

Ziek van gezondheid



Ziek *Voor elk*
van *probleem*
een pil?
gezondheid

Samengesteld door

Ignas Devisch

De Bezige Bij Antwerpen

INHOUD

Jan Van Duppen en Sanne Hiemstra

Voorwoord

7

Ignaas Devisch

Proloog

15

1 — Paul Verhaeghe

**Medicalisering van psychosociale problemen:
een verdoken vorm van disciplineren**

27

2 — Ine Van Hoyweghen

Gezondheid als greencard voor een verzekering

53

3 — Donald van Tol

De Dokter en de Dood.

**Over de medicalisering van het zelfgewilde
levenseinde**

75

4 — Ignaas Devisch

Zorg, loop, kies, slik, werk en overdonder.

Over de keerzijde van onze gezondheidspolitiek

101

5 — Ariane Bazan

Een ziel laat zich niet als een lijf versnijden.

Over de gevolgen van het medische model voor
de mentale gezondheidszorg

121

Laura Batstra

Epiloog

149

Over de auteurs 163

Noten 167

Jan Van Duppen en Sanne Hiemstra

Voorwoord

Doe geen kwaad en maak het vooral niet erger

Primum non nocere. Doe geen kwaad, en maak het vooral niet erger. De oude wijsheid geldt voor artsen nog altijd, maar helaas wordt ze al te vaak vergeten. Artsenopleidingen beperken zich vaak tot het redden, genezen en helen als medische handelingen bij uitstek. Dokters worden tijdens hun jarenlange opleiding afgericht om de juiste symptomen niet te missen, snel te oordelen en nog sneller levensreddend te handelen. Het principe *primum non nocere* kan hieronder lijden. Artsen met veel vakkennis en technische kunde maar weinig empathie, behandelen graag door tot het technisch niet meer haalbaar is. Zonder veel rekening te houden met de gevolgen voor de patiënt. Ook dokters werken op de vrije markt van welzijn en geluk, een markt waarin zij als arts beoordeeld worden op naam en faam in genezende en helende kunsten.

Sinds de medicalisering van de volkswijsheid ‘voorkomen is beter dan genezen’, werd medisch preventiebeleid een tweesnijdend zwaard. ‘Meten is weten’ leidt tot cijfers met statistische pretenties. Omdat alle mensen gelijk heten te zijn, claimt bijna iedereen het recht op maximale preventieve en therapeutische zekerheden. Met maximalisering van de uitgaven voor volksgezondheid en medische zorgen als gevolg.

Preventieve geneeskunde, zoals vaccinatiecampagnes bij gezonde mensen, vereist een bewezen effect. Dat is vandaag bijvoorbeeld niet het geval met vaccinatiecampagnes tegen griep. In 2009, tijdens de pandemie van de Mexicaanse griep,

kregen de farmaceutische industrie en haar wetenschappelijke promotoren het van de Nederlandse overheid gedaan dat, naast enorme voorraden virusremmers, 34 miljoen vaccins werden aangekocht. Er werden slechts 10 miljoen vaccins toegediend en de rest was nadien nergens nog te slijten: 144 miljoen euro is intussen vernietigd. De campagne zelf kostte volgens de minister van Volksgezondheid 340 miljoen euro. De contracten hierover tussen de Nederlandse overheid en de farmaceutische bedrijven dienden volgens de rechter op verzoek van een burgerinitiatief openbaar te worden gemaakt. In hoger beroep werd dit verzoek echter afgewezen wegens 's lands belang bij commerciële onderhandelingen.

De angst van overheidsdiensten en politici voor beschuldigingen van vermeende discriminatie of dreigende schending van gelijke rechten, leidt tot een forse multiplicator van medische kosten, niet alleen van preventieve. Belangrijke spelers op de medische markt richten zich daarom via de media tot de publieke opinie. Gezondheidszorg ontardt op die manier in een vraatzuchtige industrie en zet solidariteit in het systeem van de ziekteverzekering zwaar onder druk.

Na decennia van stijgende uitgaven dienen zich in de meeste Europese landen forse besparingen aan. Ook in België en Nederland. Bij de huidige kostenevolutie zal een doorsneehuishouden in 2040 de helft van zijn inkomen aan zorg besteden. Vandaag is dat 22 procent. Vergrijzing zou een kwart van deze stijging veroorzaken. We worden steeds langer in leven gehouden en behoeven ook meer zorg wegens chronische en nieuwe aandoeningen die vroeger nooit als 'ziekte' werden gelabeld. Bij jongeren van vandaag lijken ADHD, ADD en dyslexie bijna standaardaandoeningen.

Klachten – al dan niet herkenbaar van tv, radio of bij een BV of BN in de krant – willen we het liefst bezweren met beeldvorming en laboratoriumonderzoeken, waar bijna altijd wel wat te veel of te weinig te vinden is. Deze dure mechanisering van de gezondheidszorg leidt tot meer afstandelijkheid en minder vertrouwen tussen patiënt en behandelaar. Het vraagt veel empathie, kennis, ervaring en nog meer tijd om mensen voor deze medische machine te behoeven. Van artsen eist dit moed en betrokkenheid.

In Nederland werd dit fenomeen traditioneel onder controle gehouden door een beperking van de toegang tot dure zorg door middel van wachtlijsten. Dringende zaken werden meestal via de huisarts kortgesloten. Dit systeem voldeed niet langer in een 24/7-consumptiemaatschappij van vrijheid, blijheid en gelijkheid. Politiek populisme dacht dit te keren door miljarden te investeren in een verhoogde productiecapaciteit van ziekenhuizen en specialisten. In het publieke domein verdwijnt door deze marktwerking de noodzaak om verantwoording af te leggen. Winst- en verliescijfers komen in de plaats. Oneigenlijk gebruik wordt aangemoedigd door klinkende mediacampagnes over ‘voorkomen is beter dan genezen’, waarbij algehele check-ups en *MRI total body scans* aangeprezen worden als wonderen van doorlichting.

Medische vraatzucht bedreigt ook een rustige dood. Al te vaak worden in Nederland en België mensen op hoge leeftijd of in een terminale levensfase nog met groot vertoon gereanimeerd, wat de patiënt zelden beter maakt. Nochtans wenst 90 procent van de Vlamingen een waardig levens-einde om pijnlijke en mensenwaardige behandelingen te vermijden. In Nederland zien we gelijksoortige cijfers.

Tegenover een vraatzuchtige medicalisering moet geneeskunde omgevormd worden tot een wetenschap van goede zorg: behandel zieken en laat gezonden met rust, begeleid mensen die hun leven als afgerond zien met waardige zorg en respecteer hun wensen.

En toch wordt de medicalisering van het dagelijkse leven nog altijd in alle populaire media als een succesverhaal gepresenteerd. Terwijl de Franse schrijver Jules Romains al in 1923 met zijn schitterende komedie *Knock ou le triomphe de la médecine* onthulde hoe de energieke en hoogopgeleide Dr. Knock een hele dorpsgemeenschap preventief ziek maakt aan angsten die hun tot dan door de oude huisarts, die zieken behandelde en gezonden met rust liet, bespaard waren gebleven.

Humor en gezond verstand werken als krachtig tegengif. Om dat te kunnen onderbouwen, om kritisch weerwerk te kunnen bieden, hebben de auteurs van dit boek elk op hun terrein onderzoek gedaan naar die medicalisering en de invloed ervan op onze samenleving. Hun bevindingen kunnen de lezer bijlichten op het marktplein van echte en vermeende zorg.

*... als een die in de nacht op weg is
met op zijn rug een lamp die hem niet baat,
maar wel het inzicht schenkt aan wie hem volgen.*
– Dante Alighieri, *Divina Commedia*

De auteurs en hun onderwerpen

De vraag die in deze bundel centraal staat, is ‘worden we vandaag vooral ziek omdat ons gedrag steeds ongezonder

is geworden of veeleer omdat we steeds meer naar gezondheid streven?’ Ignaas Devisch zet in de proloog uiteen waarom deze vraag van belang is. In de huidige gezondheidscultus is gezondheid een doel op zich geworden. We streven ernaar, maar hoe meer we streven, hoe onbereikbaar het doel lijkt te worden. Devisch plaatst dit verschijnsel in het bredere perspectief van het neoliberale denken.

Vervolgens komt de medicalisering van psychosociale problemen aan bod. In het eerste hoofdstuk vertelt Paul Verhaeghe waarom de medische benadering van psychosociale problemen een onjuiste benadering van de problematiek is en waarom dit ondanks die vaststelling zo’n populair denkbeeld blijft. Het grote knelpunt is dat de definitie van een psychosociaal probleem afhankelijk is van de maatschappelijke context. Wie niet voldoet aan de sociale norm wijkt af en is daarmee gestoord. In het licht van de foucaultiaanse termen discours en disciplineren, bespreekt Verhaeghe een van de maatschappelijke gevolgen van de verkeerde toepassing van de medische benadering, namelijk dat medische middelen worden aangesproken voor het ‘conform maken van de patiënt aan een steeds tijd- en plaatsgebonden maatschappelijke conventie’.

