



Vrije Universiteit Brussel

Vrije Universiteit Brussel  
Faculteit der Letteren en Wijsbegeerte  
Studiegebied Wijsbegeerte en Moraalwetenschappen

Sven De Boeck

# **“Ik, autismespectrumstoornis?” Filosofische bespiegelingen over het stellen van en het leven met een psychiatrische diagnose**

---

Promotor: prof. dr. Marc Van den Bossche

---

*Proeve ingediend voor het behalen van de graad van Master in  
de Wijsbegeerte en Moraalwetenschappen, afstudeerrichting:  
Media, cultuur en politieke filosofie*

2014-2015



**“Me, autism spectrum disorder?” Philosophical reflections on diagnosing and living with a psychiatric condition.**

**“Ik, autismespectrumstoornis?” Filosofische bespiegelingen over het stellen van en het leven met een psychiatrische diagnose.**

## **Samenvatting**

Het idee voor deze masterproef is ontstaan uit het persoonlijke verhaal van de 22-jarige Emma. Emma kende een moeilijke jeugd en werd op haar achttiende gediagnosticeerd met een autismespectrumstoornis (ASS). In dit werk worden enkele problematieken in kaart gebracht die gepaard gaan met het krijgen van dergelijk etiket. Hoe is het om met een psychiatrische diagnose te leven? Hoe gaan gediagnosticeerden daar mee om? Wat zijn de gevolgen van het krijgen van zulke diagnoses? Welke fenomenen gaan hier zoal mee gepaard?

Zo zien we in het eerste hoofdstuk hoe Emma zich in haar pubertijd ‘anders’ voelt en ook door ‘anderen’ uitgesloten wordt. We proberen met de joods-Franse filosoof Emmanuel Levinas het concept van ‘de Ander’ beter te vatten en kijken onder meer naar diens voorwaarden om tot de ethische notie van ‘het goede’ te komen. Het begrip verantwoordelijkheid speelt hier een belangrijke rol in. Verder stellen we ook vast dat mensen die met een mentale stoornis leven (ASS) vaak uitsluitend gereduceerd worden tot hun psychiatrische diagnose (‘autist’). Dat Levinas een dergelijk denken verwerpelijk en totalitair vindt, wordt eveneens duidelijk.

Het tweede hoofdstuk begint met een fragment over Emma waaruit blijkt dat ze de wereld niet kan vatten. De joodse filosoof Martin Buber gaat daar in *Ik en Jij* (1923) dieper op in en schrijft op pöetisch-wijsgerige wijze over, onder andere, die relatie tussen mens en wereld. Uitweidingen hierover brengen ons bij de Amerikaanse film *The Truman Show* (1998). Ook de notie van wederkerigheid wordt met behulp van Buber besproken. We zien hoe zijn opwerpingen hieromtrent te rijmen vallen met Emma’s liefde voor kinderen en dieren.

In een volgend gedeelte worden de psychiatrische diagnoses in vraag gesteld. Het inleidende fragment van Emma toont ons wat er allemaal veranderde toen ze haar diagnose kreeg. Dat brengt ons ertoe om met een vergrootglas naar het (proces van) diagnosticeren te kijken. We bespreken onder andere het controversiële handboek *Diagnostic and Statistical Manual of*

*Mental Disorders* (DSM), het in de praktijk veelvuldig gebruikte instrument voor diagnose en statistiek van psychische aandoeningen. Eveneens kijken we naar de verschillende kritieken die klinisch psycholoog en psychoanalyticus Paul Verhaeghe op het handboek formuleert.

Dat laat ons toe om in een volgend gedeelte dieper in te gaan op het fenomeen van diagnosticeren en tevens op kritieken die de Nederlandse filosofen Gerrit Glas en Trudy Dehue daarop uiten. Enige duiding bij het begrippenpaar ‘ziekte’ en ‘gezondheid’ brengt ons bij een uiteenzetting over drie verschillende theorieën die aantonen dat we op vele wijzen naar het ziekteconcept kunnen kijken. Eén daarvan is het sociaal-constructivisme, een paradigma dat we iets nauwgezet met VUB-onderzoekster Jasmina Sermijn bespreken. In dat opzicht komt ook de Franse filosoof Michel Foucault kort aan bod met zijn ideeën over macht en discours.

