

## Hoofdstuk 12: Psychopathologie

### 1. Inleiding

In Hoofdstuk 3 bespraken we het probleem van lichaam en geest, met name hoe beide zich tot elkaar verhouden. De achterliggende vraag was hoe de ‘harde’ wetenschappen, zoals neurobiologie en fysica, zich verhouden tot de ‘zachte’ wetenschappen, zoals psychologie. Nu zijn er mensen die dagelijks met deze vraag (over de verhouding tussen lichaam en geest) worstelen: psychiaters. Vele praktiserende psychiaters nemen twee verschillende attitudes aan tegenover hun patiënten, vaak zelfs tijdens eenzelfde sessie. Aan de ene kant is er de ‘reductionistische’ attitude, waarbij de problemen van de patiënt (tenminste gedeeltelijk) herleid worden tot een ‘kortsluiting’ in de hersenen. Deze kortsluiting kan verholpen worden met behulp van psychofarmaca, zoals angstremmers of antidepressiva, of met behulp van meer invasieve behandelingstechnieken, zoals electro-convulsietherapie (ECT) of *Deep Brain Stimulation* (DBS). Aan de andere kant nemen psychiaters ook vaak een ‘niet-reductionistische’ attitude aan, waarbij niet de hersentoestanden van de patiënt, maar wel diens mentale toestanden centraal staan: verlangens, verwachtingen, herinneringen, enzovoort. Psychotherapeutische technieken dienen niet in de eerste plaats om de hersenen te beïnvloeden (ook al is dat een aantoonbaar ‘neveneffect’), maar wel om mentale toestanden te herstructureren, ‘bewust te maken’, enzovoort.

De vraag stelt zich dan hoe psychiaters denken over de relatie tussen hersentoestanden en mentale toestanden. Zij behandelen mensen met psychische stoornissen – een verzameling van stoornissen die ik in dit hoofdstuk vat onder de benaming ‘psychopathologie’. Maar wat is psychopathologie eigenlijk? Die vraag kan je herformuleren als: wat maakt een bepaald denkpatroon of gedragspatroon tot een psychische stoornis of een symptoom van een psychische stoornis? Of nog: waarom schuiven we bepaalde problemen door naar psychiaters en psychologen, eerder dan pastoors of hersenwetenschappers?

Die vraag kan je op twee manieren interpreteren. Enerzijds moeten psychiaters uitleggen waarin precies het verschil ligt tussen psychopathologie en ‘gewone’ levensproblemen. Een goed voorbeeld is het verschil tussen rouw en depressie. Rouw is een uiterst pijnlijke mentale toestand die allerlei treffende gelijkenissen vertoont met het ziektebeeld van een klinische depressie (in het Engels: *Major Depressive Disorder*). Niettemin beschouwen we rouw niet als ziekte – het is eerder een normale reactie op een ingrijpende tegenslag in het leven, zoals het verlies van een geliefde persoon. Een depressie kan optreden wanneer het rouwproces ontspoord. Maar op basis waarvan bepalen we of een normale reactie verstoord wordt? Anders

gezegd: hoe beslissen we over het verschil tussen ziekte en gezondheid? Anderzijds moeten psychiaters ook uitleggen waarin precies het verschil ligt tussen psychische stoornissen (psychopathologie) en niet-psychische stoornissen, zoals neurologische stoornissen of gewone medische aandoeningen. De vraag is dan niet zozeer hoe we ‘stoornis’ definiëren, maar wel hoe we ‘mentaal’ definiëren. Waarom noemen we geestesziekten ziekten van de *geest*, en niet van de *hersenen*?

In dit hoofdstuk concentreren we ons voornamelijk op de eerste vraag: wat maakt een toestand tot een stoornis? Daarbij hebben we echter vooral aandacht voor psychische stoornissen, eerder dan voor lichamelijke stoornissen. Het hoofdstuk begint met enkele voorbeelden, ter illustratie van de verschillende problemen die zich stellen. Vervolgens preciseer ik de onderzoeksvraag. En ten slotte geef ik drie antwoorden.

## **2. Enkele voorbeelden**

De vraag ‘Wat is psychopathologie?’ vormt de ruggegraat van de hedendaagse psychiatrie en de geschiedenis van de psychiatrie. Je kan deze geschiedenis op talloze manieren samenvatten, maar er zijn twee opvallende leidmotieven, die allebei te maken hebben met identiteit en afbakening. Aan de ene kant is de geschiedenis van de psychiatrie een geschiedenis van de worsteling van psychiaters en psychologen om hun vakgebied af te lijnen ten opzichte van andere benaderingen van levensproblemen, zoals morele, theologische of criminologische benaderingen. Aan de andere kant hebben psychiaters ook altijd geworsteld met de vraag hoe ze hun vakgebied op een min of meer principiële manier kunnen afbakenen van naburige wetenschappelijke disciplines, zoals de geneeskunde, de seksuologie en de neurologie.

