

Ziekte maakt schuld, toch dokter?

Een klein beetje filosofie van de waanzin in het licht van Michel Foucault en Paul Verhaeghe

J. Sampson

Over diagnostisering aan de lopende band

De filosofische pamflettenreeks *Nieuw Licht* door uitgeverij Prometheus combineert de eeuwenoude denktraditie met het nieuwe denken van onze tijd. Dezelfde vraag als in het verleden, maar dan door een andere denker, in een andere tijd, en binnen een andere politieke en maatschappelijke context. Psychiater Paul Verhaeghe (° 1955) kreeg de vraag of er een uitweg is van de pathologiserende trend in de maatschappij. Het aantal diagnoses en recepten voor psychofarmaca stijgen, want normaliteit – wat dat ook moge betekenen – lijkt maakbaar en binnen handbereik te zijn. Hoe valt dit te begrijpen? Wat kunnen we hieraan doen? Worden we allemaal ziek?

In het licht van *geschiedenis van de waanzin* (1961) geschreven door de Franse filosoof Michel Foucault (1926-1984), presenteert Verhaeghe een analyse van de hedendaagse kijk op waanzin in *over normaliteit en andere afwijkingen* (2019). Conclusie: waanzin wordt doorheen de tijd anders opgevat naargelang de normen van de maatschappij. Deze stelling lijkt problematisch, maar kan ook de oplossing vormen voor diagnoses en doseringen. Psychiatrie moet veranderen door bijvoorbeeld op niet-hiërarchische wijze om te gaan met patiënten en

misschien niet meer te spreken in termen zoals defecten, afwijkingen, schuld, ziekte, herstel en genezing. Ook het woord ‘patiënt’ lijkt gedateerd; men spreekt beter over ‘cliënt’ of ‘resident’. In dit essay worden enkele interessante punten aangestipt uit Verhaeghe’s tekst en volgt een kleine filosofische nabesprekking. Hiervoor ben ik zelf Foucault gaan lezen.

‘Geschiedenis’ van de waanzin: van gal tot genocide

Om het kleine boekje van Verhaeghe wat toegankelijker te maken, wil ik eerst wat ontwikkelingen van de geneeskunde, psychiatrie en psychodiagnostiek zoals die worden voorgesteld in *geschiedenis van de waanzin*, beschouwen in ruwweg vier algemene periodes: de middeleeuwen, renaissance, klassieke tijd en de periode vanaf het einde van de 18^{de} - begin 19^{de} eeuw. Ik vul zelf wat informatie aan die ik verduidelijkend vind.

a) Oudheid en middeleeuwen: waanzin als bovennatuurlijk

Plato dacht bijvoorbeeld dat geestesziekten een goddelijke oorzaak hadden en maakte onderscheid tussen verschillende soorten krankzinnigheid (profetisch, religieus, poëtisch, erotisch). In vele gevallen werden ‘gekken’ veroordeeld tot de dood, denk bijvoorbeeld aan de filosoof Socrates, die gek of immoreel werd verklaard en de gifbeker kreeg. Ook de Spartanen doodden hun ‘minderbegaafde’ kinderen. Zowel bij de Grieken als de Romeinen werden geestesziekten in het beste geval verzorgd door familie. Er was verder amper zorg en geen wettelijk ondersteunend kader.

Therapie kwam centraler te staan bij de latere Romeinse geneeskunde die gebaseerd werd op de leer van de arts Galenus (° 129). Zijn leer zou de medische wetenschap voor zo’n kleine 1500 jaar verder bepalen, tot en met de komst van de ‘Belgische’ arts Andreas Vesalius

(1514-1546). Galenus onderbouwt de stelling van de Griekse arts Hippocrates van Kos (ca. 460-370 v. Ch.) dat ‘geesteszieken’ nood hebben aan een medische behandeling. Galenus spreekt, in navolging van zijn leermeester, over een onevenwicht in de vier lichaamssappen en bijhorende temperamenten (het zwartgallige, het sanguinische, het cholerische en het flegmatische). Aandoeningen worden toegeschreven aan een teveel of te kort aan bepaalde sappen en in verband gebracht met de levensstijl en passies. Fysieke en mentale gezondheid worden zo aan elkaar gelinkt. Therapie bestond uit rust en regelmaat, muziek, aangenaam gezelschap, alsook erg vreemde geneeswijzen (eten van uitwerpselen, drinken van bloed, gebruik van edelstenen, enzoverder).

Tot aan het begin van de westerse jaartelling werden bijna alle afwijkende mensen buiten de samenleving geplaatst of gedood. Veel ‘geesteszieken’ hadden echter gewoon een plaats binnen de maatschappij, zolang ze functioneel of productief waren binnen de gemeenschap. Veel mensen waren ‘onderontwikkeld’ (analfabeet) en er waren nog geen algemene omgangsvormen zoals in de daaropvolgende eeuwen. De opvatting van Hippocrates en Galenus omtrent de noodzaak geesteszieken medisch te behandelen, raakte in de middeleeuwen dan ook meer uit de belangstelling. Geesteszieken werden beschouwd als vervloekt of als bezeten door demonen. Waanzin was het werk van kwade geesten, en moest bijgevolg hardhandig worden behandeld.