Het lijkt er in het hedendaagse tijds kader sterk op dat steeds meer mensen met geestelijke gezondheidsproblemen kampen en/of ‘ziek zijn’. Daarom gaan we in het vijfde hoofdstuk op zoek naar enkele oorzaken van dit fenomeen. Auteurs als Dirk De Wachter en Ignaas Devisch brengen enkele bredere maatschappijkritieken in kaart. En omdat mensen die een diagnose hebben gekregen recht hebben op een behandeling, zoomen we even in op twee behandelingsvormen waar heel wat over te zeggen valt: medicatie en therapie.

Emma vertelt in het zesde hoofdstuk hoe jarenlange therapie haar beter heeft leren omgaan met haar psychische moeilijkheden. De medicatie die ze krijgt, speelt daar eveneens een rol in. Helaas blijkt ook dat de zoektocht naar gepersonaliseerde hulpverlening lang niet altijd vlot verloopt. Daarom worden in dit gedeelte verschillende stemmen gebundeld die enerzijds wantoestanden aanklagen, maar die anderzijds allerlei alternatieven, suggesties en voorstellen formuleren.

Omdat de geestelijke gezondheidssector nog met heel wat onrechtvaardigheden kampt, ronden we deze masterproef af met een filosofisch hoofdstuk over sociale rechtvaardigheid. We zien waarom de Amerikaanse filosofe Martha Nussbaum vindt dat een rechtvaardige samenleving niet opgevat kan worden in termen van wederkerig voordeel en leren dat mensen met stoornissen op veel manieren een maatschappelijke bijdrage kunnen leveren. Daarbij komen ook de Canadese filosoof Marshall McLuhan en diens zogenoemde ‘anti-omgevingen’ aan bod. Ten slotte zetten we Nussbaums vermogensbenadering kort uiteen, een theoretisch paradigma dat fundamentele sociale rechtvaardigheid poogt te theoretiseren.

Alle hoofdstukken samen doen ons finaal besluiten dat we steeds in het achterhoofd moeten houden dat psychiatrische diagnoses constructies zijn die niet uitsluitend onder invloed van de wetenschap in het leven geroepen zijn, maar ook door het heersende discours en allerlei machtsmechanismen. Het proces van diagnosticeren en de soms onvoorspelbare gevolgen daarvan, dienen continu in vraag gesteld te worden. Niet iedereen heeft even veel macht of invloed om zijn of haar stem te laten horen in het debat over de problematiek. Tegen alle stigmatiseringen en negatieve beeldvorming over mensen met een psychiatrische diagnose in, probeert deze masterproef op bescheiden wijze een luidere stem te geven aan, alsook een positiever verhaal te brengen over mensen met een mentale stoornis.

**“Me, autism spectrum disorder?” Philosophical reflections on diagnosing and living with a psychiatric condition.**

Author: Sven De Boeck

Vrije Universiteit Brussel

Supervisor: prof. dr. Marc Van den Bossche

2014-2015

**Abstract**

Relating to the personal story of the 22-year-old Emma, diagnosed with autism spectrum disorder, this master's thesis aims at exploring various problem areas associated with psychiatric diagnoses. Several interview excerpts are being exposed to the thoughts of philosophers such as Emmanuel Levinas and Martha Nussbaum, as well as to the issues raised by numerous psychologists, psychiatrists, scholars, and other experts. Evidence suggests that living with a psychiatric condition is a highly paradoxical phenomenon. On the one hand, it allows people to enjoy certain privileges such as specialized healthcare. On the other hand, they also experience significant repercussions such as stigmatization. Both the way people are diagnosed with a psychiatric condition and receive subsequent treatment are subject to contradictions.