Laten we beginnen met een voorbeeld van het eerste thema: hoe onderscheiden we ‘levensproblemen’ (en ‘normale toestanden’) van ‘stoornissen’? Het voorbeeld komt uit de tweede editie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, een belangrijk Amerikaans handboek van de psychiatrie (DSM). Deze editie werd gepubliceerd in 1968, en noopt ons tot een verrassende vaststelling: homoseksualiteit wordt vermeld in de lijst van seksuele afwijkingen, die een subcategorie vormen van de neurosen. Net als vele negentiende-eeuwse en vroeg-twintigste-eeuwse psychiaters beschouwde de Amerikaanse vereniging voor psychiaters homoseksualiteit als een stoornis. Door intensief lobbywerk van homoseksuele verenigingen en psychiaters verdween het in 1974 uit het handboek, na een referendum binnen de Amerikaanse vereniging voor psychiaters. Besepte men dan pas dat het fenomeen ‘homoseksualiteit’ eigenlijk niet in het door DSM gehanteerde concept van stoornis paste? Of

was er een wijziging in het concept in kwestie? Een antwoord op die vragen vind je in mijn boekje uit 2008, *Het Nut van Waanzin*.

Mijn punt is dat de discussie over de plaats van homoseksualiteit in DSM een goed voorbeeld is van een eerste interpretatie van de vraag ‘wat is psychopathologie?’ Je kan je immers afvragen waarom we homoseksualiteit als een stoornis zouden beschouwen, eerder dan als een ‘normale’ seksuele variant. Diezelfde vraag kan je ook stellen over de ‘andere’ seksuele afwijkingen, zoals voyeurisme en fetishisme. Waarom moeten we deze toestanden begrijpen als stoornissen, eerder dan ‘ongewone’ seksuele varianten? En waarom worden de andere seksuele afwijkingen (of parafilieën, zoals ze tegenwoordig genoemd worden) nog steeds als geestesziekten beschouwd? Pedofilie is een goed voorbeeld. Waarom is het seksueel misbruik van kinderen meer dan een criminele handeling? Waarom zijn pedofielen ‘geestesziek’, eerder dan ‘slecht’? En als we pedofilie een stoornis noemen, moeten we dan niet alle criminele handelingen pathologiseren? Die optie is niet zo vergezocht. Iemand die herhaaldelijk dingen ontvreemdt noemen we een kleptomane. En er gaan stemmen op om homofobie als een stoornis op te nemen in psychiatrische handboeken. Maar als homofobie een stoornis is, geldt dat dan ook niet voor racisme (of xenofobie)? Naast het feit dat de lijst van psychische stoornissen erg heterogeen lijkt, is er ook de vaststelling dat stoornissen van de ene dag op de andere van statuut kunnen veranderen. Homoseksualiteit is uiteraard een goed voorbeeld, maar het beste voorbeeld is wellicht ‘drapetomanie’ – een negentiende-eeuwse ziektecategorie die ontworpen werd om te begrijpen waarom sommige slaven de ziekelijke neiging hadden om hun meester te ontvluchten...

In dezelfde editie van DSM vinden we een goed voorbeeld van de tweede interpretatie van de vraag ‘wat is psychopathologie?’. Hoe onderscheiden we ‘psychische’ stoornissen van ‘neurologische’ stoornissen? Waarom vermeldt DSM-II een ziekte als neurosyfilis (categorie 292.0: *Psychosis with general paralysis*)? Neurosyfilis is de eindfase van een syfilis-infectie, waarin het hersenweefsel aangetast wordt door de syfilis-bacterie *Treponema pallidum*. De oorzaak van deze aandoening lijkt toch allesbehalve psychisch te zijn. Het gaat toch eigenlijk om de uitwassen van een bacteriële infectie? Bovendien zijn de symptomen deels van somatische aard: blindheid, incontinentie, stijfheid van de nek, spierzwakte, enzovoort. Er zijn echter ook ‘psychische’ symptomen: depressie, verwardheid, dementie, enzovoort. Het punt is: waarom staat neurosyfilis vermeld in een lijst van *psychische* stoornissen?<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Sommigen beweren dat Friedrich Nietzsche in de laatste tien jaren van zijn leven aan neurosyfilis zou hebben geleden. Syfilis is een seksueel overdraagbare aandoening die, althans in de eerste en tweede fase, vandaag door antibiotica kan worden genezen. Voor Nietzsche kwam de ontdekking van penicilline te laat. Hij stierf in 1900; de ontdekking van penicilline dateert van 1928. Tertiaire syfilis is overigens niet behandelbaar met antibiotica.

### 3. Een metafysische vraag

In hun boek *Philosophical Psychopathology* (1994, 3-4) merken George Graham en Lester Stephens op dat de term ‘psychopathologie’ op twee manieren gebruikt wordt in de filosofische en psychiatrische literatuur. ‘It is used to designate both mental disorders themselves (...) and also the subfield of medical practice and psychology that studies such disorders’. ‘Psychopathologie’ verwijst dus enerzijds naar de stoornissen die de psychiatrie bestudeert, en anderzijds naar de psychiatrie (en aanverwante disciplines) zelf. In wat volgt concentreer ik me op de eerste betekenis van het woord, en daarbij beschouw ik de termen ‘geestesziekte’, ‘psychopathologie’, ‘psychische stoornis’, ‘mentale stoornis’, en zelfs ‘psychiatrische stoornis’ en ‘psychiatrische aandoening’ als synoniemen.