In de huidige maatschappij, waarin een neoliberale denkwijze regeert en waar gezondheid hoog op de agenda staat, beïnvloedt de maatschappelijke context ook ideeën over verantwoordelijkheid. De komst van predictieve geneeskunde doet het debat over collectieve versus individuele verantwoordelijkheid oplaaien. Want wie moet eigenlijk opdraaien voor medische kosten als deze het gevolg zijn van een slechte leefstijl, als bekend is dat dit een risico is

voor de ontwikkeling van een bepaalde ziekte? Ine Van Hoyweghen laat in haar hoofdstuk zien hoe deze maatschappelijke tendens zichtbaar wordt in het verzekeringswezen: door middel van premieverlagingen en -verhogingen doen verzekeringen een beroep op individuele verantwoordelijkheden van individuen. Van Hoyweghen vraagt zich af hoe ver dit beroep op verantwoordelijkheden kan en mag gaan.

Niet alleen aspecten van het leven vallen ten prooi aan het medicaliseringsproces. Donald van Tol bespreekt in het hoofdstuk 'De Dokter en de Dood' de medicalisering van het 'zelfgewilde levenseinde' en de manier waarop onze omgang met de dood zich in de afgelopen decennia heeft ontwikkeld. Van Tol vertrekt vanuit de vroege medicaliseringskritiek van Philip Ariès, Ivan Illich en Simone de Beauvoir. Aan de hand daarvan analyseert hij de ontwikkeling van de Nederlandse euthanasiepraktijk. Hierbij vraagt hij zich af of hierin sprake is van (de)medicalisering en hoe wenselijk dat is. Hij zal aantonen dat deze vraag op verschillende manieren te beantwoorden is, afhankelijk van de gehanteerde definitie van medicalisering.

Terwijl medicalisering er aan de ene kant toe leidt dat steeds meer aspecten van het alledaagse leven vanuit een medische invalshoek worden bekeken, zorgt medicalisering ook voor een bepaalde gezondheidspolitiek. In het vierde hoofdstuk beschrijft Ignaas Devisch treffend dat deze politiek door de normen en waarden die aan gezondheidsgedrag kleven, 'tegelijk neveneffecten creëert zodat we "ziek" worden terwijl we voor onze gezondheid zorgen'. Hij beschrijft in dit hoofdstuk een aantal condities die aan deze

ontwikkeling hebben bijgedragen, alsook hoe deze in stand worden gehouden.

De medische bril waardoor steeds meer aspecten van het dagelijkse leven worden bekeken, is volgens Ariane Bazan een 'ware ramp voor de geestelijke volksgezondheid'. In het vijfde hoofdstuk laat zij zien waarom de toepassing van medische principes op geestelijke gezondheid een totaal verkeerde benadering van de menselijke geest is. De psyche is niet 'te versnijden' in specialistische hersengebieden en hersenfuncties, maar dit is wel de op dit moment heersende benadering. Psychische stoornissen worden behandeld met allerlei medicatie die invloed heeft op fysieke processen. Bazan stelt dat dit in sommige gevallen zo ver gaat, dat er in haar ogen soms zelfs sprake is van een criminele dimensie wanneer een dergelijke behandelmethode wordt toegepast. Ze beschrijft ook hoe de psyche wél benaderd zou kunnen worden.

Ignaaas Devisch

Proloog

Few of us fancy being pathological, so 'most of us' try to make ourselves normal, which in turn affects what is normal.

– Ian Hacking¹

Gezondheidscultuur

Soms zijn we gezond, maar meestal niet. Dit heeft niet alleen te maken met het feit dat onze tijd onmiskenbaar een aantal grote gezondheidsproblemen genereert waarvan de uitdagingen niet gering zijn. Ik som er slechts enkele op: de alarmerende cijfers over de wereldwijde toename van obesitas en diabetes, malaria, kanker, aids, ziektes als gevolg van ondervoeding enzovoort. Het bekampen van deze ziektes is en blijft een nobele zaak, waarvan we doorgaans weinig mensen moeten overtuigen.

Deze pertinente gezondheidsproblemen mogen ons niet doen vergeten dat we in de West-Europese samenlevingen tegelijkertijd – en misschien meer dan ooit – streven naar gezondheid. Gezondheid is niet langer een gegeven maar ook een norm, een richtsnoer waarnaar we maatschappelijk en individueel streven maar waarvan we zelden of nooit zeker zijn of we het wel bereikt hebben. Want ook al is het thema gezondheid alomtegenwoordig, we lijken steeds minder te weten waarvoor het precies staat. Wie kan vandaag van zichzelf zeggen gezond te zijn? Welke cholesterolwaarde is gezond? Vanaf wanneer gaat zwaarmoedigheid over in depressie? Is faalangst een ziekte of gewoon menselijk gedrag?²

Dit opmerkelijke en veeleer paradoxale samengaan van ziekte en gezondheid maakt het onderwerp uit van dit boek. Veeleer dan te wijzen op de ongezonde aspecten van ons gedrag – daarover bestaat al een stortvloed aan publicaties – willen we uitvoerig stilstaan bij het ‘ongezonde’ karakter van het ‘wijzen’ naar gedrag dat ons ziek maakt. De leidraad door dit boek is een vraag: worden we vandaag vooral ziek omdat ons gedrag steeds ongezonder is geworden of veeleer omdat we steeds amechtiger horen te streven naar gezondheid (of iets anders)?

Sowieso plaatsen we in dit boek een aantal fundamentele bedenkingen bij de plaats van ziekte en gezondheid in onze samenleving. Gezondheid is vandaag veel meer dan een klinisch-medische vaststelling. Bovenal is het een ideaal waarnaar we voortdurend streven. Zoals het maatschappelijke devies luidt dat we voortdurend aan onszelf moeten werken, zo is er in diezelfde samenleving een onmiskenbare druk voelbaar om ons aan bepaalde gezondheidsnormen te conformeren: het *hoort* dat we gezond leven, fit en slank zijn, een zelfzekere en vastberaden persoonlijkheid ontwikkelen en ons met zin voor flexibiliteit aanpassen aan de steeds wisselende omstandigheden waarin leven, werk en liefde ons brengen enzovoort.³

Als gevolg daarvan is een proces op gang getrokken dat we doorgaans omschrijven als *medicalisering*, als het proces waarbij we steeds meer menselijk gedrag met een louter medische bril begrijpen en analyseren, met als gevolg dat vele alledaagse activiteiten medische problemen worden. De hamvraag hierbij is of die medicalisering er niet ook toe leidt dat we steeds meer aspecten van ons gedrag als patho-

logisch of abnormaal beschouwen. We zijn immers nooit gezond genoeg en dus altijd een beetje ziek.⁴

Deze medicalisering van ons alledaagse leven bestaat er bijgevolg vooral in dat we steeds meer aspecten van ons leven als een medische kwestie zien en zorgt er soms voor dat we van ons streven naar gezondheid ziek worden. Niets minder dan dit streven naar gezondheid lijkt er bijgevolg toe te leiden dat de staat waarin we verkeren steeds meer als een permanente ziekte kan worden omschreven. We zijn nooit meer echt gezond, we moeten er voortdurend naar streven, zo wil onze *gezondheidscultuur*.⁵

The worried well

Gezondheid lijkt daarmee een product geworden waarvan de verpakking steeds weer verandert en ons daardoor met steeds weer nieuwe eisen tegemoet komt. Bijgevolg staat vandaag in de eerste plaats ‘ziekte’ voorop en is gezondheid steeds meer het symbool voor een onbereikbaar eindpunt dat we alleen nog lijken te naderen door ons over te geven aan de adviezen van experts die zich over onze gezondheid ontfermen: van gezondheidsconsulenten en fitnesscentra tot allerlei instituten voor voedings- en bewegingsadvies. De adviezen van experts zijn alom aanwezig. Dat is zeg maar de zachte kant van deze evolutie, waarbij vooral opvalt dat hoge inkomens zich deze betaalde expertise meer kunnen permitteren dan lagere inkomens. De hardere kant toont zich vooral in de steeds duidelijker aanwezigheid van farmaceutische middelen in ons dagelijkse leven. De vraag naar overdiagnose van bepaalde ziektes of stoornissen is hierbij aan de orde, evenals de consequenties

ervan en het overmatige en overbodige gebruik van passende medicijnen.⁶

Ook preventie toont die dubbele kant, die ambivalentie van de toegenomen belangstelling voor gezondheid. Enerzijds slaagt preventieve gezondheidszorg erin een aantal ziektes vroegtijdig op te sporen. Anderzijds is er de steeds zwaarder wegende onrust of zelfs angst bij een steeds groter wordend aantal mensen die zich afvragen of er toch niet iets met hen aan de hand is. Ze maken zich zorgen, ook al maken ze het op zich wel goed. Dit fenomeen omschrijft men als de categorie van *the worried well* om het grijze terrein aan te duiden waarmee wij allen te maken krijgen en dus ook de gezondheidszorg: we maken het goed maar we maken ons niettemin zorgen; we zijn niet opzichtig ziek, maar we omschrijven onszelf ook niet als gezond.⁷ Dit kan gaan over iets aan jezelf wat nog beter kan, maar ook om gedrag dat maatschappelijk niet langer wordt aanvaard en onder de noemer stoornis 'verklaarbaar' is op fysieke, neurologische dan wel genetische gronden.⁸

Medicalisering gaat bijgevolg ook vaak samen met farmacologisering: het bestrijden van ziektes met medicijnen.⁹ Opnieuw moeten we hier het onderscheid maken tussen het evident heilzame karakter van heel wat medicijnen en het soms nog te weinig voorhanden zijn ervan of het 'onderbehandelen'¹⁰ enerzijds, versus het al te vlot en overmatig behandelen van ziektes door middel van medicijnen. Daarbij gaat het niet om de vraag naar medische overconsumptie, maar om iets in onze samenleving en/of in onze kijk op het menselijke gedrag dat ertoe leidt sneller naar medicijnen te grijpen dan goed voor ons is.¹¹