**Psychiatric diagnoses – mental health(care) – medicalization – (psycho)therapy – stigmatization – discourse – power – social constructivism – social justice – madness – illness – sickness – otherness – normality – classification system – DSM**

## **Dankwoord**

Het document dat u in handen heeft, is het resultaat van een drie jaar lange studie Wijsbegeerte en Moraalwetenschappen die mij niet alleen onbegrensd leerde denken, maar mij ook fysiek grenzen liet overschrijden met een uitwisselingsjaar in Shanghai. Gedurende deze hele studie kwam ik in contact met uiteenlopende vakken, boeiende literatuur, uitstekende professoren, gemotiveerde studenten en geniale filosofische theorieën waarvan ik zonder deze opleiding nooit het bestaan had afgeweten. Daarom bedank ik graag het hele VUB-professorenkorps en specifiek mijn promotor Marc Van den Bossche, die mij heel wat auteurs en lectuur aanraadde en die mijn vragen steeds snel en duidelijk beantwoordde. Tijdens het lees- en schrijfproces zorgden vrienden en familie regelmatig voor de nodige ontspanning. Ook mijn vriendin Adina verdient een pluim. Zij motiveerde me en gaf me veel energie. Meer inhoudelijk heb ik veel te danken aan mijn medestudente Tania Moerenhout. Zij bood mij met de regelmaat van de klok leestips en las ook in de eindfase enorm enthousiast al het geleverde schrijfwerk na. Dat deed ook Hans Moyson, die eigenlijk het volledige proces van dichtbij heeft meegemaakt: van Brusselse bibliotheken tot een Italiaans dorpje en de Senegalese stad Saint-Louis. Onze oeverloze inhoudelijke discussies maar ook muggenzifterij over punten en komma's gaven deze masterproef mee vorm. Een masterproef die er trouwens nooit was geweest zonder Emma en haar warme familie, die mij steeds met open armen ontvingen. Niet alleen gaven zij gedetailleerd en moedig hun verhalen weer, ook vertrouwden ze mij blindelings tijdens de verwerking van alle informatie. Mijn eeuwige dank hiervoor.

# Inhoudsopgave

<b>SAMENVATTING</b>	<b>2</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>5</b>
<b>DANKWOORD</b>	<b>7</b>
<b>INHOUDSOPGAVE</b>	<b>8</b>
<b>INLEIDING</b>	<b>10</b>
<b>1. LEVINAS EN DE ANDER</b>	<b>17</b>
1.1. VOORWAARDEN VOOR HET GOEDE	18
1.2. OMGAAN-MET	25
1.3. MAATSCHAPPELIJKE ROLLEN	25
1.4. TOTALITAIRE REDUCTIES: KRITIEK OP DE WESTERSE FILOSOFIE	27
<b>2. BUBER EN DE WERELD</b>	<b>33</b>
2.1. DE WERELD VAN TRUMAN	34
2.2. AL-WEDERKERIGHEID: DIEREN EN KINDEREN	36
<b>3. EMMA EN DE DIAGNOSE</b>	<b>41</b>
3.1. VERSLAG PSYCHODIAGNOSTISCH ONDERZOEK	43
3.2. AUTISMESPECTRUMSTOORNIS VOLGENS DE DSM	45
3.3. DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS (DSM): EEN OVERZICHT VAN DE EVOLUTIE	49
3.4. DSM-KRITIEK MET PAUL VERHAEGHE	51
<b>4. ZIEK OF GEZOND?</b>	<b>58</b>
4.1. SCHERMER EN DE NATURALISTISCHE, NORMATIVISTISCHE EN SOCIAAL- CONSTRUCTIVISTISCHE THEORIE	59
4.2. JASMINA SERMIJN EN MICHEL FOUCAULT: DISCOURS EN MACHT	61
<b>5. IEDEREEN ZIEK? BEHANDELEN MAAR!</b>	<b>73</b>
5.1. BORDERLINETIJDEN	74
5.2. ZIEK VAN GEZONDHEID	78