De vraag ‘Wat is psychopathologie?’ is een van de meest populaire vragen in een filosofische subdiscipline die bekend staat als de filosofie van de psychiatrie. Filosofie van de psychiatrie is een van de vele takken van de wetenschapsfilosofie, zoals filosofie van de fysica, filosofie van de biologie, enzovoort. De discipline buigt zich over filosofische problemen in de psychiatrie. De filosofie van de psychiatrie bestrijkt een aantal subdomeinen, die je op verschillende manieren kan opdelen. Ten eerste is er een duidelijk verband tussen filosofie van de psychiatrie en de zogenaamde *philosophy of mind* – de angelsaksische of analytische filosofie van de geest (zie Hoofdstuk 3). In dit hoofdstuk zullen we vooral kennismaken met dit eerste subdomein. Ten tweede is er ook een uitgebreide literatuur over wetenschapsfilosofie en psychiatrie. Daarin worden vragen gesteld die gedeeltelijk ook in het eerste subdomein aan bod komen, maar de klemtoon ligt toch vooral op de wetenschappelijke waarde van de psychiatrie. Wat betekent het om een geestesziekte te verklaren? Hoe moeten we de relatie denken tussen de verschillende stromingen in de psychiatrie (psychoanalyse, biologische psychiatrie, anti-psychiatrie,...)? Zijn psychische stoornissen natuurlijke soorten (zie Hoofdstuk 8)? Ten derde en ten laatste tonen filosofen ook een interesse in ethische problemen in de psychiatrie. Men stelt dan vragen over de toerekeningsvatbaarheid van patiënten, over de impliciete waarden die psychiaters hanteren in het opstellen van ziekte-definities, en over de relatie tussen de geneesmiddelenindustrie en de psychiatrie.

De vraag ‘wat is psychopathologie?’ kan je nog verder opsplitsen in twee verschillende filosofische vragen. Je kan de vraag enerzijds als een *epistemologische* vraag behandelen. De vraag is dan: hoe weten we dat een bepaalde mentale toestand een ziekte of een geestesziekte is? Waaraan herkennen we een geestesziekte? Aan welke criteria moet een persoon voldoen om in aanmerking te komen voor deze of gene diagnose? Het antwoord op deze vragen vind je in een lijst met diagnostische criteria, zoals die bijvoorbeeld in DSM weergegeven wordt.

Anderzijds kan je de vraag ook als een *metafysische* vraag beschouwen. De vraag is dan: wat maakt een bepaalde toestand tot een geestesziekte? Wat is de eigen aard ('de natuur') van psychopathologie? Het antwoord op deze vraag is geen lijst met diagnostische criteria, maar een lijst met voldoende en noodzakelijke voorwaarden.

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

#### **4. Wat is een stoornis?**

Er zijn verschillende antwoorden op de metafysische vraag naar het concept van stoornis. Ik bespreek er drie. Volgens de Amerikaanse filosoof Jerome Wakefield moet een bepaalde toestand aan twee voorwaarden voldoen om een stoornis genoemd te worden. Deze twee voorwaarden zijn elk noodzakelijk en samen voldoende. De eerste voorwaarde is dat er sprake is van 'harm' – de patiënt of diens entourage moet de toestand (van de patiënt) in kwestie als pijnlijk of schadelijk (*harmful*) ervaren, ofwel voor de patiënt zelf, ofwel voor de buitenwereld. De tweede voorwaarde is dat er sprake is van een disfunctie van een (psychologisch) mechanisme dat zelf een product is van natuurlijke selectie. Alle (psychische) stoornissen zijn schadelijke disfuncties. Vandaar: de *harmful dysfunction analysis*.

Andere filosofen (en vooral wetenschappers) beweren dan weer dat er slechts één voorwaarde is waaraan een toestand moet voldoen om een (psychische) stoornis te zijn: het moet een hersenstoornis zijn. Alle psychische stoornissen zijn hersenstoornissen of hersendisfuncties. Vandaar: de *broken brain analysis*.

Nog andere filosofen beschouwen de twee voorgaande antwoorden als essentialistische antwoorden op de vraag 'wat is psychopathologie?', en beweren dat zulke antwoorden gedoemd zijn om te mislukken. Er zullen immers altijd toestanden zijn die niet voldoen aan de genoemde voorwaarden, en die toch bekend staan, in de volksmond of in een of andere relevante discipline, als stoornissen. Daarom stellen ze voor om het concept van psychopathologie op een heel andere manier te analyseren – een conceptuele analyse die schatplichtig is aan de filosoof Ludwig Wittgenstein, en meer bepaald diens prototypische analyse van taalspelen (zie Hoofdstuk 11). Vandaar: de *prototype resemblance analysis*.

(a) Wakefields *harmful dysfunction analysis*.

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

Over welke voorwaarden gaat het dan? De eerste voorwaarde is dat X schadelijk (‘harmful’) is voor de drager van X (het zieke individu), of als schadelijk beschouwd wordt door diens omgeving. Anders geformuleerd: de drager van X moet een zeker lijden vertonen. (Je kan ‘schadelijkheid’ op verschillende manieren interpreteren, maar dat doet nu even niet ter zake.) De tweede voorwaarde is dat X gebaseerd is op een biologische disfunctie (‘dysfunction’). Dat wil zeggen dat de natuurlijke functie van een orgaan of een mechanisme verstoord moet zijn – denk maar aan nieren die geen afvalstoffen meer verwerken, een hart dat niet regelmatig pompt, of modules die geen informatie meer kunnen verwerken. Wakefield begrijpt de term ‘disfunctie’ op een evolutionaire manier (er zijn ook andere definities van het functie-begrip, maar die zijn hier niet van tel). Wanneer een lichaamsorgaan of een mentale module niet meer functioneren, dan komt het reproductief succes van het individu in het gedrang. En reproductief succes wordt in de evolutiebiologie afgemeten aan het aantal levensvatbare nakomelingen dat iemand kan voortbrengen. In het geval van psychische stoornissen gaat het om disfuncties van psychologische mechanismen, zegt Wakefield. Zijn antwoord op de vraag ‘wat is psychopathologie’ luidt dus: ‘a harmful failure of a mental mechanism to perform a natural function for which it was designed by evolution’. Wakefield hoopt dat de evolutiepsychologie (zie Hoofdstuk 7) ons een lijst zal bezorgen van alle psychische mechanismen (of modules) waarmee natuurlijke selectie ons behept heeft. Die lijst kan ons helpen bij het opstellen van een lijst van (psychiatrische) ziektecategorieën.