Een beetje cynisch geformuleerd, heet het dan dat in bepaalde gevallen het medicijn er ‘eerst is en daarna pas de stoornis’. Helemaal fout is dat niet.¹² Dat voor elke medische verklaring een farmacologisch middel voorhanden is dat de symptomen vermindert of doet verdwijnen, is op zich logisch. Die stoornissen mogen dan in se medisch gegrond zijn, het is een opvallend cultureel gegeven dat bepaalde stoornissen in welbepaalde tijdsgewrichten vaker voorkomen dan in andere. Ian Hacking heeft dit fenomeen omschreven als *transient mental illnesses*: bepaalde (mentale) ziektes zijn typisch voor bepaalde tijdspannen, aldus Hacking.¹³

We willen bijgevolg in dit boek nagaan welke verbanden er bestaan tussen ons tijdsgewricht en de ziektes die het genereert. Het is van groot belang hier inzicht in te verwerven, niet alleen uit theoretische of academische interesse, maar ook en vooral omdat een aantal ontwikkelingen zorgwekkend is: als we ziek worden van het streven naar gezondheid, dan is er op zijn zachtst gezegd iets fout met de manier waarop we met ziekte en gezondheid omgaan. De discussie gaat bijgevolg niet over pro of contra medische wetenschap, maar over de wijze waarop die wetenschap vandaag ingebed is in een economische en maatschappelijke constellatie die tot een specifieke medische praktijk heeft geleid.

Beter dan goed

Naast de links tussen ons tijdsgewricht en de aard van de ziektes die het genereert, valt ook op dat de oorzaken van de medische stoornissen die vandaag vrij frequent worden

gediagnosticeerd – depressie, angststoornissen, autisme, ADHD enzovoort – vooral gesitueerd worden in het individu, veeleer dan in de samenleving of ‘het systeem’ zoals sinds de jaren zestig van de vorige eeuw het geval was. Een en ander kadert uiteraard in een maatschappelijke evolutie die we goed voor ogen moeten houden, die van de neoliberale samenleving die gericht is op de maximale mobilisatie van mensen en middelen met het oog op een allesoverheersend winststreven. Vanuit het motto dat zelfs goed niet genoeg is omdat alleen het beste telt, worden we voortdurend gesommeerd ons verder te ontplooiën, bij te schaven, nieuwe kansen en opportuniteiten aan te gaan. De accumulatie van kapitaal – zij het uitgedrukt in centen, zij het als een investering in onze persoon – kent nu eenmaal geen grenzen.¹⁴

Dit is wat Paul Verhaeghe heeft omschreven als de meritocratie, een samenlevingsmodel dat in grote mate gericht is op onze meetbare prestaties en ons daar indien nodig ook op afrekent.¹⁵ Zelfs het beste kan altijd beter. Wie twee boeken in één jaar schrijft, moet er het jaar erna drie op de markt brengen om ‘beter’ te doen – en wie wil nu slechter doen? Of wie tien internationale publicaties heeft, zal er het jaar erna minstens evenveel moeten produceren, het liefst in tijdschriften met steeds hogere ranking en impactfactor.

Ook onze persoonlijkheid of identiteit is subject van dit streven. Een identiteit is al lang niet meer iets wat ons te beurt is gevallen en waarin we moeten berusten. Wel integendeel, een persoonlijke identiteit is een *work in progress*, een opgave die je je als individu moet stellen en daardoor eerder een streven naar iets wordt dan het zich neerleggen bij iets. Wie we zijn, is wat we horen te worden.¹⁶

Hoeft het ons bijgevolg nog te verbazen dat ook op het vlak van gezondheid deze tendens naar *better than well* zich heeft doorgezet?¹⁷ Gezondheid is een opgave waarvan we nooit weten of we de taak naar behoren hebben volbracht. Wanneer zijn we gezond? Het meest logische antwoord luidt natuurlijk: *als* we niet ziek zijn. Maar wanneer zijn we gezond of fit genoeg om niet langer ziek te zijn? Omdat we nadrukkelijk onze gezondheid (moeten) najagen, gaat het niet langer op te zeggen dat we gezond zijn *tot zolang* we niet ziek zijn. Doordat gezondheid een norm is die we horen na te streven, sluit het omgekeerde dichterbij de dagelijkse realiteit aan: we zijn *zolang ziek tot* we gezond zijn.

Anders gezegd: onder invloed van een steeds verder om zich heen grijpende medicalisering¹⁸ is gezondheid hoe langer hoe meer een onbereikbaar punt, vergelijkbaar met de gedachte dat er altijd licht is aan het einde van de tunnel. De vraag is dan misschien niet of en hoe je ooit uit de tunnel raakt, maar waarom je er bent ingestapt.

Nochtans is dat niet de vraag die ons in het dagelijkse leven doorgaans voortdrijft. Steeds meer individuen zijn op zoek naar de medische oplossing van een uitgevonden probleem, een fenomeen dat we hierboven hebben omschreven als *the worried well*, van *female sexual dysfunction* (soms geen zin hebben in seks) tot *prolonged grief disorder* (lang rouwen om het verlies van een naaste), om maar enkele syndromen aan te halen die zijn opgenomen in de nieuwste versie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.¹⁹

Ook op fysiek vlak zijn in het streven naar gezondheid steeds meer nieuwe normen en gemiddeldes binnengeslopen die alle deuren openzetten voor een doorgedreven

streven naar onbereikbare idealen. Terwijl we gemiddeld steeds meer te kampen krijgen met overgewicht en obesitas, is het ideaal meer dan ooit dat van het fitte, gespierde en afgetrainde lichaam. Fit of getraind ben je natuurlijk nooit genoeg, waardoor, zoals de socioloog Zygmunt Bauman het eens omschreef, 'een leven georganiseerd rondom het nastreven van fitness ons veel glorieuzere veldslagen belooft, maar nooit de finale overwinning.'²⁰ Zodra we in deze 'oneindige' logica stappen en er de principes van aanvaarden, is geen enkel rustpunt ons nog gegund. Alleen al de gedachte dat je tevreden bent met wat je hebt bereikt, zou een volkomen verkeerde 'attitude' zijn. Dan berust je immers in wie je bent, sta je stil, wil je niet meer verder, waardoor je meteen tot de categorie van de 'losers' gerekend wordt: zij die opgeven, niet tot het uiterste gaan, er niet alles voor overhebben. Deze logica kunnen we omschrijven als de logica van de *dernier effort*, de logica van de laatste inspanning: na de laatste inspanning komt er steeds weer een andere laatste inspanning opduiken, omdat het uiteindelijke streefdoel als een normerend ideaal altijd voor ons blijft zweven en mee opschuift met elke inspanning die we leveren.²¹ Deze logica is wat de beruchte Marquis de Sade voor ogen hield wanneer hij in *La philosophie dans le boudoir* de Fransen opriep om échte revolutionairen te worden: '*Français, encore un effort si vous voulez être républicains.*'²² De Sade had zeer goed begrepen dat we nooit voldoende revolutionair kunnen zijn en dat we daarom steeds weer nieuwe inspanningen zullen moeten leveren om aan het ideaal te voldoen.

Gezondheid en macht

Als we vandaag functioneren in een samenleving waarin een stijgend aantal mensen zichzelf (ongewild?) dit streven oplegt, dan lijkt het logisch en gepast dat we ons afvragen wat er in die samenleving aan het gebeuren is, en niet zozeer of zeker niet alleen hoe erg de individuele leden eraan toe zijn. Nochtans komt juist die vraag vandaag maar moeizaam aan de oppervlakte. Dat heeft alles te maken met de wijze waarop die samenleving zich organiseert. Onze kijk op gezondheid en ziekte staat nu eenmaal in nauwe relatie tot de maatschappelijke context waarbinnen die begrippen opereren.

Een analyse van ziekte en gezondheid anno 2013 kan bijgevolg niet zonder een inzicht in die bredere context en dat is geen makkelijke zaak. We leven niet in een samenleving waarin ons dictatoriaal wordt opgelegd welke normen we moeten nastreven, maar tegelijk is het moeilijk vol te houden dat indien we vandaag met z'n allen een onbereikbare gezondheid horen na te jagen, het alleen zou gaan om de toevallig gedeelde expressie van alleenstaande individuen. Van daaruit is het niet zo eenvoudig om aan te duiden wie (personen) of wat (krachten) de eerder aangeduide processen van medicalisering heeft veroorzaakt. Wie kan bijvoorbeeld op een eenduidige manier de oorzaak aanwijzen van het feit dat vandaag veel meer kinderen dan voorheen bij logopedisten langsgaan omdat ze niet goed kunnen rekenen, studeren of praten? Zijn we alerter geworden? Worden we meer en sneller op tekorten gewezen? En moeten we die evolutie dan goed of slecht vinden?