Deze opvattingen worden weerspiegeld in praktijken zoals heksenverbrandingen, exorcisme en andere wrede ingrepen. Je kan op het internet honderden bizarre recepten terugvinden die men in de middeleeuwen gebruikte om allerlei lichamelijke en mentale kwaaltjes te

verhelpen. Men probeerde letterlijk alles wat men kon bedenken toe te dienen, en men baseerde zich eerder op gevoel dan op daadwerkelijk bewijs bij het toedienen van de behandeling; er was nog geen sprake van systematische wetenschap. Als deze ‘kwakzalverij’ geen oplossing kon bieden, werd de overlevende geesteszieke door de maatschappij verstoten. De enige optie was te gaan zwerven of reizen om te ontkomen aan de brandstapel of om niet als rariteit te verschijnen op de kermis of het circus.

Later, met de uitbreiding van het Christendom en de invloed van de Katholieke kerk, kregen geesteszieken enkele kansen. De eerste vormen van zorg buiten de familie ontstonden voor deze soort patiënten. In sommige kloosterorden werden geesteszieken opgenomen en verzorgd. Ze zijn ‘kinderen van God’. Toch werden de meeste geesteszieken slecht of niet behandeld, gedood of verbannen.

Het is op het einde van deze periode dat het narrenschip zou gaan varen. Het gedicht *Narrenschiff* (Het narrenschip) van Sebastian Brant (1457-1521), uitgegeven in 1494, vertelt hoe er in het verleden een aantal schepen met narren koers zetten naar Narragonia, het land der dwaasheid. Tal van literaire werken en schilderijen verwijzen naar dit schip dat van stad tot stad ‘de zotten’ ging oppikken en voor heel wat schouwspel en leedvermaak zorgde bij de bevolking van deze steden. Of dergelijke schepen echt hebben bestaan, blijft bedenkelijk, maar het idee dat dergelijke schepen voorstellen, toont dat waanzin eigenlijk geen plaats heeft binnen de samenleving. Het vormt het symbool voor de grote onrust die tegen het eind van de middeleeuwen aan de horizon van de Europese cultuur opdoemde.

b) De Renaissance (15^{de} – 16^{de} eeuw): waanzin en wijsheid

In de Renaissance krijgt krankzinnigheid een menselijk of humaan statuut, in tegenstelling tot de middeleeuwen waar waanzin een bijna heilig statuut had. Waanzin weerspiegelt een deel van de menselijke psyché en ‘mens-zijn’. Rede en waanzin zijn in deze periode volgens Foucault verweven en niet uit elkaar te halen. Waanzin wordt nog niet gemeten aan ‘de Rationaliteit’ (het kenmerk van de Verlichting) of het gebrek ervan, maar vormt zijn eigen wijsheid. Ze staan nog enigszins op gelijke voet.

Volgens de geschriften van humanist Desiderius Erasmus (1466-1536) bezit de dwaas of gek daarom, net zoals de grootste denkers, een vorm van wijsheid. Als je zijn werk *Lof der Zondeid* (1511) leest, merk je dat zotheid als een deel van het leven wordt opgenomen en dat tot het extreme wordt doorgevoerd. Erasmus steekt er de draak met de zotheid en de wijsheid. Ook de wijze bezit een vorm van waanzin. Het werk bespreekt zo allerlei groepen, klassen en soorten mensen van de toenmalige samenleving en verklaart ze ieder op zich wel een beetje zot of wijs. Zo grapt hij: ‘Overal komt de zotheid in een overvloed van gedaanten voor, dagelijks worden er zo veel nieuwe zotheden verzonden dat duizenden Democritussen niet voldoende zijn om er hard om te lachen.’

Op gelijkaardige wijze vormt waanzin een centraal thema in de schilderkunst van deze periode, bijvoorbeeld bij de schilders Jeronimus Bosch (ca. 1450-1516) of Pieter Bruegel de Oude (1525-1569). Kijk bijvoorbeeld naar *Het Narrenschip* (1494) en *De Tuin Der Lusten* (1503-16), of het werk *De Dulle Griet* (1562). Hun schilderwerken portretteren niet zonder toeval zowel de alledaagsheid als de zotheid in al hun facetten. Ze zijn er nog verweven. De waanzin is er nog op een welbepaalde manier

onderdeel van het alledaags bestaan.

Het is rond deze periode ook dat het eerste complete werk over de menselijke anatomie zal verschijnen. In 1543 schrijft Vesalius het werk *De humani corporis fabrica libri septem* (Zeven boeken over de bouw van het menselijk lichaam). Ze betekenen het ontstaan van de moderne anatomie. Het werk zal een grote rol spelen in de ontgoddelijking van het lichaam en de geest. Het menselijk lichaam zal centraal komen te staan. Vanaf dan zullen aandoeningen steeds wetenschappelijker bestudeerd worden. Het taalgebruik van de geneeskunde en medische wetenschap zal steeds vaker worden toegepast op zogenaamde ‘geestesziekten’. De Geest zal zo herleid worden tot aandoeningen van het lichaam (bijvoorbeeld de zenuwen of de hersenen).

c) Klassieke periode (17^{de} – 18^{de} eeuw): waanzin versus rationaliteit

De volgende periode noemt Foucault ‘de grote opsluiting’. ‘In 1656 vaardigde de Franse koning Lodewijk XIII (1601-1643) een verordening uit op grond waarvan alle marginalen in de samenleving konden worden opgepakt en opgesloten in een asiel.¹ Dit Koninklijk Besluit voegde aan de bewaking van de maatschappelijk orde een derde mogelijkheid toe: naast *religie* (veroordeling van ongelovigen) en *rechtspraak* (bestrafting van wetsovertredingen) was er nu ook *internering* (opsluiten wegens niet beantwoorden aan de morele normen).’