Laten we Wakefields antwoord even illustreren met twee (van mijn favoriete) voorbeelden: depressie en homoseksualiteit.

1. *Depressie*. Depressie is al enkele jaren aan een heuse blitzkrieg bezig. De Westerse wereld lijkt zowaar geteisterd te worden door een epidemie van depressieve stoornissen – een evolutie die op het eerste gezicht moeilijk te rijmen valt met de toenemende professionalisering van de geestelijke gezondheidszorg, en de ontwikkeling van steeds nieuwe generaties van psychofarmaca. Een van de ijkpunten in het debat over de depressie-epidemie is *The Loss of*

*Sadness* (2007), waarin socioloog Allan Horwitz en filosoof Jerome Wakefield argumenteren dat de vermeende ‘epidemie’ van depressieve stoornissen een artefact is van de hedendaagse psychiatrische diagnostiek. In hun ogen is depressie wel degelijk een stoornis in de medische zin van het woord. Het probleem is dat de ziekte overgediagnosticeerd wordt. Dat wil zeggen: de diagnose ‘depressie’ wordt ook toegeschreven aan mensen wiens angst en neerslachtigheid een natuurlijke (en ‘gezonde’) reactie is op de onvermijdelijke tegenslagen in het leven (‘levensproblemen’). Daarmee gaan Horwitz en Wakefield lijnrecht in tegen diegenen die beweren dat depressieve stoornissen vandaag de dag vaker voorkomen dan vroeger, en dat de psychiatrie bovendien verfijndere technieken ontwikkeld heeft om zulke stoornissen te identificeren en te behandelen.

Maar even terug naar ons thema: waarom is een ‘echte’ depressie volgens Wakefield een goed voorbeeld van een psychische stoornis? Enerzijds is het duidelijk dat er sprake is van ‘schade’ – de eerste component van zijn analyse. Depressieve patiënten klagen over een gebrek aan eetlust, aan fut, aan levenslust tout court. Ze kunnen niet meer genieten, rumineren voortdurend over het verleden, en zien de toekomst donker en dreigend. Ze verwaarlozen zichzelf en hun familie, hun werk, en komen daarom vaak in een negatieve spiraal terecht, waarin het leven zelf door hun vingers dreigt te glippen. Patiënten ervaren hun eigen toestand als pijnlijk, en vragen meestal uitdrukkelijk om hulp, samen met hun naaste familie of vrienden. De harm-voorwaarde lijkt dus vervuld. Anderzijds is er in het geval van depressie ook sprake van een disfunctie van een geëvolueerd psychologisch mechanisme – Wakefields tweede voorwaarde. Sinds het einde van de jaren 1960 regent het namelijk evolutionaire verklaringen voor verdriet en neerslachtigheid (‘low mood’). Hoezo, hoor ik u vragen: hoe kan neerslachtigheid nuttig (adaptief) zijn? Evolutiepsychologen beweren inderdaad dat neerslachtigheid een nuttig psychologisch mechanisme is, al verschillen ze van mening over de aard van het voordeel. Sommigen beweren dat neerslachtigheid ons toestaat om verlies te aanvaarden en onderwerping te signaleren in een hiërarchische relatie; anderen menen dan weer dat neerslachtigheid ons in staat stelt om (onhaalbare) investeringen en doelstellingen opnieuw te evalueren; en nog anderen verkondigen dat neerslachtigheid een noodkreet is, een alarmsignaal dat anderen ertoe aanzet om hulp te bieden. De onderliggende gedachte is dat de menselijke geest niet ontworpen is om ons gelukkig te maken. De menselijke geest is een zakmes dat ons toestaat om allerlei adaptieve problemen op te lossen, en zo onze kansen te vergroten in het grote gevecht om te overleven en ons voort te planten. Natuurlijke selectie maalt niet om ons geluk; ze is enkel geïnteresseerd in het aantal nakomelingen dat we voortbrengen. Verdriet en angst zijn natuurlijk geen aangename gevoelens. Maar waren ze nooit nuttig geweest, dan zouden we ze nu waarschijnlijk ook niet kunnen ervaren. (Vergelijk negatieve emoties met de vervelende

verdedigingsmechanismen van het lichaam: overgeven, koorts, pijn, diarree, enzovoort. Hoogst vervelend, maar wel cruciaal om allerlei ziekmakers uit het lijf te weren.)

Hoe het ook zij, soms verliest neerslachtigheid haar nut, en daarin ligt precies het onderscheid tussen neerslachtigheid en depressie. Soms worden mensen neerslachtig zonder aanwijsbare oorzaak; soms blijft de neerslachtigheid hangen wanneer de oorzaak verdwenen is, en soms is de neerslachtigheid niet in verhouding tot die oorzaak. In zulke gevallen is neerslachtigheid niet langer functioneel, maar disfunctioneel. En wanneer deze disfunctie van neerslachtigheid schadelijk is voor het individu, dan spreken we over een depressie. Waarom is een depressie een stoornis? Omdat het een schadelijke disfunctie is. Het fenomeen ‘depressie’ lijkt inderdaad te voldoen aan de voorwaarden waarvan volgens Wakefield moet voldaan zijn om over een stoornis te spreken.