Soms worden zaken gewoon opgelegd, maar vaak ook niet; en als het gebeurt, dan is het niet zozeer met openlijke,

directe of brutale methodes, maar wel door het stelselmatig opdrijven van wat Michel Foucault ooit heeft omschreven als de ‘micromechanismen van de macht’,²³ de kleine maar overall in een samenleving aanwezige mechanismen die van ons gedrag een beheersbaar fenomeen moeten maken op grond van de economische rationaliteit. Het begrijpen van deze macht is cruciaal omdat het gaat om de subtiele begeleiding en aansturing van het gedrag waarmee ons individuele leven gestalte krijgt. Het specifieke karakter ervan bestaat erin dat niemand ons verplicht fit en gezond te zijn, maar dat we er wel proberen naar te leven, omdat we de normen die maatschappelijk opgeld maken geïnternaliseerd hebben.

Bij wijze van voorbeeld: af en toe horen we weleens in gesprekken onder vrienden de vraag ‘doe jij aan sport?’ Het antwoord luidt maar al te vaak ‘niet genoeg’. Dit soort van spontane schuldbekentenissen toont aan hoezeer de gezondheidsnormen tot ons morele systeem zijn doorgedrongen. We denken aan iets te moeten beantwoorden, terwijl er geen sprake is van wettelijke plicht. Of we gezonder zijn is een ander probleem, maar we doen vandaag vaak heel hard ons best om de indruk te wekken dat we gezond zijn. Anders gezegd, we hebben geleerd onszelf en anderen te ondervragen over het gezondheidsbevorderende gehalte van ons gedrag.²⁴

De maatschappelijke macht die zich rondom onze gezondheid nestelt, is bijgevolg van een andere aard dan die waarmee we gewoon zijn om over macht te denken, met name macht als een centraal en dwingend punt van waaruit directieven worden gestuurd waaraan anderen moeten gehoorzamen. Wanneer we over zoiets als micromechanis-

men van de macht spreken, dan spreken we over een ongrijpbare, grillige macht die tegelijk van allen en van niemand is, maar wel leidt tot een realiteit waarbinnen we onszelf heel wat aandoen, gaande van de onderwijzer die ouders verwijt dat ze niets doen – lees: medicijnen geven – aan hun al te drukke kind over de dagelijkse druk die obesitaspatiënten ervaren om ‘meer aan sport te doen’ tot werkneemsters die rond de kerstperiode van hun bedrijf botoxverlof krijgen – een geste die genereus lijkt, maar tegelijk de druk enorm opvoert om je daadwerkelijk te laten opereren.²⁵ Soms is de grens tussen ‘recht op’ en ‘plicht tot’ bijzonder dun.

Daarnaast wordt in onze samenleving steeds openlijker de kaart getrokken van het medicaliseren van ongewenst gedrag.²⁶ Cruciaal in deze kwestie is natuurlijk de vraag wat wij als gewenst (norm, gemiddeld) of ongewenst (abnormaal, afwijkend) gedrag beschouwen. Ook hier bestaat er niet één centraal referentiepunt van waaruit deze zaken worden aangestuurd, maar een complexe dynamiek die ervoor zorgt dat de bepaling van deze begrippen voortdurend opschuift en dit vanuit verschillende hoeken en kanten.

Kortom, we stuiten opnieuw op de hoofdvraag van dit boek: worden we ziek omdat ons gedrag steeds ongezonder wordt of omdat we steeds meer streven naar gezondheid? Hoe komt het dat de samenleving – wij dus – op deze welbepaalde manier met gezondheid omgaat? Waarom slikken we zoveel antidepressiva? Zijn we dan veel meer depressief dan vroeger of kijken we op een andere manier naar onze gevoelens, waardoor we denken dat medicijnen hét probate middel tegen psychische problemen zijn geworden? Wat is aan het werk dat we product zijn van een evolu-

tie waarvan velen zich de zin afvragen, maar waarvan we tegelijk allemaal de stuwende kracht lijken uit te maken?

Zorgwekkend

Bovenstaande ontwikkelingen zijn zorgwekkend en dienen met een kritisch oog te worden bekeken. Het gaat niet zomaar om toevallige neveneffecten van een bepaalde evolutie, maar om kernaspecten van de wijze waarop we onze samenleving organiseren en tegen ziekte en gezondheid aankijken. Indien gezondheidszorg niet alleen gezondheidsproblemen bestrijdt maar ze ook genereert, dan is er iets fundamenteel aan de hand. De opgave die we onszelf in dit boek stellen, is de kern van deze dynamiek te ontrafelen en er de problematische kanten van bloot te leggen.

Gezondheid draait om zoveel meer dan de individuele klacht van een enkel persoon. Gezondheid, als feit en als norm, is wat ons alledaagse leven bepaalt, wat van grote invloed is op onze identiteitsbeleving en onze sociale verhoudingen en is steeds meer een cruciale factor in de organisatie van arbeid, verzekering en economie. We spreken hier niet van een geheim machtscomplot dat zich volledig en in geheim conclaaf buiten de samenleving afspeelt, maar van een evolutie waarmee zowel economische als politieke belangen gemoeid zijn. Gezondheid anno 2013 is bijgevolg een kwestie die we ook door de economische en politieke bril moeten bekijken.

1 — Paul Verhaeghe

Medicalisering van psychosociale problemen: een verdoken vorm van disciplineren

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

– WHO, 2009¹

Christine Van Broeckhoven is een wereldautoriteit op het vlak van onderzoek naar dementie. Naar aanleiding van haar zoveelste wetenschappelijke prijs werd ze in de lente van 2012 geïnterviewd, en tijdens dat gesprek verwijst ze naar het feit dat ze zwaar depressief geweest is.² Op de vraag of ze antidepressiva genomen heeft, antwoordde ze: ‘Ik heb dat geweigerd. Omdat ik ook weet dat zulke pillen niet echt werken. [...] Ik had een zware depressie, inclusief zelfmoordneigingen, en ik ben zeker dat ik er niet sneller bovenop zou zijn geraakt met medicatie.’ De reactie van de journalist – ‘Dat is een sterke uitspraak’ – getuigt van zijn verrassing, en dus van het feit dat hij niet op de hoogte is van wat Van Broeckhoven, als topwetenschapper, duidelijk wel weet. Antidepressiva werken nauwelijks, en voor zover ze al een positief resultaat hebben, dan valt dat grotendeels toe te schrijven aan het placebo-effect.

Dit gebrek aan kennis zouden we nog als toevallig kunnen beschouwen – misschien is de interviewer meer in andere takken van de wetenschap geïnteresseerd? – ware het niet dat hetzelfde geldt voor de overgrote meerderheid van

de artsen en hun patiënten. Hoe kunnen we anders de nog altijd stijgende cijfers verklaren van het aantal voorschriften voor antidepressiva, zowel in Nederland als in België? Voor alle duidelijkheid: Van Broeckhoven heeft gelijk.³ Onderzoek gebaseerd op de resultaten die de farmaceutische firma's zelf hadden ingediend bij de Amerikaanse Food and Drug Administration toont dat het verschil tussen antidepressiva en een placebo statistisch minder dan 10 procent is en klinisch grotendeels verwaarloosbaar – ik kom daar later op terug. De vraag is waarom deze vaststelling – die door tien groepen onafhankelijke beoordelaars bevestigd werd – geen aanleiding geeft tot een radicale ommekeer in de behandeling van depressie. Het antwoord daarop vormt het eerste deel van dit artikel, waarna ik een tweede probleem aankaart, met name het hedendaagse verglijden van behandeling naar disciplineren.

Cognitieve dissonantie en de kracht van een paradigma of discours

In deze tijden van *evidence based medicine*, *best practices* en *guidelines*, telkens gebaseerd op empirisch onderzoek, is dit inderdaad een verrassende vaststelling: er gaapt een kloof tussen wat wetenschappelijk aangetoond is (in voorliggend geval: antidepressiva werken nauwelijks) en de heersende overtuiging bij artsen en patiënten ('Mijn arts heeft mij gezegd dat ik die pillen waarschijnlijk voor de rest van mijn leven zal moeten nemen.') Nog ruimer geformuleerd: waarom hebben wij zoveel medicalisering van moeilijkheden – ik vermijd bewust termen zoals ziekte en stoornis – waarbij de werking van frequent voorgeschreven medicijnen het-

zij zeer twijfelachtig is (zoals bij depressie), hetzij zeer specifiek?⁴ Anders gezegd, vanwaar komt de hedendaagse overtuiging, zowel bij medici als bij leken, dat de overgrote meerderheid van psychologische problemen niets anders zijn dan neurobiologische stoornissen (terwijl er ook daarvoor nauwelijks wetenschappelijke evidentie is) die bijgevolg het best farmacologisch behandeld kunnen worden?

De kloof tussen kennis en overtuiging en de daaruit voortvloeiende praktijk wil ik bespreken in drie stappen, waarbij ik een beweging zal maken van een meer beperkte naar een meer uitvoerige verklaring. De eerste stap betreft een psychologisch mechanisme dat tegenwoordig bekendstaat als cognitieve dissonantie. Dit verklaart waarom wij bepaalde kennis weigeren op te nemen, en – bij uitbreiding – andere overtuigingen vrijwel kritikloos slikken. De tweede stap betreft een sociaalpsychologische lezing van de manier waarop wetenschappelijke overtuigingen functioneren, zoals uitgewerkt door Thomas Kuhn met zijn idee van paradigma.⁵ Ten slotte plaats ik dit in de derde stap ruimer historisch en antropologisch, aan de hand van de discours-theorie van Michel Foucault.⁶ Wat zijn de heersende ideologische opvattingen, en hoe wordt de daarbij horende macht uitgeoefend? Foucault brengt mij bij het tweede onderwerp van deze tekst, het hedendaagse verglijden van psychosociale hulpverlening naar medische behandeling en uiteindelijk naar disciplineren.