De groepen geïnterneerden waren zeer heterogeen en bestonden onder andere uit ‘losbandige lieden, huisvaders die het geld erdoorheen

¹ Er lijkt iets niet te kloppen in de jaartallen die Paul Verhaeghe voorstelt. Als Lodewijk XIII geleefd heeft van 1601-1643, maar de verordening op 1656 plaatsvond, dan moet dat waarschijnlijk onder het bewind van Lodewijk XIV (1638-1715) geweest zijn.

jagen, verloren zonen, godslasteraars, mannen die ‘proberen zich van alles te ontdoen’, en vrijdenkers’. De ‘waanzinnigen’ worden in deze periode dus onderworpen aan een hele reeks opsluitingen, zoals in hospitalen en gekkenhuizen. De waanzinnige wordt waargenomen als die ‘te dierlijk is’. Een gek bezit een ‘dierlijke vrijheid’ die ingaat tegen de morele normen en waarden, en geleerd moet worden. Men moet de waanzinnige (en vele andere soorten mensen) intomen en africhten met opsluiting, afstomping en disciplinering via arbeid. Waanzin is een vorm van domheid.

Centraal in deze periode staat dus niet de genezing, maar de verplichting van arbeid. Waanzin wordt een vorm van onredelijkheid en staat in verband met de luiheid. Het *Hôpital (Général des Pauvres) de Paris*, ontstaan in hetzelfde jaar 1656, was voor Foucault het voorbeeld van hoe er door het heersende vertoog (of *discours*) een dwingende macht wordt ingezet. De machthebber zal op institutionele wijze onaangepast gedrag tuchtigen. Iedereen moet blijven meewerken aan het rijk van de machthebber, anders is men verderfelijk. ‘Noch in de wijze van functioneren, noch in zijn doelstelling had het *hôpital général* eigenlijk ook maar iets te maken met de medische wereld’, benadrukt Foucault. ‘Het had te maken met de monarchistische en burgerlijke orde die in diezelfde tijd in Frankrijk werd ingesteld’. Die orde was rechtstreeks verbonden met de koninklijke macht, en daardoor werd het hospitaal onder het exclusieve gezag van het burgerlijke bestuur gesteld. Dat betekende het abrupte einde van de *Grande Aumonerie*, het Groot Aalmoezenierschap van het Koninkrijk, het kerkelijke en geestelijke orgaan dat bemiddelde bij het verlenen van bijstand.

Deze uitvinding van een verplichte verblijfplaats waar de moraal

regeert op basis van een autoritaire bestuursmacht is het belangrijkste verschijnsel van deze periode. Michel Foucault laat vervolgens zien dat de geneeskunde deze uitsluitingspraktijken steeds achterna heeft gehold. Er werden ‘*on the spot*’ allerlei verklarende theorieën over de inwendig lichamelijke oorzaken van de waanzin verzonden, die vandaag elke geloofwaardigheid hebben verloren en, in de woorden van de wijze Erasmus, ‘voorbeelden van waanzin’ zijn.

d) Late Verlichting (eind 18^{de} – 19^{de} eeuw): ziekte maakt schuld

Ten vierde is er de periode vanaf de late 18de eeuw en de vroege 19de eeuw met hervormers zoals artsen Philippe Pinel (1784-1857) en Samuel Tuke (1745-1826). Zij zijn volgens Foucault de drijvende kracht achter de beweging van fysieke naar geestelijke onderdrukking. Er ontstond meer behoefte aan classificatie van geestesziekten. Bovendien kwam er langzaamaan meer aandacht voor de kwaliteit van de zorg. Maar, het gaat er volgens Foucault om nieuwe manieren van onderdrukking die hun ingang vinden in de vorm van controlemechanismen zoals (zelf)disciplinering.

De eerste ‘psychiatrische’ instellingen kwamen in de achttiende eeuw met medische behandelingen die aansloten bij de toenmalige visie op het lichaam. Het geloof in vooruitgang door het succes van de wetenschappen van de afgelopen eeuwen medicaliseert de waanzin. Waanzin wordt daarbij gereduceerd tot een studieobject voor het zich pas ontwikkelende medische domein. Er worden verklaringen voor de redeloosheid gezocht in de passies van de patiënt. Passies bewegen zich op het raakvlak tussen lichaam en ziel en zijn een belangrijk thema in de filosofie van de oudheid en de moderniteit. Dergelijke theorieën waren oorspronkelijk gebaseerd op de

leer van de lichaamssappen door Galenus. Vanaf de Verlichting verschoof het accent naar de zenuwen. Foucault beschrijft hoe op deze manier het idee van waanzin als ‘ziekte’ (cf. de oudheid) verder in de hand wordt gewerkt: te hevige passies als gevolg van een bepaalde levensstijl veroorzaken een prikkeling van het zenuwstelsel. Overmatige prikkeling leidt onvermijdelijk tot (zenuw)ziekte. Een zot wordt een zieke, en meer specifiek, zenuwziek (door zijn levenskeuzes). Ook wanneer iemand een medisch studieobject werd, bleef het morele oordeel (de focus op de levensstijl) wel het centrale element.

