. Je kunt heel precies bijhouden of het slechter of beter gaat met iemand. Sterker, je kunt in



principe ook zien aan welke 'knoppen' je moet draaien om iemand zich beter te laten voelen, bijvoorbeeld door te zorgen dat iemand meer gaat slapen. Zulk individueel zorgmaatwerk is dichterbij dan je zou denken: de methoden van dataverzameling en de technieken om die data te analyseren en interventies te plannen, die hebben we nu ontwikkeld. Die liggen dus in wezen klaar voor gebruik; in samenwerking met onderzoekers aan de universiteiten van Leuven en Groningen proberen we die nu in te zetten voor het plannen en monitoren van behandelingen. Die behandelingen zullen voor ieder individu misschien anders zijn, want mensen verschillen toch? Iedereen zit toch anders in elkaar? De een kan beter tegen slaapgebrek dan de ander. Niet iedereen met een depressie heeft zelfmoordneigingen. Zowel zware gokkers als alcoholici hebben last van verslavingsproblematiek, maar die steekt nogal anders in elkaar. Allerlei contextuele en individuele verschillen kun je met deze benadering in kaart brengen en analyseren. En hoe nauwkeuriger en beter je dat afstemt op een individu, hoe beter je uiteindelijk iemand kunt helpen.'

Zal deze netwerkbenadering de DSM gaan vervangen?

Dat lijkt me niet. Ik bespeur onder klinisch psychologen weliswaar veel onvrede over de DSM. Maar als lijst van klachten waarmee mensen zoal te kampen kunnen hebben, vind ik de DSM een heel aardige eerste inventarisatie.

Een heel aardige eerste inventarisatie? Er zijn al vijf edities verschenen, de DSM is een miljoenen-business!

Psychopathologie is zo'n complex onderwerp. Hoe lang bestaat de DSM nu? Vijftig jaar? Dat is in de wetenschap

niets. Wat volgens mij nog altijd de denkfout achter de DSM is, is dat de focus te sterk op de categorisatie van stoornissen ligt. Het aanvankelijke doel van de DSM was een overeenstemming in terminologie. Een schizofreen in de jaren vijftig van de vorige eeuw in Canada was in diezelfde tijd een totaal andere schizofreen in Nederland of België. Dat probleem heeft de DSM grotendeels verholpen. Probleem is alleen dat die stoornissen, die in wezen arbitraire afspraken betreffen, nu in steen gebeiteld lijken te zijn, terwijl de afgrenzingen tussen die stoornissen gewoon nep zijn! Die stoornissen komen vrijwel nooit geïsoleerd voor, en dat is toch raar. Je zou je in elk geval in theorie een groep mensen met een zuivere depressie moeten kunnen voorstellen. Maar vrijwel alle mensen met een depressie kennen ook angstproblemen. Probeer voor onderzoek maar eens zuivere autistische kinderen te vinden. Die hebben maar al te vaak ook symptomen van ADHD. En het is ook een fout dat

de klinische psychologie en psychiatrie langs die stoornissen zijn georganiseerd. Er zijn mensen die onderzoek doen naar en werken aan behandelmethode voor depressie. Dan zijn er weer andere mensen die alleen onderzoek doen naar angst. Maar als je symptoomgericht en in termen van symptoomnetwerken denkt, is dat een buitengewoon slecht idee. Zo is de wereld immers niet georganiseerd. Zo is alleen de wetenschap georganiseerd. En waarom? Vanwege die arbitraire categorisaties in de DSM. In die zin vind ik de DSM een problematisch instrument. Maar als klachtenlijst is het prima! De DSM bevat veel inzichten en er staat veel wijsheid in. Dus het kind moet ook niet met het badwater worden weggegooid.

Verwacht u wel dat jullie netwerkbenadering een plek gaat krijgen in de DSM-6, mocht die er ooit komen? Zou het zelfs tot een paradigmaverandering kunnen leiden?

Ik verwacht wel dat onze benadering een plek in de DSM zal krijgen. Had je me dat twee jaar terug gevraagd, dan had ik je uitgelachen, maar ik merk nu dat men hoog in de boom, dus in de kringen van psychologen en psychiaters die de DSM in elkaar timmeren, veel belangstelling toont. Bovendien bespeur ik een enorm enthousiasme in het veld. Ik kan allang niet meer voldoen aan de verzoeken die ik krijg tot samenwerking. Pas kreeg ik nog een overdruk uit een leerboek psychologie waarin onze netwerkbenadering uitgebreid aan bod komt. Dus ja, er is wel een mentale switch gaande. Maar om dat nu een paradigmaverandering te noemen... In elk geval is onze benadering meer aan het aanslaan dan ik ooit heb durven te denken. Ik heb er nu ook geen invloed meer op. **P&B**