Deze volgorde in mijn tekst – eerst aantonen wat de grond van de medicalisering is, en daarna ingaan op het moreel beladen karakter van de behandelingen – vind ik noodzakelijk, omdat ik hoop daarmee een aantal lezers te doen stilstaan bij hun overtuigingen inzake de huidige gezond-

heidszorg. Ik vrees evenwel dat mijn hoop grotendeels een illusie is – wie dit boek leest, zal dat doen omdat hij of zij al een bepaalde overtuiging heeft ('Pillen werken niet altijd, en worden veel te vaak voorgeschreven.') Afgaande op het aantal voorschriften voor medicijnen en de gehanteerde richtlijnen koestert een meerderheid vandaag de dag een tegenovergestelde opvatting ('Gelukkig hebben we nu efficiënte medicijnen voor ziektes zoals depressie en ADHD.') Precies op grond van die overtuiging zullen zij dit boek nooit ter hand nemen. Daarmee ben ik meteen aanbeland bij de cognitieve dissonantie.

Dit mechanisme is voor iedereen vrij herkenbaar: wij ordenen onze opvattingen zo coherent en zo consistent mogelijk, waardoor we een voorspelbaar en bijgevolg veilig wereldbeeld kunnen behouden. Als gevolg daarvan merken we onmiddellijk elke vorm van informatie op die bijdraagt tot ons consistente zelf- en wereldbeeld ('Zie je wel!'), en – nog veel belangrijker – vermijden we informatie die het omgekeerde effect zou kunnen hebben. Worden we toch geconfronteerd met tegenstrijdige informatie, dan proberen we die tegenstrijdigheid weg te redeneren, of toch minstens te minimaliseren, teneinde onze overtuiging te kunnen behouden. Even een literaire illustratie. Een van de hoofdfiguren uit Irvin Yaloms boek *Het raadsel Spinoza* is de nazi Rosenberg.⁷ Als nazi is hij overtuigd van de inferioriteit van het Joodse ras, een overtuiging waarvoor hij zich beroept op het verondersteld wetenschappelijke sociaal-darwinisme van zijn tijd.⁸ Tezelfdertijd moet hij toegeven dat de Jood Spinoza, voor wie hij bewondering koestert, geniaal is. De daaruit ontstane dissonantie probeert hij op te lossen door ontkenningen ('Spinoza was vermoedelijk geen

echte Jood.’) en rationalisaties (‘Uitzonderingen bevestigen de regel.’)

Het voorbeeld is een uitzondering, omdat Rosenberg, ondanks zijn overtuigingen, toch Spinoza leest. In het merendeel van de gevallen slagen wij erin gevaarlijke informatie op voorhand te vermijden: we lezen enkel die kranten en die auteurs die aansluiten bij onze opvattingen, de andere schuiven we terzijde als achterhaald, verkeerd, niet-bewezen enzovoort. We doen dat zonder daarbij stil te staan, want ondanks de benaming – *cognitieve* dissonantie – werkt dit mechanisme voornamelijk affectief.⁹ Het gaat over een buikgevoel op grond waarvan wij intuïtief beslissen of iets ‘goed’ of ‘slecht’ is (en dus niet: juist of fout). De titel van een boek, de afbeelding op een kaft, het gebruik van bepaalde woorden of de verwijzing naar een bepaalde auteur volstaat om onze blik af te wenden (‘Freud? Niet wetenschappelijk.’) of aan te trekken (‘Breinonderzoek? Boeiend!’) Op die manier kunnen we onze overtuigingen voor waar blijven aannemen en zelfs overdag rustig verder blijven slapen.

Paradigma’s beheersen ons denken

Het fenomeen van cognitieve dissonantie illustreert hoe moeilijk wij het hebben met informatie die onze heersende opvattingen en ons daarbij horende zelf- en wereldbeeld weerlegt. Het verklaart niet vanwaar dat zelf- en wereldbeeld en de dominantie ervan komen. Willen we dat begrijpen, dan kunnen we beter te rade gaan bij Thomas Kuhn en zijn paradigmatheorie.¹⁰ Hij bestudeerde de evolutie van wetenschap, met onder meer het volgende resultaat. Wanneer een bepaalde wetenschappelijke theorie en de

erbij horende praktijk overtuigende resultaten geboekt heeft én aansluit bij de tijdgeest, dan wordt dit voor zo ongeveer iedereen de ‘normaalwetenschap’ en meteen ook de norm. Alles wat haar tegenspreekt, wordt beschouwd hetzij als een fout van de wetenschapper, hetzij als een verwaarloosbare uitzondering. Gevolg daarvan is dat de centrale opvattingen – het paradigma – niet in vraag hoeven te worden gesteld. In zekere zin is dit de collectief-wetenschappelijke versie van cognitieve dissonantie. Pas wanneer er te veel contradicties optreden wordt die normaalwetenschap in vraag gesteld, met als gevolg een wetenschappelijke revolutie en een shift inzake paradigma – waarna alles van voren af aan kan herbeginnen.

Dat de kracht van een paradigma zeer ver gaat, mag blijken uit de geschiedenis van Ignaz Semmelweis (1818-1865). Als arts werd hij in Wenen getroffen door de hoge mortaliteit van vrouwen na hun bevalling in het ziekenhuis: maar liefst één op de vier stierf. Hij stelde vast dat de mortaliteit nog beduidend hoger lag als artsen een vrouw tijdens de bevalling assisteerden wanneer ze bij wijze van spreken rechtstreeks van de autopsiekamer kwamen, waar ze het stoffelijk overschot van een overleden moeder hadden onderzocht. Vandaar zijn hypothese: deze artsen brengen iets – hijzelf noemde het ‘lijkstof’ – van de overledene op de gezonde vrouw over, waardoor ook deze laatste ziek werd. Als voorzorgsmaatregel verplichtte Semmelweis zijn assistenten hun handen grondig schoon te schrobben, het liefst met bleekwater(!). Het sterftcijfer daalde al snel onder de één procent... maar Semmelweis werd ontslagen, de man hield er een depressie aan over. Zijn aanpak kreeg geen gehoor, omdat die nu eenmaal indruiste tegen het toen heer-

sende paradigma dat ziektes voortkomen uit kwalijke luchten, de zogenaamde miasmatheorie. Het was nog een halve eeuw wachten tot het werk van de Franse bacterioloog Louis Pasteur voor een ander paradigma zou zorgen, met virussen en bacteriën als ziekteverwekkers.

Het paradigma dat vandaag in de medische wetenschap de overhand heeft, is gebaseerd op de grote ontdekkingen van de vorige eeuw, zoals mooi beschreven door James Le Fanu, een Brits wetenschapsjournalist.¹¹ Uit zijn werk blijken minstens twee dingen: de grote ontdekkingen zijn nagenoeg nooit het resultaat van doelgericht onderzoek, wel nagenoeg altijd een neveneffect bij onderzoek met een ander doel, in combinatie met een toevallige samenloop van omstandigheden. Bij wijze van anekdote: penicilline is ontdekt omdat iemand de afwas niet gedaan had in combinatie met gunstige weersomstandigheden voor schimmelontwikkeling. Een tweede conclusie uit zijn overzicht is dat de meest tot de verbeelding sprekende ontdekkingen te maken hebben met werkzame stoffen, medicijnen dus, die op korte tijd voor spectaculair resultaat zorgen. Antibiotica en ontstekingsremmers zijn daar de belangrijkste voorbeelden van.

Het daaruit ontstane paradigma kunnen we het ‘stoffesmodel’ noemen. Elke ziekte heeft een heel duidelijke oorzaak – een tekort of een teveel aan een bepaalde stof – waardoor een voorspelbaar ziekteverloop ontstaat en waarbij behandeling (het toedienen van andere stoffes, desnoods antistof) die oorzaak zal wegnemen. Het succes van bepaalde behandelingen die aansluiten bij dit model – denk aan insuline en antibiotica – sterkt het geloof in het paradigma.

In het kielzog daarvan ontstaat al snel een bepaalde misvatting, met name dat we de werkzaamheid van ongeveer

alle medicijnen kennen en dat die naadloos aansluit bij onze kennis van het ziekteproces als dusdanig. Ondanks het therapeutische succes en de toename van onze kennis hebben we, zoals Le Fanu uiteenzet, nog steeds meer vraagtekens dan antwoorden. Ook heel wat hedendaagse medische behandelingen berusten op een beredeneerde trial-and-error-aanpak. Dergelijke nuanceringen blijven evenwel buiten de normaalwetenschap, alhoewel de meerderheid van de praktijkvoerende artsen er zich wel van bewust is.