De overtuiging was dat iemand zenuwziek werd, omdat hij verkeerde keuzes heeft gemaakt: bijgevolg draagt hij zelf de verantwoordelijkheid en schuld voor zijn ziekte. Dit blijft ongetwijfeld de centrale stelling van *geschiedenis van de waanzin* volgens Paul Verhaeghe: ‘waanzin blijft onderworpen aan een moreel oordeel, zelfs wanneer waanzin het medisch statuut van ‘ziekte’ krijgt. Belangrijk hierbij is dus het veronderstelde verband tussen levensstijl, overprikkeling en zenuwziekte’. Ziek zijn ligt aan de eigen levensstijl, wordt daarom moreel kwalijk genomen en betekent schuld. De psychiatrie vormt dan een centrum voor disciplinering en tucht. De behandeling heeft in eerste instantie een morele bedoeling.

Het eigenlijke idee achter het narrenschip is vanaf deze periode werkzaam *binnen* de moderne samenleving, namelijk dat afwijkend of aberrant gedrag geweerd moet worden uit een samenleving. Het toont twee belangrijke aspecten van disciplinering: enerzijds wordt het gedrag van mensen in een wenselijke richting gestuurd en anders wordt het aberrante gedrag buiten de samenleving geplaatst (op narrenschepen, in instellingen, etc.) Ten tweede: het uiteindelijk doel van disciplineringsprocessen is dan

eigenlijk de zelfdisciplinering, namelijk dat het wenselijk gedrag geïnterioriseerd wordt en zo een tweede natuur van de mens wordt.

Hetzelfde principe van verinnerlijking wordt geïllustreerd met het panopticum, ontwikkeld in 1791 door Jeremy Bentham (1748 – 1832). Met zijn ontwerp van het panopticum introduceerde Bentham een efficiëntere manier om macht en controle uit te oefenen in een gevangenis. Een panopticum is een gevangenisstructuur waar de gedetineerden altijd onder toezicht staan, maar dit zelf nooit met zekerheid kunnen weten. Op deze manier leven mensen continu met het idee dat ze in de gaten worden gehouden, met als mogelijk effect dat hun gedrag – en dan weer vooral hun afwijkende of immoreel gedrag – door deze (sociale) controle in de gewenste richting gestuurd wordt. Een recentere vorm hiervan zijn het tal van camera's, *wifitrackers*, gps-sensoren en dataverzamelaars die op allerlei plaatsen, al dan niet gepast, ingezet worden om ‘sociale’ controle uit te oefenen.

Hoe gaat het verhaal dan verder?

Verhaeghe toont vervolgens hoe in de negentiende en twintigste eeuw de medische wetenschap steeds systematischer is geworden. De vooruitgang van de geneeskunde kan onder andere afgemeten worden aan het systematische ontdekken van ziekte-entiteiten, zoals bv. tuberculose. De psychiatrie en psychodiagnostiek wil hetzelfde kunnen doen. Psychiaters, psychologen en psychoanalisten zoals Sigmund Freud (1856-1939) en Kraepelin (1856-1926) passeren daarom de revue. Bij Foucault worden deze denkers amper besproken. Verhaeghe maakt daarom duidelijk dat beiden hun onderzoek en de methodiek naar uiteenlopende geestesziekten systematiseren door symptomen te catalogiseren en nieuwe vormen tot

‘behandeling’ (disciplinering, schuld, herstel) te ontwikkelen, ondanks Freud inzet op het subject van de patiënt en Kraepelin inzet op de natuurwetenschap waar nauwelijks ruimte is voor de patiënt als subject.

‘De ontwikkeling van een sluitend diagnostisch systeem moest de basis leggen voor een wetenschappelijke psychiatrie, zonder al die morele poespas en met écht medische behandelingen’. Pogingen om de psychiatrie een wetenschappelijk statuut te geven zijn onder andere de behandelingen aan de hand van pre-orbitale lobotomie, insulineshocktherapie en elektroshocktherapie. Alle drie zijn gericht op het brein. ‘Geen enkele van de methodes berust op duidelijke kennis (een diagnose van een ziekte-eenheid) of heeft medisch aantoonbare positieve effecten. Ze geven psychieters de overtuiging échte dokters te zijn die écht medisch te werk gaan in een écht ziekenhuis’, besluit Verhaeghe. ‘Alle drie hebben ze eenzelfde effect bij patiënten; Uit angst gedragen ze zich plots stukken beter. Ze zijn gedisciplineerd.’