<b>5.3. MEDICALISERING EN FARMACOLOGISERING</b>	<b>80</b>
<b>5.4. HET EINDE VAN DE PSYCHOTHERAPIE?</b>	<b>87</b>
<b><u>6. PIJNPUNTEN IN DE HULPVERLENING. HOE KAN HET BETER?</u></b>	<b><u>95</u></b>
<b>6.1. VERSCHUIVING IN HET VERTOOG EN NADRUK OP HET DIAGNOSTISCH PROCES</b>	<b>95</b>
<b>6.2. FAMILIEZORG, HECHTING, ZINGEVING</b>	<b>97</b>
<b>6.3. LEVINAS EN DE KLEINE GOEDHEID</b>	<b>100</b>
<b>6.4. WOUTER KUSTERS EN EEN POSITIEVE WAANZIN</b>	<b>101</b>
<b>6.5. EEN LUISTEREND OOR EN BEGRIP</b>	<b>105</b>
<b>6.6. EFFICIËNTE EN MENSELIJKE BIJSTAND</b>	<b>108</b>
<b><u>7. NUSSBAUM EN SOCIALE RECHTVAARDIGHEID</u></b>	<b><u>112</u></b>
<b>7.1. KRITIEK OP SOCIAALCONTRACTTHEORIEËN</b>	<b>113</b>
<b>7.2. ANTI-OMGEVINGEN</b>	<b>116</b>
<b>7.3. PROBLEMATIEK VAN WEDERKERIG VOORDEEL</b>	<b>119</b>
<b>7.4. CAPABILITIES APPROACH OF VERMOGENSBENADERING</b>	<b>120</b>
<b><u>SLOTWOORD</u></b>	<b><u>124</u></b>
<b><u>BIBLIOGRAFIE</u></b>	<b><u>129</u></b>
<b><u>BIJLAGEN</u></b>	<b><u>138</u></b>



## Inleiding

Ik herinner me het nog goed. Het was een stralende zomerdag aan het desolate Tunevannetmeer in Sarpsborg, een gemeente in de Noorse provincie Østfold. Tussen het lachen, lezen en leuteren door sloeg Nore plots in alle stilte aan het huilen. ‘ASS’, blokletterde het sms-bericht dat ze zopas van haar moeder Laura ontvangen had. Drie letters zouden het leven van een hele familie drastisch veranderen. Nore’s 18-jarige zus Emma was voortaan officieel bezegeld met een autismespectrumstoornis (ASS). Positieve noch negatieve gevoelens namen de bovenhand. Er doemden vooral veel vragen op.

Emma mocht zich dan wel vaak alleen, uniek en anders voelen, door het krijgen van het label werden haar problemen tastbaar. Opeens deelde ze een specifieke psychiatrische diagnose met een heleboel anderen. Zijn het lotgenoten? Gelijkgestemden? Misschien wel, maar gemakshalve worden ze ‘autisten’ genoemd. En zijn autisten ook niet diegenen die moeilijk buiten de hokjes kunnen kleuren en tijdens hun veelvuldige woede-uitbarstingen met het hoofd tegen de muur bonken? Het stigmatiseringsproces dat met het toekennen van psychiatrische diagnoses in gang gezet wordt, is slechts één ding. Gelukkig brengt zo’n diagnose ook heel wat fortuinlijke elementen met zich mee. Ze werd namelijk in het leven geroepen om mensen beter met hun psychische moeilijkheden te leren omgaan. Een diagnose gaat dan ook veelal gepaard met financiële en professionele hulp in de vorm van omkadering, therapie, begeleiding en – niet onbelangrijk – medicatie. Dit op het eerste gezicht paradoxale karakter van psychiatrische diagnoses wil ik in deze masterproef verder uitwerken.

Maatschappelijke voorbeelden over deze problematiek zijn legio. Nagenoeg dagelijks vinden we in allerlei media berichten over psychische aandoeningen, gaande van de recentste depressiecijfers tot ontluisterende onthullingen over mensonterende praktijken in de geestelijke gezondheidssector. Enkele maanden geleden kwam bijvoorbeeld aan het licht dat een meisje met psychische problemen wegens plaatsgebrek in een psychiatrische jeugdinstantie naar de spoedafdeling van een algemeen ziekenhuis werd gebracht. Omdat ze zich daar begon te verwonden, werd ze naar de jeugdrechtbank in Antwerpen gedeporteerd. De calvarietocht mondde uit in een overnachting in de politiecel.<sup>1</sup> Voor de 26-jarige Jonathan

---

<sup>1</sup> EM (2015). Meisje (17) met psychiatrische problemen in politiecel: “Onaanvaardbaar”. *De Morgen*, [online] 17 maart. <[http://www.demorgen.be/wetenschap/meisje-17-met-psychiatrische-problemen-in-politiecel-onaanvaardbaar-a2254635/?utm\\_source=demorgen&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=newsletter&utm\\_content=daily](http://www.demorgen.be/wetenschap/meisje-17-met-psychiatrische-problemen-in-politiecel-onaanvaardbaar-a2254635/?utm_source=demorgen&utm_medium=email&utm_campaign=newsletter&utm_content=daily)>