Die nuanceringen verdwijnen volledig wanneer we de overstap maken naar de farmaceutische industrie. Als commerciële bedrijven hebben zij maar één doel, het maken van winst, met publiciteit als voornaamste instrument. Vanzelfsprekend sluit die publiciteit doelbewust aan bij het hedendaagse paradigma, waarbij in het geval van psychofarmaca het stofjesmodel uitgedrukt wordt in termen van *chemical imbalances*. Daarbij wordt steevast de volgende boodschap gesuggereerd: de oorzaak van bepaalde mentale problemen – ‘stoornissen’ – hebben we ontdekt, die ligt in de hersenen. Ongemerkt ontstaat daarbij een uiterst belangrijke herdefiniëring, via de vage term *disorder*, stoornis. Veel van de probleemsituaties zijn psychosociaal van aard, denk maar aan mensen die onder de werkdruk bezwijken, kinderen die niet meer gehoorzamen, agressie in het verkeer. Mochten deze moeilijkheden benoemd worden als een *ziekte*, dan zouden heel wat mensen daar de nodige kritische vragen bij stellen. Via de neutrale term ‘disorder’ vermijdt men die kritische reactie, terwijl de invulling van ‘disorder’ gaandeweg steeds meer medisch wordt. Immers, de oorzaak ligt toch in het te veel of te weinig voorhanden zijn van bepaalde stofjes in ons brein? Dan kan de behandeling toch

het best gebeuren met een letterlijk doeltreffend medicijn dat rechtstreeks op die oorzaak inwerkt? Op tal van websites kunnen we in kleurrijke computeranimaties zien hoe die stoffen in en op onze hersenen hun gezond makende invloed uitoefenen.

Voor leken is de overtuigingskracht van dergelijke beelden en de erbij horende informatie enorm, ook al omdat die vandaag zo ongeveer overal voorhanden zijn, van het internet tot de reclame in bushokjes.¹² Professionals uit de gezondheidssector worden overtuigd met de verwijzing naar een aantal empirische studies die de effectiviteit van de farmacologische behandeling aangetoond zouden hebben. Opvallend: het zijn steeds dezelfde studies waarnaar verwezen wordt en die duidelijk een massale verspreiding gekregen hebben. Onderzoek dat vragen stelt bij die effectiviteit of die zelfs weerlegt, krijgt slechts een fractie van die aandacht. Twee bekende voorbeelden betreffen de psychofarmacologische behandeling van depressie en ADHD.

Selectieve herhaling als bewijsvoering

In 2011 publiceerde Stijn Vanheule een artikel waarin hij kritische kanttekeningen plaatst bij de diagnostiek en de behandeling van psychologische moeilijkheden bij kinderen, waarbij hij zich beroept op hedendaags empirisch onderzoek.¹³ Hetzelfde tijdschrift publiceerde in een daaropvolgend nummer een reactie van elf (!) hoogleraren en academici die zijn opmerkingen proberen te weerleggen.¹⁴ Opvallend is dat ze daarbij nooit ingaan op de door Vanheule geciteerde kritische onderzoeksstudies. Dit is een perfecte weerspiegeling van het hedendaagse paradigma

en van de dwingende manier waarop normaalwetenschap werkt: gegevens die haar tegenspreken, worden genegeerd, en een kritische collega wordt in groep platgewalst. ADHD is een lichamelijke aandoening waarvan de oorzaak min of meer bekend is; de best-practicebehandeling gebeurt met medicijnen, en wie daaraan twijfelt is niet goed bezig. In ongeveer alle paradigmabevestigende artikelen wordt verwezen naar de in 1999 opgestarte Multimodal Treatment Study of ADHD. Dit is een longitudinaal onderzoek waarvan de eerste resultaten inderdaad uitwezen dat een behandeling met methylphenidaat (Rilatine) de beste resultaten gaf. Het is dat besluit waar voorstanders van medicatie ook vandaag nog naar blijven verwijzen.¹⁵

Wat ze niet vermelden, is dat bij de vervolgmetingen van hetzelfde onderzoek heel andere resultaten uit de bus kwamen. Bijvoorbeeld dat de resultaten van de eerste metingen methodologisch erg betwistbaar zijn. Bijvoorbeeld dat de inderdaad aanvankelijk positieve resultaten van een farmacologische behandeling niet behouden bleven, en dat de negatieve neveneffecten hoe langer hoe duidelijker werden. Zo wegen kinderen uit de medicatiegroep gemiddeld 3 kilogram minder en zijn ze 4 centimeter kleiner.¹⁶ Het recentere besluit naar aanleiding van hetzelfde onderzoek laat een heel ander geluid horen: ‘De studie die het vaakst geciteerd werd om te “bewijzen” dat ADHD in de eerstelijnszorg met medicatie behandeld moet worden, heeft ontdekt dat een dergelijke behandeling (in vergelijking met niet-medicinale eerstelijnszorg) de slechtste resultaten geeft en de grootste noodzaak aan extra ondersteuning op school.’¹⁷

Hetzelfde verhaal geldt zo mogelijk nog meer voor antidepressiva. In tegenstelling tot de huidige overtuigingen is er geen enkel wetenschappelijk bewijs dat depressie veroorzaakt wordt door een serotonine-onevenwicht.¹⁸ Bovendien is er meer dan voldoende evidentie om de werkzaamheid van antidepressiva ernstig te betwijfelen. Toch blijft het paradigma overeind, op grond van wat Kirsch *the dirty little secret* uit de farmaceutische literatuur noemt.¹⁹ Om een medicijn op de markt te mogen brengen in de Verenigde Staten en bij uitbreiding in het Westen, moet een bedrijf twee positieve trials (proefopzetten bij patiënten) kunnen voorleggen. Wat het brede publiek niet weet, is dat bedrijven zoveel trials mogen opzetten als ze maar willen, zij het dat ze die allemaal ook moeten indienen bij de Amerikaanse officiële controle-instantie, de Food and Drug Administration (FDA). Eens de goedkeuring verkregen, zorgen de farmaceutische bedrijven ervoor dat de twee positieve onderzoeksresultaten massaal verspreid worden; de andere verdwijnen in een digitale lade, zodat de buitenwereld enkel het hoeraverhaal verneemt.

De relativiteit van een dergelijke bewijsvoering werd duidelijk toen een onderzoeksgroep geleid door Kirsch bij de FDA alle trials opvroeg, en een analyse van de resultaten maakte *gebaseerd op de volledige dataset* (nota bene: van onderzoek uitgevoerd door de farmaceutische industrie). Resultaat: statistisch beschouwd is er een overeenkomst van 82 procent tussen de effecten van een placebo en het medicijn. Als Kirsch en zijn medewerkers vervolgens naar de klinische effecten keken, bleken er zelfs géén verschillen meer te zijn. Ze vonden dit resultaat zelf zo verrassend dat ze voor alle zekerheid hun conclusies voorlegden aan twaalf onafhan-

kelijke onderzoeksgroepen – elk ervan kwam tot hetzelfde besluit.²⁰

In de marge daarvan werd ook nog een ander effect zichtbaar. Niet alleen is de therapeutische effectiviteit beperkt, er zijn ook heel wat negatieve gevolgen wanneer iemand met het gebruik stopt. Bekende abstinentieverschijnselen zijn evenwichtsstoornissen, maag- en darmklachten, griepachtige toestanden (vermoeidheid, spierpijn, afwisselend koud en warm), neurologische verstoringen en slaapmoeilijkheden.²¹ De ironie wil dat nogal wat mensen het gebruik van antidepressiva herstarten om toch maar van die abstinentieverschijnselen verlost te worden, en dus niet om hun zogezegd terugkerende depressie te bestrijden... Dat ze die medicijnen levenslang moeten innemen, is bijgevolg een effect van de pillen zélf en heeft niets te maken met de veronderstelde hardnekkigheid van hun depressie.

Wie nu verwacht dat op grond van dergelijk onderzoek een mentaliteitswijziging ontstaan is, en dat wetenschappers op zoek gaan naar betere verklaringsmodellen, die komt bedrogen uit. De kracht van het paradigma mag blijken uit de volgende paradoxale boodschap van de gezaghebbende American Psychiatric Association: '[Er vallen] geen pathologische laesies te onderscheiden [...] die als betrouwbare of voorspelbare aanduidingen zouden kunnen dienen voor een mentale stoornis. [...] uiteindelijk zal aangetoond worden dat mentale stoornissen niets anders zijn dan stoornissen van intercellulaire communicaties of onderbroken neurale circuits.'²² Het onder auspiciën van dezelfde APA opgestelde dominante psychiatrisch-diagnostische handboek, de DSM-5, vertoont volgens de Bri-

tish Psychological Association hetzelfde euvel: ‘Dergelijke diagnostische systemen beantwoorden niet aan de criteria voor echte medische diagnoses. Ze duiden wel degelijk storende of gestoorde mensen aan, maar beantwoorden niet aan de criteria voor een categorisatie zoals vereist binnen het medische of wetenschappelijke veld (met slechts een paar uitzonderingen, zoals dementia).’²³ De wetenschappelijke bewijsvoering ontbreekt, zoveel is duidelijk. Maar dit doet geen afbreuk aan de paradigmatische overtuiging.

De twee voorbeelden betreffen het onderzoek naar de effectiviteit van psychofarmaca en bijgevolg de altijd al moeilijke schemerzone tussen lichaam en geest. Wie verwacht dat de zaken in de ‘echte’ geneeskunde anders liggen, komt bedrogen uit. Intussen is meer dan overtuigend aangetoond dat Big Pharma ook binnen de somatische geneeskunde op grote schaal manipulatie en bedrog hanteert, met als gevolg dat zelfs daar woorden zoals *evidence based* en *best practice* erg hol klinken.²⁴

Bij wijze van besluit kan ik inzake medicalisering van psychosociale en psychiatrische moeilijkheden drie noodzakelijke correcties naar voren schuiven. De eerste twee gaan over de werkzaamheid van medicijnen, de laatste over de uitbreiding van het ziektebegrip.