Het werk *psychogenocide* (2015) van psychiater Erik Thys geeft weer hoe schrijnend of ‘duizelingwekkend’ de geschiedenis van de waanzin zich verder ontwikkelde. Naast de Holocaust met de vergassing van miljoenen joden was de behandeling of de uitmoording van geesteszieken een grote pijler tijdens het Naziregime (ca. 1933-1945). In oktober 1939 ondertekende Adolf Hitler een machtiging voor ‘de planmatige, industriële uitroeiing van psychiatrische patiënten en personen met een beperking’. De operatie kreeg de naam *Aktion T4*. T4 stond voor *Tiergartenstrasse 4*, het gebouw in Berlijn van waaruit de actie werd gedirigeerd. Tegen het einde van de oorlog zouden tussen 130.000 en 230.000 slachtoffers worden vergast, met een dodelijke injectie ingespoten of aan hun lot overgelaten. Er

zijn niet voldoende duidelijke rapporteringen over. De stelling van Thys is dat psychiatrische patiënten en personen met een beperking altijd behoren tot de meest kwetsbaren in de samenleving. Ook nu nog rust er op hen een maatschappelijk stigma; ook vandaag krijgen ze vaak geen menswaardige behandeling. Wetenschap bevat altijd een ideologische ondertoon. Wetenschappers, en in dit geval dus ook psychologen, psychiaters en psychodiagnostici, maken openlijke ethische, maatschappelijke en ideologische keuzes in het gebruik van concepten en labels.

Het pronkstuk van de hedendaagse diagnostiek: ‘DSM-5-labels’

Na de wereldoorlogen ontstond wat men sinds de jaren ‘60 ‘antipsychiatrie’ noemt. Foucault kunnen we zelf in deze periode situeren. De voorgewende wetenschappelijkheid van de toenmalige diagnostiek en behandelmethodes stelde nauwelijks iets voor en was te disciplinerend en moraliserend. Kortom, de psychodiagnostiek was te onbetrouwbaar. Als oplossing voor deze problemen werd eerder al door de *American Psychiatric Association* de *Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders* (1952) opgesteld, vanaf dan de standaard in de psychiatrische diagnostiek.² Niet het woord ‘ziekte’ (*illness*), maar ‘stoornis’ (*disorder*) staat centraal. Er ontbreekt namelijk voldoende bewijs voor de medische oorzaken.

De bedoeling van de DSM is meer eenheid te brengen in diagnoses: het is nodig om alle symptomen duidelijk te omschrijven, en precies te definiëren welke symptomen kunnen voorkomen bij een ziektebeeld, en hoeveel symptomen aanwezig dienen te zijn, voordat er gesproken kan

² Opnieuw is de tijdsweergave wat onduidelijk. Als in de jaren ‘60 ‘antipsychiatrie’ ontstaat, hoe kan de oplossing van de DSM dan in 1952 naar voren worden geschoven?

worden van een bepaald syndroom of ziektebeeld bij een patiënt. In 2013 verscheen reeds de vierde herwerking van dit werk. DSM-5 biedt een dimensionale benadering, al dan niet in combinatie met een categoriale benadering. Toch blijft de problematiek grotendeels dezelfde.

De DSM van de psychiatrie, zo zegt Verhaeghe in navolging van Foucault, is ontstaan vanuit de geschiedenis van machtsstrijd, waarbij sociale, economische, politieke of culturele criteria werden gebruikt om de afbakening tussen machteloos en machtig, normaal en abnormaal te trekken. De DSM bepaalt vormen van waanzin via een maximaal aantal opgeliijste gedragsuitingen waarvan er slechts een minimumaantal moeten voorkomen om iemand waanzinnig te noemen. Zo iets kan niet zonder een grote mate van onzekerheid of willekeur. Deze willekeur weerspiegelt de invloed van de macht op de waanzin. Het is geen toeval dat er amper inwendig lichamelijke beschrijvingen voorkomen in de ‘checklist’ van kenmerken.

Verhaeghe brengt zelf drie argumenten naar voren die aantonen dat de DSM onbetrouwbaar is: ten eerste, hoe bepaal je hoeveel symptomen je opneemt onder een diagnostisch label? Bijvoorbeeld welke horen tot angstervaringen of tot depressieve gevoelens, of allebei, en waarom? Ten tweede, op grond van welke beslissing kent een diagnosticus een label toe? Dat kan niet door de (biologisch-medische) oorzaak van de aandoening bloot te leggen, want daar hebben we het raden naar. Een standaardbeschrijving en checklist zijn niet voldoende, maar worden nu wel gehanteerd. Ten derde, wanneer beslist een diagnosticus dat een bepaald affect, gedrag of eigenschap te veel of te weinig optreedt? Het zijn drie probleempunten waar we het misschien nooit over eens zullen geraken. Kijk

naar de constante nood aan herziening van het werk.

Overal in het Westen groeit de kritiek op de toepassing van de DSM. Toch is het sinds 1 januari 2017 onmogelijk een behandeling te krijgen zonder diagnose via de DSM. Het *Nederlands instituut voor Psychologen* (NIP) zegt hierover: ‘De criteria zijn niet waardenvrij, maar vertegenwoordigen veeleer heersende normatieve maatschappelijke verwachtingen. Normatief, derhalve moreel.’