2. *Homoseksualiteit*. Ik geef ook een voorbeeld van een toestand die lange tijd wel als stoornis werd beschouwd, maar niet voldoet aan de voorwaarden van Wakefields analyse. Zoals ik daarnet al opmerkte werd homoseksualiteit pas in de jaren 1970 uit allerlei psychiatrische handboeken verwijderd. Wakefield speelde geen enkele rol in de debatten die daarrond gevoerd werden, maar zijn analyse kan ons wel helpen om te begrijpen waarom de toestand in kwestie niet thuishoort in een lijst van stoornissen.

Homoseksualiteit voldoet aan geen van de voorwaarden van Wakefields analyse. Ten eerste is er geen sprake van ‘harm’ – de grote meerderheid van de homoseksuelen had en heeft geen problemen met hun eigen seksuele voorkeur. En als ze hun voorkeur toch als schadelijk (of pijnlijk) ervaren, heeft dat meestal te maken met familiale of culturele verwachtingspatronen en afwijzende reacties van de buitenwereld. Er is ook geen sprake van schade aan derden, ook al zijn er nog steeds hardnekkige geruchten dat homoseksualiteit een besmettelijke ziekte is. Ten tweede is er ook geen sprake van een disfunctie. Conservatieve filosofen hebben getracht om homoseksualiteit alsnog als een ziekte te bestempelen door te argumenteren dat homoseksualiteit een verstoring is van de natuurlijke functie van seksualiteit, die er dan in zou bestaan zich voort te planten, of banden te smeden tussen man en vrouw. Die argumenten houden echter geen steek. Er is namelijk een uitgebreide en uitstekend gedocumenteerde evolutionaire literatuur over de vele functies van homoseksualiteit. Denk maar aan het smeden van strategische allianties (in gevechten), het bekrachtigen van vriendschappen en loyauteiten (‘diddling’), enzovoort. Homoseksualiteit is dus noch schadelijk, noch disfunctioneel. Daarom is homoseksualiteit volgens Wakefield geen stoornis.



Wakefields analyse is echter niet zonder beperkingen. Ik noem er een aantal. Om te beginnen zijn er een aantal voorbeelden van toestanden die bekend staan als psychische stoornissen, en die nochtans niet lijken te voldoen aan een van de twee voorwaarden in Wakefields analyse. Enerzijds zijn er een aantal psychopathologieën die niet gepaard lijken te gaan met schade. Ik geef een voorbeeld: sommige psychotische patiënten ervaren hun toestand zelf niet als schadelijk, en verzetten zich daarom hevig tegen een opname. Deze bedenking kan worden opgevangen door te stellen dat de schade ook kan beoordeeld worden door familieleden of vrienden, die een psychotische opstoot vaak wel als schadelijk ervaren voor het individu. Maar wat doen we dan met psychopaten en pedofielen? Sommigen onder hen lijden helemaal niet onder hun toestand – is er bij hen dan geen sprake van schade? Ook deze bedenking kan je opvangen door te ijveren voor een nog liberalere invulling van het concept ‘harm’, waarbij ‘harm’ niet enkel verwijst naar de schade die het individu lijdt, maar ook naar de schade die het individu toebrengt aan anderen. Sommige psychopaten en pedofielen lijden misschien zelf niet onder hun toestand, maar dat geldt uiteraard wel voor hun slachtoffers. En in die zin is wel voldaan aan deze voorwaarde. Maar wat dan met fetisjisme, bijvoorbeeld? Fetisjisme wordt in talloze psychiatrische handboeken als een stoornis gepresenteerd, terwijl het duidelijk is dat a) vele fetisjisten hun seksuele verlangens en handelingen niet als schadelijk beschouwen, en dat b) vele fetisjisten geen schade berokkenen aan anderen. Waarom is fetisjisme dan een stoornis? Anderzijds zijn er ook een aantal psychopathologieën die niet lijken te voldoen aan de tweede voorwaarde – de disfunctie-voorwaarde. Dyslexie is een goed voorbeeld. Wanneer we Wakefields analyse volgen moeten we concluderen dat dyslexie geen psychische stoornis is, want er lijkt geen sprake te zijn van een disfunctie. Welk geëvolueerd psychologisch mechanisme zou er immers disfunctioneren in het geval van dyslexie? Er bestaat toch niet zoiets als een ‘leesmodule’ of een ‘schrijfmodule’ – lezen en schrijven zijn immers evolutionaire nieuwigheden! Het zijn met andere woorden mentale vermogens die niet geëvolueerd zijn. (Bovendien voldoet dyslexie ook niet altijd aan Wakefields eerste voorwaarde: de toestand is namelijk enkel schadelijk in een cultuur die lezen en schrijven hoog in het vaandel voert, wat uiteraard niet van elke cultuur in het verleden kan gezegd worden.)