In tegenstelling tot wat reclameboodschappen laten uitschijnen is het niet zo dat psychofarmaca het brein terugbrengen naar een gezonde, normale toestand. In het beste geval verhinderen ze bepaalde symptomen (angst, hallucinaties) en gedragingen (agressie), waardoor de situatie leefbaarder wordt. Nagenoeg altijd gaat dit gepaard met ernstige neveneffecten. Genezen doen ze nooit.

Ten tweede, in weerwil van dezelfde reclameboodschappen vertonen psychofarmaca géén symptoom- of ziektespecifieke activiteit (zoals bijvoorbeeld insuline bij diabetes). Mochten ze dat wel doen, dan zouden ze inderdaad deel uitmaken van de klassieke geneeskunde. Dit is niet het geval, dergelijke medicijnen werken zeer ruim in de zin van het onderdrukken van denken, voelen en gedrag (de *downers*) of het bevorderen ervan (de *uppers*). Met recht en reden kreeg een van de eerste krachtige psychofarmaca van het Franse Rhône-Poulenc als verkoopsbenaming ‘largactil’, zijnde: *large activité*.

Tot slot: heel wat van de zogenaamde ‘stoornissen’ kunnen veel correcter benoemd worden als psychosociale moeilijkheden, soms zelfs simpelweg als normale menselijke affecten (rouw). Het invoeren van de term ‘stoornissen’ voert deze moeilijkheden ongemerkt binnen in een medisch register, terwijl het tezelfdertijd de indruk schept dat die storende gedragingen of affecten ook gecorrigeerd moeten worden. Zoals ik in het vervolg van deze tekst zal aantonen, is dit de redeneerwijze van de hedendaags dominante psychiatrische diagnostiek, gebaseerd op de *Diagnostical and Statistical Manual for Mental Disorders*. De stap naar disciplineren wordt dan bijzonder klein.

Foucault: discours en disciplineren

Kuhns paradigmatheorie biedt een verklaring voor het blijven bestaan van bepaalde overtuigingen in de schoot van de wetenschap, in weerwil van evidentie die deze tegenspreken. Een nog ruimere blik, gebaseerd op Michel Foucault, toont dat paradigmatische opvattingen niet onschuldig

zijn, integendeel. Ze functioneren als een rechtvaardiging voor het uitoefenen van een anonieme sociaal-politieke macht waarmee een maatschappij disciplinerend kan optreden. Zoals Foucault in zo ongeveer zijn volledige oeuvre aantoonde, werkt zowel de rechtvaardiging als de machtsuitoefening zelf via het dominante taalgebruik – het ‘discours’ – omdat dit ons denken en handelen bepaalt. Als wij sociaal afwijkend gedrag benoemen als zonde, dan is de oplossing biecht en penitentie, desnoods de hel, met de brandstapel als versneld opstapje. Als we sociaal afwijkend gedrag benoemen als een psychiatrische stoornis, dan hebben we het niet meer over effecten op individuen van psychosociale probleemsituaties, wel over te behandelen ziektes van individuen. Dat die behandeling neerkomt op een disciplinerend, wordt in dezelfde beweging onzichtbaar. Vergeten we niet dat psychiatrie de enige medische discipline is – inderdaad, discipline – die onder dwang een behandeling kan opleggen.

Vooraleer hier verder op in te gaan, wil ik op voorhand twee te verwachten tegenkanten beantwoorden. Ik hou geen pleidooi voor een terugkeer naar een naïeve antipsychiatrie. Als ik stel dat het dominante vertoog vandaag de dag nogal wat psychosociale moeilijkheden en zelfs normale menselijke reacties herdoopt tot psychiatrische stoornissen, dan betekent dit niet dat ik ook de omgekeerde redenering hanteer. Concreet: niet elke psychiatrische stoornis valt zomaar te herleiden tot psychosociale moeilijkheden. Ten tweede: ik hou geen pleidooi tegen disciplinerend, elke maatschappij heeft daar nu eenmaal nood aan. Over de aard en de omvang van een maatschappelijke regelgeving kunnen we het best een voortdurend democratisch debat

voeren. Als een maatschappij een disciplinerende uitoefening doet via het gebruik van ziekte-labels en het toedienen van psychofarmaca, dan wordt een dergelijk debat onmogelijk gemaakt.

Is er een overmedicalisering van psychosociale problemen?

Is er vandaag wel een overmedicalisering van psychosociale problemen? Een van de oudste beroepsverenigingen binnen de psychologie is in elk geval die mening toegedaan, want dit is een van de belangrijkste kritieken van de British Psychological Society op de voorpublicatie van de DSM-5 (zie ook hoger):

De vermeende diagnoses gepresenteerd in DSM-5 zijn duidelijk hoofdzakelijk gebaseerd op sociale normen, met 'symptomen' die berusten op subjectieve oordelen, met weinig bevestigende fysieke 'tekens' of evidentie van biologische oorzaken. De criteria zijn niet waardevrij, maar reflecteren veeleer de huidige normatieve sociale verwachtingen. (...) We maken ons zorgen dat (diagnostische) systemen zoals deze gebaseerd zijn op het identificeren van problemen bij individuen. Dit gaat voorbij aan de relationele context en de onvermijdelijke sociale oorzaken van veel van deze problemen.

Dit sluit aan bij de conclusie van de Wereldgezondheidsorganisatie, zoals blijkt uit het citaat dat ik als opening van deze tekst gebruik.²⁵ Er is veel meer bewijs voor een psy-

chosociale causaliteit dan voor genetische en of neurobiologische oorzaken.²⁶

De medicalisering van psychosociale problemen blijkt ook uit een opmerkelijke omkering: in het taalgebruik klinkt het alsof psychische moeilijkheden de *oorzaak* zijn van sociale ellende en economische problemen. Zo kunnen we in een *Depression report*, opgesteld door de London School of Economics, het volgende lezen: ‘*Crippling depression and chronic anxiety are the biggest causes of misery in Britain today.*’²⁷ En in Vlaanderen kregen we in 2012 de boodschap dat het aantal zelfdodingen de Vlaamse economie op jaarbasis meer dan 500 miljoen euro kost.²⁸ Dergelijke redeneringen zijn niet onschuldig; wanneer armoede, werkloosheid, druggebruik, sociale isolatie, geweld voorgesteld worden als *gevolgen* van mentale stoornissen, dan ligt het probleem bij het individu.²⁹ In het omgekeerde geval hebben we te maken met maatschappelijke problemen, die bijgevolg een maatschappelijke aanpak vragen.

Dezelfde redenering, waarbij de focus op de persoon ligt en niet op de omgeving, vinden we helaas ook in de eigenlijke kliniek. Een typisch voorbeeld betreft de manier waarop hulpverleners spreken over bijvoorbeeld mensen met een Borderline Personality Disorder (BPD). Een vaak gehoorde uitdrukking is dat patiënten bepaalde gedragingen en interactiepatronen vertonen *omdat* ze aan BPD lijden. Het daarin veronderstelde causale verband is duidelijk, met als gevolg dat BPD *in* het individu gesitueerd wordt, als een substantiële ziekte, los van een sociale en historische context. Daartegenover staat de robuuste vaststelling uit talloze onderzoeken dat mensen met het label BPD in meer dan 80 procent van de gevallen slachtoffer geweest zijn van

chronisch misbruik in de kindertijd. Dit betekent dat er meer dan voldoende bewijs is om hun ‘symptomen’ te begrijpen als adaptief gedrag ontwikkeld op grond van hun traumatische relationele geschiedenis.³⁰ In plaats van het BPD-label is het dan veel correcter te spreken over complexe posttraumatische stressstoornis. Dit gebeurt niet of nauwelijks: BPD is een probleem van de patiënt. Behandeling moet dan ook op dat gestoorde individu gericht zijn, met medicatie, training, disciplineren.

Het aspect disciplineren krijgen we nog duidelijker te zien als we de overstap maken naar kinderen, en de vergelijking maken met het dominante vertoog van pakweg een eeuw geleden. In de 19de eeuw hadden we Struwwelpeter, het op Heinrich Hoffmanns verhaal gebaseerde cultuurmodel van de stoute jongen die voor galg en rad dreigt op te groeien en waarmee kinderen (en ouders!) bang gemaakt werden. De hulp daarvoor was moraliserend-pedagogisch. Vandaag hebben we jongens met ODD en/of ADHD die zich moeten gedragen, stil moeten zitten, opletten en *die daarvoor medicijnen krijgen*. Wat oorspronkelijk een moreel-pedagogisch probleem was, is tegenwoordig een medische aandoening, een *brain disorder*.³¹ Waar disciplineren in het oudere model open en bloot en als dusdanig aangeprezen werd, ligt zij nu verborgen onder een pseudomedisch model en wordt ze uitgeoefend via pillen.

Discours als machtsinstrument

Medicalisering heeft niet alleen te maken met het feit dat er te veel medicijnen voorgeschreven worden (‘Onze artsen schrijven te veel antibiotica voor’). Het voornaamste

gevolg ervan is de herdefiniëring en de uitbreiding van wat ziekte is. Het gecombineerde effect van een dwingend wetenschapsparadigma (medisch, positief-wetenschappelijk), het erbij horende taalgebruik (disorders) en het daarbij aansluitende behandelingsdoel (disciplineren) maakt een niet-medische blik op moeilijkheden die mensen ervaren nagenoeg onmogelijk. Heel veel psychiaters en psychologen zijn zich daarvan nauwelijks bewust, en dit heeft alles te maken met hun opleiding, waarin ze leren moeilijkheden te beschouwen als stoornissen en dus als 'ziektes' ter hoogte van het individu.