In het boekje van Verhaeghe valt eveneens het recente advies (juni 2019) van de *Belgische Hoge Gezondheidsraad* te lezen om de DSM-categorieën niet langer centraal te stellen in de zorgplanning en om de diagnostiek op andere gronden te baseren:

‘Op klinisch vlak geven de classificaties geen beeld van de symptomen, de zorgbehoeften en de prognose, omdat ze meestal onvoldoende valide, betrouwbaar en voorspellend zijn. Anderzijds beantwoorden ze niet aan de nieuwe opvattingen over gezondheid, wat gedefinieerd wordt als het vermogen om zich aan te passen, ondanks de ‘biopsychosociale’ obstakels. Het is echter nuttiger te begrijpen welke combinaties van factoren symptomen veroorzaken en in stand houden dan een categorie te identificeren. Een op (klinisch, persoonlijk en sociaal) herstel gebaseerde aanpak plaatst de symptomen beter in hun context en past interventies aan op basis van de waarden, affiniteiten en doelstellingen van de patiënten, in nauwe samenwerking met hen.’

Paul Verhaeghe besluit op harde wijze: ‘Tijd voor een *reality-check*: tot op heden kunnen we geen enkele psychiatrische stoornis teugvoeren naar een

ziekte-entiteit. Ik herhaal: geen enkele. Diagnoses berusten nog altijd op sociale normen en nattevingerwerk en zowel psychiatrische als psychotherapeutische behandelingen werken disciplinerend, wat bovendien wordt ontkend.’ Op de achtergrond van onze samenleving schemert het idee van maakbaarheid door, wat een stuk verder gaat dan disciplinering; jezelf beter maken is een morele plicht geworden. Je kan excelleren als je genoeg moeite doet. ‘Geluk’ en ‘normaliteit’ kan je leren.

Wie is er nu gek?

‘Ondanks de vele schoonheidsfouten doorprikt *geschiedenis van de waanzin* een aantal opvattingen over de psychiatrie en haar geschiedenis. Mensen werden niet ‘bevrijd’ van psychiatrische moeilijkheden vanaf de Verlichting. Psychiatrische stoornissen zijn niet altijd en overal dezelfde geweest. Een psychiater of therapeut is niet iemand wiens beroepspraktijk volledig op wetenschappelijk onderzoek berust. Er is eigenlijk geen wetenschappelijk onderbouwde diagnostiek ontstaan, en de in het Westen overal gebruikte *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) is niet betrouwbaar genoeg’, schrijft Verhaeghe. ‘In plaats daarvan leert de lectuur van Foucault dat waanzin vanaf de Verlichting in een moreel keurslijf werd geduwd, met uitsluiting van en schuldgevoel bij de patient tot gevolg. Elke maatschappij definieert niet alleen haar eigen afwijkingen, maar veroorzaakt ze vaak ook, omdat elke maatschappij de verhoudingen tussen haar leden dwingend en grotendeels ongemerkt oplegt vanuit het ‘vertoog’ (discours) en de bijhorende praktijken.’ Ten slotte stelt Verhaeghe dat de DSM-diagnostiek de belangrijkste psychiatrische diagnose van onze tijd niet vermeldt: ‘de ons opgelegde normaliteit’.

Met de woorden van Blaise Pascal ‘de mensen zijn zo noodzakelijk

gek, dat niet gek zijn allemaal maar zou betekenen: gek zijn volgens een ander soort waanzin. Die andere soort waanzin is de maatschappelijk verwachte normaliteit'. Het begrip 'normaliteit' lijkt na deze analyse een lege te doos te zijn. Je kunt er als je wil alles in stoppen, eigenlijk zit er niets in. Hetzelfde met waanzin. Je zou kunnen zeggen dat niemand volledig onder deze noemer valt. Het lijkt eerder te gaan om het gepaste (of functionele) te doen, op de juiste tijd en/of plaats. 'Normaal zijn' betekent dat we zo goed mogelijk beantwoorden aan de normen en verwachtingen van onze omgeving. Hoe beter we daarin slagen, des te normaler we ogen (...) op die manier creëert elke maatschappij haar eigen 'normale' identiteit, dat wil zeggen: individuen die beantwoorden aan de normen van die maatschappij. In dezelfde beweging creëert elke maatschappij ook haar eigen afwijkingen'. Afwijkingen bepalen wat waanzin is. Terwijl wil ieder van ons zich op zijn wijze een plaats wil vrijwaren in en tegen 'het systeem' of 'de norm'. Zijn we inderdaad dan niet allemaal een beetje gek?

Is er een uitweg uit deze trend?

Het is die conclusie die we ook steeds vaker moeten vaststellen in de actualiteit. Een zeer groot deel van de mensen komt ooit in contact met een psychische stoornis. Er worden steeds meer diagnoses vastgesteld van depressie, burn-out, bipolaire stoornis, psychoses, enzoverder. Er worden tot behandeling steeds vaker medicijnen voorgeschreven, omdat de oorzaak in het lichaam of de hersenen zou ontstaan. De sociale media staan er regelmatig vol van.

De uitweg is niet evident. De oplossing is niet noodzakelijk biomedisch, maar mogelijk sociaal van aard. Het gaat volgens Foucault en Verhaeghe om bewust te worden van de machtsprocessen die zich afspelen

tussen therapeut en patient, tussen de normen van de samenleving en de noden van het individu, om deze te kunnen doorbreken, zodat je een individu beschermt voor en tegen anderen, inclusief zichzelf. We moeten leren uit het verleden om deze vooronderstellingen en machtsverhoudingen veranderen.