Ten slotte steunt Wakefields analyse in belangrijke mate op de verwachte resultaten van een controversiële wetenschap, met name de evolutiepsychologie. Om te bepalen of een toestand inderdaad een psychische stoornis is, moeten we nagaan of er sprake is van een disfunctie van een geëvolueerd psychologisch mechanisme. Maar dan moeten we eerst weten of het mechanisme in kwestie voorkomt in het lijstje van de evolutiepsychologen. En daar wringt het schoentje. Er is namelijk niet veel eensgezindheid over zo’n lijst. Anders gezegd: de resultaten van de evolutiepsychologie zijn voorlopig eerder pover, geeft Wakefield zelf toe: ‘Because of

the complexity of the inferences involved in judgments of dysfunction and *our relative ignorance about the evolution of mental functioning*, it is easy to arrive at differing judgments about mental dysfunction even on the basis of the same data (Wakefield 1992, 386, mijn cursivering).

(b) Andreasens *broken brain analysis*

Een tweede antwoord op de vraag ‘wat is psychopathologie’ zou je eveneens als een essentialistisch antwoord kunnen begrijpen, en geeft als voldoende en noodzakelijke voorwaarde dat X een geestesziekte is dan en slechts dan als X een uiting is van een verstoord brein. Anders gezegd: X is een geestesziekte dan en slechts dan als het een neurologische stoornis is. Geestesziekten zijn hersenstoornissen, zoals epilepsie en neurosyfilis. De Amerikaanse neuropsychiater Nancy Andreasen verdedigde deze stelling in een boek met de titel *The Broken Brain* – daarom noem ik deze analyse van het concept van psychopathologie de *broken brain analysis*<sup>2</sup>.

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

Het is u wellicht ook opgevallen dat deze zienswijze nauw aansluit bij een positie die we in Hoofdstuk 3 omschreven hebben als het reductionistisch fysicalisme. U herinnert zich nog dat aanhangers van deze theorie de stelling verdedigen dat wij ons brein zijn, dat wil zeggen dat we samenvallen met onze hersenen. Zij menen dat alles wat er te vertellen valt over iemand,

---

<sup>2</sup> Het werk van Andreasen (alsook het werk van sommige negentiende-eeuwse biologische psychiaters) wordt niet alleen voortgestuwd door wetenschappelijk onderzoek over de neurologische determinanten van psychische stoornissen, maar ook door morele motieven, zoals het bestrijden van de stigmatisering van psychiatrische patiënten. De stelling dat geestesziekten niets anders zijn dan hersenziekten, en bij uitbreiding niets anders dan medische ziekten, zou volgens Andreasen helpen om de negatieve attitudes tegenover psychiatrische patiënten weg te nemen. Zo zegt ze dat zulke patiënten het verdienen om behandeld te worden ‘as human beings who deserve as much sensitivity and love as people who suffer from cancer, muscular dystrophy, or heart disease’.

verteld is wanneer we diens brein uitputtend hebben beschreven. Aanhangers van de *broken brain analysis* menen dat het net zo is met geestesziekten. Het doel van de *broken brain analysis* is niet om psychologische benaderingen van psychopathologie aan te vullen, maar om ze, althans op lange termijn, overbodig te maken<sup>3</sup>.

De biologische psychiatrie is al meer dan honderd jaar een toekomstvisioen – een visioen waarin het onderscheid tussen neurologische en psychiatrische stoornissen is verdwenen. Al meer dan honderd jaar beweren sommige psychiaters dat het een onderscheid is dat gebaseerd is op onwetendheid over de ware aard van geestesziekten, en dat onvermijdelijk zal verbrokkelen naarmate de hersenwetenschappen dichter bij hun einddoel geraken. Als het waar is dat de ‘broken brain analysis’ schatplichtig is aan het reductionistisch fysicalisme in de *philosophy of mind*, dan is de analyse in kwestie ook kwetsbaar voor de talrijke filosofische objecties tegen deze zienswijze (zie Hoofdstuk 3). En als deze objecties geen indruk maken, dan kan men nog een ander probleem voorleggen: de BBA maakt komaf met het onderscheid tussen psychische stoornissen en hersenstoornissen (of neurologische stoornissen), maar dat onderscheid heeft, zoals eerder gezegd, ontzettend belangrijke implicaties voor verschillende actoren in de geestelijke gezondheidszorg.

Ik noem drie redenen waarom het belangrijk is om vast te houden aan het onderscheid tussen psychische stoornissen en hersenstoornissen. Ten eerste legitimeert het onderscheid het bestaansrecht van de psychiatrie zelf. Als psychiaters er niet in slagen om ‘hun’ geestesziekten af te bakenen van andere soorten van ziekten, dan schieten ze zichzelf in de voet. Ten tweede speelt het onderscheid tussen psychische stoornissen en hersenstoornissen een belangrijke rol in de manier waarop de patiënt in kwestie gepercipieerd wordt. Veel meer dan neurologische patiënten hebben psychiatrische patiënten te kampen met stigmatiseringsprocessen. Ten derde en te slotte speelt het onderscheid een belangrijke rol in onze wetgeving. In het strafwetboek geldt een psychische stoornis in sommige gevallen als een verzachtende omstandigheid. Wanneer geoordeeld wordt dat de beklagde lijdt aan ‘een geestesstoornis die het oordeelsvermogen of de controle over de daden teniet doet of ernstig aantast’, dan wordt hij of zij ontoerekeningsvatbaar verklaard.