Een van de krachtigste redeneerfouten daarbij is het wijd verspreide idee dat stoornissen misschien wel getriggerd worden door de omgeving, maar dat dit enkel kan omdat zij in essentie op voorhand al aanwezig waren *in* dat individu, dat ondertussen herdoopt is tot patiënt. Was die ziekte niet op voorhand *in* hem of haar aanwezig geweest, dan was die triggering onmogelijk. In meer wetenschappelijk klinkend jargon is dit de 'vulnerability-stresshypothese'. Ja, stress (lees: externe gebeurtenissen) kan bijdragen tot de ontwikkeling van een mentale stoornis, maar nee, echt causaal zijn die gebeurtenissen niet, ze lokken enkel iets uit wat biologisch reeds klaar lag in het lichaam van het individu. Was die biologische predispositie er niet geweest, dan zou de persoon niet ziek geworden zijn, en zou hij die gebeurtenissen vlot verwerkt hebben. Begrijp: eigenlijk is het zijn schuld, het zat al in hem. Even een vergelijking: ja, oorlogsgeweld kan bijdragen tot de dood van iemand, maar nee, echt causaal zijn die omstandigheden niet, ze lokken enkel uit wat biologisch reeds klaar lag in het lichaam van dat individu, met name dat het vroeg of laat moet sterven. Het zit hem in de genen.

De huidige op de DSM gebaseerde psychiatrische diagnostiek, als concrete vormgeving van het achterliggende vertoog, realiseert deze redeneerlijn ten volle en functioneert daardoor als een instrument waarlangs de macht van dit achterliggende vertoog uitgeoefend wordt. Ondanks alle lippen dienst aan het biopsychosociale model, gaat alle aandacht naar het individu, waarbij het doel van de behandeling inbegrepen ligt bij de diagnostische formulering. De rationale van deze diagnostiek is niet zo moeilijk te achterhalen. Elk DSM-label bevat drie lagen: een psychologische, een sociale en een medische.³²

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

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

een duidelijk effect op het therapeutische doel. Het te veel moet minder. En het te weinig moet meer. Genezing betekent dat de patiënt opnieuw beantwoordt aan de sociale norm. Bijgevolg is het doel van de behandeling niet een medische genezing, wel het opnieuw conform maken van de patiënt aan een steeds tijd- en plaatsgebonden maatschappelijke conventie.

Besluit: medicalisering en psychologisering als disciplinerend

Dit brengt ons bij een vraagstelling die duidelijk buiten het veld van de objectieve wetenschappen ligt: wat is het mensbeeld waaraan dat te veel of te weinig afgemeten wordt? Het antwoord op een dergelijke, moreel beladen vraag kunnen we het best zoeken bij een moraalfilosoof. In 1981 schrijft Alasdair MacIntyre dat de beoordeling van de moderne mens op een nieuwe morele norm berust: effectiviteit. En hij voegt eraan toe dat er twee nieuwe hogepriesters opgestaan zijn die deze morele norm bewaken: de manager en de psychotherapeut.

Dit geeft ons meteen een belangrijke indicatie over het huidige mensbeeld. Het is een opnieuw opnemen van een oude opvatting, deze van de mens als machine, *L'homme machine* van de Franse materialistische verlichtingsfilosoof Julien Offray de La Mettrie uit de 18de eeuw. Vandaag is dat verbijzonderd tot de mens als productiemachine die zo efficiënt mogelijk een output moet leveren, en daarop voortdurend geëvalueerd en gecontroleerd wordt. En net zoals elke machine kan ook de mens kapotte onderdelen of functies hebben, die vervolgens om een zo efficiënt mogelijke

herstelling vragen. Als beroepsactiviteit kan dit twee richtingen uitgaan: ofwel een zo spoedig mogelijk herstel van *L'bomme machine*, zodat hij het arbeidsproces weer kan binnenstappen. Ofwel – als het herstel niet lukt – wordt de herstelactiviteit op zich onderdeel van een op winst gerichte economie, in dit geval een efficiënt functionerend zorgbedrijf, waarin niet de patiënt centraal staat, wel de winst van de organisatie.

Iets vroeger dan MacIntyre had Foucault al dezelfde stelling geformuleerd: het dominante discours is vandaag een economisch discours in een neoliberale versie (bij Foucault: *anarcho-capitalisme*).³³ Samengevat: alles wordt 'vermarkt' en dat de sterkste moge winnen. Het taalgebruik bulkt van woorden die in deze richting wijzen (investeren, benchmarking, kapitaliseren, zorgbedrijf...) en het erbij horende mensbeeld (flexibel, competitief, competent, rationele speler...) sluit aan bij platvloers sociaaldarwinisme.³⁴ Het medisch-psychiatrisch-psychologische complex is ongemerkt door dit vertoog ingenomen, zowel in de organisatie ervan ('zorgbedrijf') als in zijn eigenlijke werking (diagnose en behandeling).

Bijgevolg is medicalisering geen geïsoleerd probleem over het meer of minder voorschrijven van medicijnen. De huidige versie is een effect van een historisch gegroeide combinatie tussen een wetenschappelijk paradigma en een sociaal-politiek vertoog, geruggensteund door een financieel-economisch motief (farmaceutische industrie). Als systeem werkt deze combinatie onder andere via opsplitsingen: psyche versus soma, samenleving versus individu, waarbij zelfs die veronderstelde entiteiten nog verder opgesplitst worden (denk aan de verschillende medische en psycholo-

gische specialisaties). Dit alles staat in schril contrast tot de vaststelling dat de menselijke moeilijkheden bijna altijd sociaal ingebed zijn en dat de splitsing tussen lichaam en geest alleen op papier en in de opleidingen bestaat.

Hoger gebruikte ik de term medisch-psychiatrisch-psychologisch complex. De toepassing van dit vertoog strekt zich ondertussen inderdaad ook uit naar de gewone geneeskunde en de psychologie. Wat de psychologie betreft, als discipline heeft zij altijd al het accent op het individu gelegd. De combinatie met het hedendaagse positief-wetenschappelijke paradigma zorgde voor een accentverschuiving naar de neuropsychologie, waarin het psychosociale al helemaal geen plaats krijgt. Als universitaire opleiding, wordt Sociaal Werk ronduit minachtend bekeken wegens 'niet-wetenschappelijk', 'soft', voorbijgestreefd, 'links'. Binnen de 'echte' psychologie gaat het over cognities die met behulp van hersenscans bestudeerd worden, en waarvan de afwijkingen straks letterlijk zichtbaar zullen zijn op het scherm. Ziektes, dus.

Wat de geneeskunde betreft, mogen twee voorbeelden volstaan. EU-commissaris voor Gezondheid Tonio Borg toonde zich erg bekommerd om de gezondheid van onze Griekse medeburgers: 'Roken vermindert de productiviteit, het schaadt de economie. Ik ga binnenkort naar Griekenland, waar 40 procent van de mensen rookt. Dat is een kostenfactor waarover gepraat moet worden.'³⁵ In dezelfde redeneerlijn kunnen we ons voorstellen dat er ook 'gepraat moet worden' over chronisch zieken – ook zij schaden de economie toch? Bejaarden zijn al helemaal een verliespost, vandaar de uitspraak van de Japanse minister Taro Aso: dat ze maar beter sneller kunnen sterven.³⁶

De overeenkomst tussen medicalisering en psychologisering wordt nog duidelijker bij de toepassing. Jan De Vos toont mooi aan dat in beide gevallen het accent ligt op disciplineren, waarbij protocollair gedachte, kortdurende behandelingen op grond van DSM-diagnoses gericht zijn op het sociaal stroomlijnen van de patiënt.³⁷ We zijn aan het afglijden naar een zorgsector waarin diagnoses als vangnetten functioneren ter sociale controle, en behandeling neerkomt op economische disciplineren. Psychiater en psycholoog worden aldus de nieuwe morele autoriteiten die in naam van de wetenschap opleggen hoe de mens zich moet gedragen op basis van een dominant maatschappelijk model.

Dat laatste is op zich niet nieuw en ook niet per se problematisch. Het sociaal normatieve zit vanaf de aanvang inbegrepen in de psychiatrie, net zoals overigens ook in de ruimere geneeskunde. Onze huidige verlengde levensduur hebben we voor een flink stuk te danken aan inenting, veranderde voedingspatronen, milieumaatregelen (riolering) – allemaal opgelegd vanuit de profylactische geneeskunde. Het idee dat maatschappelijke disciplineren alleen maar slecht kan zijn, is een naïeve erfenis van nog een ander verlichtingsfilosoof, met name Jean-Jacques Rousseau. Zijn tegenstelling tussen een ziek makende maatschappij en een gezonde natuurstaat (*le bon sauvage*) is inderdaad een achterhaalde illusie. Elke maatschappij, zonder uitzondering, is ziekmakend, net zoals elke maatschappij ook gezondmakend is. De verklaring is eenvoudig: iedere gemeenschap definieert en kneedt haar vormen van normaliteit, waarmee ze in dezelfde beweging ook haar abnormaliteiten definieert en kneedt. Beide gaan terug op de