Waanzin hoeft niet uitsluitend afgemeten te worden aan de functionaliteit of normen van de maatschappij. Waanzin hoeft niet negatief gedefinieerd te worden als (fysische) afwijkingen en defecten, of in termen van herstel of genezing. Alsof een ‘geesteszieke’ ooit ‘normaal’ moet worden. Iedereen heeft recht op onvoorwaardelijke zorg. Dat lijkt de terecht verdedigde stelling van Foucault en Verhaeghe. ‘Wat in de enige situatie werkt, kan in een andere contraproductief zijn’. Wat helpt zijn niet methoden of pillen, maar mensen. Een deel van ons heeft niet het geluk (gehad) en is opgegroeid bij ouder of in een samenleving die niet in staat was om helende antwoorden te bieden aan levensbepalende problematieken, vaak in een omgeving die meer afwijzend was dan iets anders. Zijn zij ziek? Is hun gestoorde gedrag en denken een gevolg van een nog niet onderkende biomedische aandoening? Daar is geen enkel bewijs voor’.

Een positieve bepaling van waanzin

Als morele wezens kunnen we ook een ‘positieve bepaling van waanzin’ hanteren. Hiervoor is het boeiend om de werken *schizofrenie: een filosofisch essay over waanzin* (2016) en *Hoe schizofrenie zich redt: Deleuze en Guattari in discussie met de psychoanalyse* (2019) van filosoof Paul Moyaert te lezen. De psychiatrie en psychoanalyse hanteren een negatieve bepaling van waanzin. In het spoor van de Franse filosofen Gilles

Deleuze en Felix Guattari verkent hij de waanzin vanuit eigen kracht, vanuit zijn vermogen zich te organiseren binnen het kader van de problematiek die waanzin zelf bestookt. Hij zoekt dus niet naar de oorzaak van de waanzin, maar concentreert zich op de vraag: wat is waanzin? Om die vraag te kunnen beantwoorden, grijpt Moyaert terug op het begrip drift bij Freud. Schizofrenie kun je het best begrijpen als een bijzondere driftproblematiek, waarin het niet zozeer gaat om de inhouden, maar om de intensiteit ervan. Franse filosofen Gilles Deleuze (1925-1995) en Félix Guattari (1930-1992) verwerpen deze eenzijdigheid. De waanzin is tot veel meer in staat, hij probeert zichzelf te redden en kan dus antwoorden op de problematiek die hem bestookt.

Op die manier kan je door de schizofreen te begrijpen vanuit deze problematiek de juiste zorg bieden, zonder de behandeling te richten op de herstelling of genezing van een ziekte. Het gaat er dan eerder om de schizofreen zichzelf te laten zijn en in de noden van deze persoon te voorzien, zodat deze zichzelf op eigen wijze kan uitdrukken. Je helpt een persoon door de eigen waanzinnige problematiek door deze te accepteren en te begrijpen. Zo ontstaat de ruimte en rust die mogelijk voor therapeut als patiënt nodig is. In dit opzicht is de kliniek ‘*de La borde*’ waar Guattari zelf heeft gewerkt een voorbeeld bij uitstek van ‘anti-psychiatrische therapie’.

De toren van Babylon

Om terug te keren naar onze problematiek: onze blik ten aanzien van geesteszieken, waanzinnigen, ‘abnormalen’, of simpel weg die ‘anders’ zijn, dringt zich ook aan in ons taalgebruik en bijhorende denken. Dezelfde omgang willen we eigenlijk terugzien bij de arts, psycholoog, psychiater en

psychoanalist; bij alle mensen. Geen disciplinering en afstomping vanuit machtsvertoon, geen verinnerlijking van schuld, maar erkenning en zorg op gelijke voet met aandacht voor de problematiek van de patiënt, of beter gezegd, ‘cliënt’ zelf.

Het woord ‘patiënt’ betekent zo iets als ‘diegene die lijdt’ en komt etymologisch gezien van het Latijnse ‘*patiens*’ of ‘*patior*’, wat zoveel betekent als ‘lijden of verdragen, dulden’. Het woord patiënt is daarmee in onze visie gedateerd, omdat het de connotatie heeft te betekenen dat de persoon behandeld moet worden door een arts. ‘Patient’ –en de specifieke wijze van ‘behandelen’– kan je dus enkel gebruiken bij medische letsels of ingrepen. Het gaat niet meer om ‘genezing’ of ‘herstel’ in de klassieke zin van deze woorden. Anders worden de waardigheid, integriteit, (mensen)rechten en de politieke correctheid ten aanzien van het individu mogelijk geschonden.

Wat zijn de alternatieven? Men kan bijvoorbeeld gaan spreken over ‘cliënt’. Mogelijke problemen van de term zijn dat deze term ook een zeer zakelijke relatie (koper en leverancier) kan inhouden. Cliënt vertaald dan namelijk richting ‘klant’ of ‘consument’; etymologisch betekent het zo iets als ‘een persoon onder de bescherming en patronaat van een ander’. Zo lijkt deze term toch ook niet helemaal geschikt. Echter in het dagdagelijkse leven en in de psychotherapie is deze connotatie niet zo sterk gepercipieerd.