---

<sup>3</sup> Bij mijn weten zijn er geen biologische psychiaters die een eliminativistische positie verdedigen. De grens tussen reductionistisch en eliminativistisch fysicalisme is eerder vaag. Het grote verschil tussen beide posities heeft te maken met hun waardering voor de niet-fysische wetenschappen, zoals de psychologie. Volgens eliminativisten is de psychologie hetzelfde lot beschoren als de flogiston-theorie over ontbranding – ze vormt een regelrechte belemmering voor het ‘echte werk’. Volgens reductionisten kan de psychologie tijdelijk nog een rol van betekenis spelen. ‘Verdringing’, zo zouden reductionistische fysicalisten zeggen, ‘is uiteindelijk niets anders dan een strikt neurofysiologisch proces. Maar dat betekent niet dat de term ‘verdringing’ opeens waardeloos wordt. Eliminativisten zouden van mening zijn dat de term ‘verdringing’ betekenisloos is.

Kortom: het onderscheid tussen psychische stoornissen en hersenstoornissen heeft belangrijke implicaties voor psychiaters, patiënten, en de wetgeving, en bij mijn weten zijn er weinig of geen biologische psychiaters die de gevolgen van hun intertheoretische reductie naar waarde schatten.

(c) *Grahams prototype resemblance analysis*

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

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

Vindt u dat allemaal nogal pessimistisch? Dan bent u wellicht blij met de volgende bedenkingen. Ten eerste is het zo dat er wel degelijk fenomenen zijn die wel op een essentialistische manier kunnen worden begrepen. Een goed voorbeeld van een fenomeen dat

wel gedefinieerd kan worden met behulp van een lijst van noodzakelijke en voldoende voorwaarden zijn de elementen in de tabel van Mendeljev. Elk van deze elementen heeft een vaste plaats in de tabel, die bepaald wordt door het precieze aantal protonen waaruit één enkel atoom van het element in kwestie bestaat (zie Hoofdstuk 9). Het element ‘goud’ (of ‘aurum’) kan je definiëren als een substantie waarvan elk afzonderlijk atoom samengesteld is uit precies 79 protonen. Niet meer of niet minder. En alle atomen waarvan kan aangetoond worden dat ze uit 79 protonen bestaan zijn goudatomen. Er is met andere woorden geen vergissing mogelijk. Het hebben van 79 protonen is de essentie, de uniek definiërende eigenschap van goud. Ze staat ons toe om goud te identificeren, en vervolgens te onderscheiden van andere elementen in de tabel. Je kan overigens een gelijkaardig argument opzetten in verband met menselijke bloedgroepen. Bloedgroepen (A, B, AB en O) laten ons toe om mensen op een eenduidige manier te groeperen op basis van een uniek definiërende eigenschap, met name hun bloedgroep. Een eenvoudige bloedtest wijst uit tot welke bloedgroep je behoort. Omdat goudatomen en mensen met een bepaalde bloedgroep een natuurlijke verzameling vormen, dat wil zeggen een verzameling van dingen die een natuurlijke essentie delen, noemt men goud en bloedgroepen natuurlijke soorten. In het Engels spreekt men over *natural kinds*.

Een tweede bedenking bij Wittgensteins kritiek op het essentialisme is dat ze niet hoeft te leiden tot volstrekte chaos in de psychiatrie. Volgens Wittgenstein is het namelijk zo dat sommige instanties van een fenomeen als prototype kunnen dienen. Prototypes zijn gevallen waarover de meeste betrokken partijen het eens zijn dat ze dat tot een bepaald fenomeen behoren. Een voorbeeld: het concept van spel. Wittgensteins opmerking dat er geen uniek definiërend kenmerk bestaat voor alle instanties van het concept van spel (voor alle spelen dus) hoeft niet tot wanhoop te leiden, want er bestaan minstens een aantal prototypische spelen – dingen waarover iedereen het eens is dat het spelen zijn. Monopoly bijvoorbeeld. Wie zou er durven beweren dat Monopoly geen spel is? Idem dito voor het concept van psychopathologie. Het is misschien onmogelijk om de essentie vast te leggen van het concept van psychopathologie, maar dat neemt niet weg dat bepaalde mentale toestanden duidelijk geestesziekten zijn. Er zijn bijvoorbeeld weinig psychiaters die durven beweren dat schizofrenie geen psychische stoornis is. Schizofrenie is met andere woorden een prototype van een geestesziekte. En zulke prototypes kunnen ons helpen om een aantal typische kenmerken te vinden van een bepaald concept. Daarover dadelijk meer.

Ten derde en ten laatste is het zo dat instanties van een fenomeen misschien geen unieke gemene deler hebben, maar wel allerlei verwantschappen. Wittgenstein sprak van ‘familiegelijkenissen’. Elke familie (in de ruime zin: geen kerngezin, maar een aantal generaties, met neven en nichten etc) kenmerkt zich door bepaalde eigenschappen – een

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

Grahams Wittgensteiniaanse antwoord op de vraag ‘wat is psychopathologie?’ heeft misschien een zekere aantrekkingskracht, maar het heeft ook enkele zwakheden. Ten eerste is het een vaag antwoord – ze laat ons niet toe om een strakke lijn te trekken tussen ziekte en gezondheid, of tussen psychische en neurologische stoornissen. Graham zou wellicht zeggen dat deze twee Wittgensteiniaanse verzamelingen (de verzameling van alle instanties van het concept van psychische stoornis, en de verzameling van alle instanties van het concept van neurologische stoornis) elkaar overlappen. Idem dito voor de grens tussen psychopathologie en levensproblemen, zoals rouw of faalangst. Het gebrek aan eenduidige criteria staat haaks op de ‘filosofie’ van de hedendaagse gezondheidszorg, waarin bijvoorbeeld enkel behandelingen voor psychische stoornissen worden terugbetaald, maar niet voor levensproblemen.