Jacob werd zo'n verblijf in een politiecel zelfs fataal. Vijf jaar geleden liet hij het leven na een extreem gewelddadige interventie van het Bijzonder Bijstandsteam – ook wel ‘de bottinekes’ genoemd.<sup>2</sup> Nederland heeft zijn Wim Maljaars, die in 2008 voortijdig stierf in de isoleercel van een psychiatrische instelling.<sup>3</sup>

Bovendien klopt een recordaantal jongeren aan voor crisishulp. In 2012 telde het agentschap Jongerenwelzijn 2752 aanmeldingen bij crisismeldpunten in de jeugdhulpsector. Dat aantal liep in 2014 op tot 5456, een verdubbeling. Bijna 800 jongeren kregen te horen dat er geen aanbod, bijvoorbeeld een bed, beschikbaar was voor hen en in de meeste gevallen (3707 aanmeldingen) blijft het bij een gesprek en een advies.<sup>4</sup> Op een tweede afspraak, waarmee de feitelijke psychische behandeling begint, moeten kinderen en jongeren gemiddeld 107 dagen wachten.<sup>5</sup> Lange wachtlijsten in de hulpverleningssector lijken dus eerder regel dan uitzondering. Mensen met mentale problemen die wél een voet tussen de deur van een zorginstelling krijgen, worden binnenshuis echter niet altijd respectvol behandeld. Therapeut Tom Verhaeghe hekelde onlangs nog de aanpak in het centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie Fioretti in Gent. De gevoelens en gedragingen van jongeren met verstandelijke beperkingen en psychische problemen worden er volgens hem onderdrukt met overheersingen, isolaties, en allerlei medicatie. Ook collega's uit de sector laken de repressieve werkwijze.<sup>6</sup>

---

[Geraadpleegd op 17 maart 2015].

<sup>2</sup> EVG, VHN (2015). Vier vragen. Start van proces over dood Jonathan Jacob. *De Standaard*, [online] 6 januari. <[http://www.standaard.be/cnt/dmf20150106\\_01459313](http://www.standaard.be/cnt/dmf20150106_01459313)> [Geraadpleegd op 14 mei 2015].

<sup>3</sup> Wouter Kusters zet in *Filosofie van de waanzin* (2014) het droevige verhaal van Wim Maljaars uiteen. De toon van het relaas wordt duidelijk aan de hand van het volgende fragment: “Het is een geluk bij een ongeluk dat Wim Maljaars’ dood na mijn eigen isoleeravontuur plaatsvond. In 2007 had ik zelfs in de diepste momenten van verwarring, wanhoop en waan een basisgevoel van vertrouwen en veiligheid, zelfs in de isoleercel. Als puntje bij het waanzinnige paaltje kwam, wist ik dat mijn cel in Nederland stond, dat in Nederland mensenrechten worden beschermd en dat, hoewel er miscommunicatie alom was, men mij wilde laten leven. Dit blijken achteraf waandenkeelden te zijn geweest. Blijkbaar ben je je leven in de isoleercel niet zeker.” (In: Kusters, W. (2014) *Filosofie van de waanzin*. Rotterdam: Lemniscaat, p. 471-481).

<sup>4</sup> Belga (2015). Recordaantal jongeren klopt aan voor crisishulp. *De Morgen*, [online] 25 mei.

<[http://www.demorgen.be/binnenland/recordaantal-jongeren-klopt-aan-voor-crisishulp-a2336431/?utm\\_source=demorgen&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=newsletter&utm\\_content=daily](http://www.demorgen.be/binnenland/recordaantal-jongeren-klopt-aan-voor-crisishulp-a2336431/?utm_source=demorgen&utm_medium=email&utm_campaign=newsletter&utm_content=daily)> [Geraadpleegd op 25 mei 2015].