Men spreekt tegenwoordig over ‘cliëntgerichte therapie’ naast psychoanalytische therapie, systeemtherapie en cognitieve gedragstherapie. Hier staat de beleving van de patient centraal. Een cliëntgerichte therapeut streeft naar een zo gelijkwaardig mogelijke relatie met de des betrokken persoon. Hij zal op een respectvolle en empathische

manier met deze persoon omgaan. De cliënt wordt gezien als deskundige bij uitstek ten aanzien van zijn eigen psychisch functioneren. De therapeut is ‘slechts’ een expert in de begeleiding. De oorsprong van dergelijke psychotherapieën ligt in de ‘cliëntgerichte psychotherapie’ en de humanistische psychologie, een beweging opgericht door psycholoog en psychotherapeut Carl R. Rogers (1902-1987).

Er zijn nog andere alternatieven: in de afgelopen decennia sprak men over slachtoffers, residenten, bewoners, revalidanten, verpleegden, enzoverder. Patiënten, cliënten, verpleegden of slachtoffers worden tegenwoordig regelmatiger onder de noemer ‘zorgvragers’ geplaatst. De artsen, verpleegkundigen, verzorgenden en andere (para)medici worden dan de ‘zorgverleners’ genoemd. Ziekenhuizen, verpleeghuizen en andere zorginstellingen worden ‘de zorgverstrekkers’ met een bepaald zorgaanbod, terwijl zorgverzekeraars en mutualiteiten in deze terminologie ‘zorgbemiddelaars’ zijn geworden. Deze ‘zorgtermen’ lijken mij de meest eerbiedige om met waanzin om te gaan.

Ook het begrip ‘zorg’ kan nog een problematische betekenis hebben. Het klinkt nog steeds alsof zorg een vorm van ‘bemoederen’ of ongezonde nood of afhankelijkheid impliceert. In de existentiële betekenis wordt het begrip ‘zorg’ daarentegen veel rijker. Zorg is een belangrijk en essentieel aspect van het menselijk bestaan. Dergelijke filosofie van de zorg werd uitgewerkt door de filosoof Martin Heidegger (1889-1976). In het werk *Sein und Zeit* (1927) maakt hij een filosofische analyse van het begrip ‘zorg’ (Sorge) en onderscheidt hij verschillende vormen van zorg, waaronder de voorzorg (Fürsorge), bezorgen (Besorgen) en (zelf)zorg (*[Selbst-]Sorge*). In navolging daarvan zal je ook een hele zorgethiek terugvinden bij filosofen

als Emmanuel Levinas (1906-1995). Zonder hier verder op in te gaan, wil ik slechts aangeven dat het interessant kan zijn vanuit hun terminologie over de zorg met de ‘zorgvragende’ om te gaan.

Om af te sluiten met een –enigszins provocatieve – zinspeling op de nieuwe betekenis van ‘behandelen’ zoals ik in deze tekst heb aangestipt, wil ik eindigen met een oude wijsheid (*De Gulden Regel*) in nieuw daglicht: ‘Behandel anderen zoals je door hen behandeld wilt worden’. We zijn toch niet gek?

Geraadpleegde literatuur

- **American Psychiatric Association**, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, vijfde editie, 2013, vertaald als *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)*, Amsterdam: Boom, 2014.
- **Brant Sebastian**, *Daß Narrenschyff ad Narragoniam*, vertaald als *Das Narrenschiff*, Basel, 1494, Createspace Independent Publishing Platform, 2016.
- **Erasmus Desiderius**, *Stultitiae laus*, 1511, vertaald als *Lof der Zotheid*, door Petronella Bange, Amsterdam: Boom, 2005.
- **Foucault Michel**, *Histoire de la Folie à l'Âge Classique*, Parijs: Editions Gallimard NRF, 1972, vertaald als *Geschiedenis van de Waanzin*, door C.H. Heering-Moorman, Amsterdam: Boom, 2013.
- **Heidegger Martin**, *Sein und Zeit*, Tübingen: M. Niemeyer Verlag, 1927, vertaald als *Zijn en Tijd*, door Mark Wildschut, Nijmegen: Sun, 1998.
- **Moyaert Paul**, *Schizofrenie: Een Filosofisch Essay over Waanzin*, Nijmegen: Vantilt, 2017.

–, *Hoe Schizofrenie zich Redt, Deleuze en Guattari in discussie met de psychoanalyse*, Nijmegen: Vantilt, 2019.

- **Pascal Blaise**, *Discours sur les passions de l'amour*, 1652, Parijs: Mille-et-Une-Nuits, 1998.
- **Thys Erik**, *Psychogenocide: Psychiatrie, kunst en massamoord onder de nazi's.*, Psychogenocide Antwerpen: Epo, 2015.
- **Verhaeghe Paul**, *Over Normaliteit en andere afwijkingen*, in *Nieuw Licht*, Amsterdam: Prometheus, 2019.

Hebt u opmerkingen, vragen, correcties of aanvullingen op deze tekst?

Dan mag u altijd contact met me opnemen via het e-mailadres:

SampsonPress@protonmail.com;

Of via mijn Academia-profiel: Jenske Sampson

<https://independent.academia.edu/JenskeSampson>