Ten tweede, en aansluitend bij het eerste bezwaar, kan de PRA misbruikt worden door allerlei lobby-groepen die een bepaalde mentale toestand willen laten herkennen als een psychopathologie. In de voorbije halve eeuw zijn er tal van fenomenen tot stoornissen gebombardeerd onder druk van actiegroepen. Een voorbeeld: in 1973 beslisten de leden van de American Psychiatric Association (APA), onder leiding van Robert Spitzer, dat homoseksualiteit officieel niet langer beschouwd werd als een geestesziekte (wat wel het geval was in DSM-II). Gelijkaardig lobbywerk en schimmige stemmingen zorgen ervoor dat ook andere ziektebeelden in het handboek opgenomen worden: *post traumatic stress disorder*,

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

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

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

1. *Universaliteit*. Een stoornis die aantoonbaar voorkomt in verschillende, geografisch verspreide gebieden, en misschien zelfs overal ter wereld, lijkt een goede kandidaat te zijn voor een prototypische psychische stoornis. Maar: waarom zouden alle prototypische stoornissen universeel moeten zijn? Denk even aan de geneeskunde: sikkel-cel anemie is een ziekte die voornamelijk voorkomt in gebieden rond de Middellandse Zee, en in specifieke regio's in Afrika. Nochtans zijn er goede redenen om aan te nemen dat sikkel-cel anemie een prototypische ziekte is (disfunctie van bloedcellen, mortaliteit, erfelijkheid,...), en er is in ieder

geval niemand die zal betwijfelen dat sikkel-cel anemie een ziekte is. We moeten ons hoeden voor de gedachte dat enkel universeel voorkomende stoornissen echte, prototypische stoornissen kunnen zijn. En een tweede bedenking bij Grahams criterium van universaliteit: sommige psychische stoornissen komen overal ter wereld voor omdat de Amerikaanse psychiatrie, meer bepaald de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, erin geslaagd is om haar ziektecategorieën te exporteren naar tal van niet-Westerse landen. Ik citeer even uit een working paper over dit thema (die verkrijgbaar is op aanvraag): ‘Some disorders may well be found throughout the world, but only because they were exported by American psychiatry to various non-Western societies. It has been argued, for example, that international pharmaceutical companies went to great lengths to introduce specific DSM disorder categories in Argentina, because the conditions at which their products were targeted were simply not being seen there. By sponsoring training events and distributing drug samples and key texts, they helped shape the way mental health professionals think about mental illnesses, and how patients experience such illnesses (Lakoff 2005). Similar accounts have been given of the marketing of depression in Japan (Applbaum 2006), and the sudden epidemic of anorexia nervosa in the 1990s in Hong Kong (Watters 2010)’.

2. *Frequentie*. Een stoornis die in verschillende landen, en volgens verschillende prevalentiestudies, vaker voorkomt dan andere stoornissen, lijkt ook een goede kandidaat. Maar ook bij dit criterium zijn er een aantal caveats. Ik noem er eentje. Sinds het begin van de 21<sup>ste</sup> eeuw spreekt men van een heuse depressie-epidemie in het Westen. Onze welvaart kan blijkbaar niet beletten dat maar liefst een kwart van de bevolking ten prooi valt aan depressie. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie zijn er wereldwijd niet minder dan 121 miljoen mensen klinisch depressief, en de voorspelling is dat depressie binnen twintig jaar naar de top klimt van het lijstje van doodsoorzaken bij de mens. Enkel hartziekten doen momenteel ‘beter’. De prevalentiecijfers van depressie zijn zonder meer duizelingwekkend, en weerspiegelen zich in de steeds stijgende verkoop van antidepressiva. In België vormen zulke geneesmiddelen de op een na grootste uitgavenpost van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV), en wereldwijd zijn maar liefst drie van de zeven best verkopende geneesmiddelen-opvoorschrift antidepressiva (Prozac, Paxil en Zoloft). Wat is er eigenlijk aan de hand? Een groeiend leger van critici betwijfelt dat de zogenaamde depressie-epidemie een reëel fenomeen is, en zoekt eerder naar antwoorden in het ontrafelen van de liaison dangereuse tussen psychiatrische diagnostiek en farmaceutische industrie. Depressie is trouwens niet de eerste epidemie van psychische stoornissen in het Westen. In de jaren vijftig van de vorige eeuw leed een groot deel van de Amerikaanse bevolking aan angststoornissen; enkele decennia later, aan



het eind van de jaren tachtig, werden de psychiatrische praktijken overspoeld door patiënten met stemmingsstoornissen. Historicus Edward Shorter merkt op: ‘Precies zoals een natie die onder angsten leed, zich door Valium had laten kalmeren, zo had het bestaan van een nieuw antidepressivum [Prozac] een ziektepatroon geschapen dat met dit medicijn behandeld kon worden’ (Shorter 1998, 345; zie ook Valenstein 1998). Als depressie al een prototypische psychische stoornis is, dan is het in ieder geval niet omwille van haar prevalentie-cijfers. Daarmee bedoel ik: de frequentie waarmee bepaalde stoornissen zich voordoen, kan ook een artefact zijn, geen natuurlijk feit.

## **5. Conclusie**