<sup>5</sup> Belga/RR (2015). Jongeren wachten gemiddeld 107 dagen op psychische behandeling. *Knack*, [online] 24 juni 2015. <[http://www.knack.be/nieuws/gezondheid/jongeren-wachten-gemiddeld-107-dagen-op-psychische-behandeling/article-normal-581283.html?utm\\_source=Newsletter-25/06/2015&utm\\_medium=Email&utm\\_campaign=Newsletter-RNBGEZHNNL&M\\_BT=13334664167673](http://www.knack.be/nieuws/gezondheid/jongeren-wachten-gemiddeld-107-dagen-op-psychische-behandeling/article-normal-581283.html?utm_source=Newsletter-25/06/2015&utm_medium=Email&utm_campaign=Newsletter-RNBGEZHNNL&M_BT=13334664167673)> [Geraadpleegd op 24 juni 2015].

<sup>6</sup> Debusschere, B. (2015). Therapeut klaagt aan: Jeugdpsychiatrie bezorgt jongeren vaak méér trauma's. *De Morgen*, [online] <<http://www.demorgen.be/binnenland/therapeut-klaagt-aan-jeugdpsychiatrie-bezorgt-jongeren-vaak-meer-trauma-s-a2342773/>> [Geraadpleegd op 12 juli 2015].

Toch horen we in het maatschappelijk debat veelal de stem van wetenschappers, politici, medici, psychiaters en hulpverleners allerhande. De verhalen van gediagnosticeerden zelf komen in veel mindere mate aan bod, terwijl alles net om hen hoort te draaien. “Ze begrijpen er nog altijd niks van”, getuigt de 18-jarige Mirre in *De Morgen* (20/03/2015). Politici zien niet in dat psychiatrische patiënten prioriteit moeten zijn, mensen in de omgeving hebben geen begrip voor mentaal lijden en hulpverleners zetten een kind af bij de jeugdrechter, verduidelijkt ze. Zelf botsten Mirre en haar moeder in hun zoektocht naar hulp op wachttijden en gesloten deuren.<sup>7</sup> Het zal nog blijken dat dit verhaal overeenstemt met het persoonlijke relaas van Emma en haar familie, dat de directe aanleiding van dit schrijven vormt. Emma’s moeilijke jeugdijaren en pubertijd vóór het kennen van haar diagnose, de momenten volgend op het krijgen van het label en vervolgens het leven mét de autismespectrumstoornis: alle fases gingen gepaard met gevoelens van moedeloosheid maar ook hoop, woede en blijdschap, angst en zelfzekerheid. Ervaringsdeskundige Wouter Kusters, die tot tweemaal toe een psychotische periode doormaakte, vat het opzet van deze masterproef overigens mooi samen.

Van iemand die psychotisch is, wordt beweerd dat hij zich *niet* kan concentreren, zich *niet* kan oriënteren, *geen* normaal gesprek kan voeren en *geen* realiteitsbesef heeft. Vaak wordt de ‘sprong naar de positiviteit’ verder niet genomen. De psychoot wordt vastgepind op de kenmerken die hij niet heeft, en men wendt zich niet naar de positiviteit van de negatief omschreven toestand. De negatieve kenmerken worden slechts gebruikt om de psychoot te identificeren, en de vraag naar ‘hoe het is’ om niet-in-de-realiteit te leven, wordt niet gesteld.<sup>8</sup>

Hoe is het om met een psychiatrische diagnose te leven? Hoe gaan gediagnosticeerden daar mee om? Wat zijn de gevolgen van het krijgen van zulke labels? Welke fenomenen gaan hier zoal mee gepaard? Op dergelijke vragen willen we in deze masterproef een antwoord formuleren en daarom dienen ze tijdens het lezen van dit werk steeds in het achterhoofd gehouden te worden. Soms volgen er relatief eenvoudige antwoorden uit de inhoud, nu en dan brengt de materie ons weer wat verder weg. Duidelijk is dat de stem van Emma cruciaal is in dit werk. Het hele idee om met het thema van psychiatrische diagnoses aan de slag te gaan, is ontstaan uit haar persoonlijke verhaal. Mijn overtuiging is dan ook dat mensen die zo’n diagnose toegewezen kregen tegen te veel vooroordelen en stereotyperingen opboksen. Bovendien worden ze zelf te weinig gehoord en daarom verdienen ze een luidere stem in het

---

<sup>7</sup> Van Puymbroek (2015). Mirre (18): “Er is zo weinig begrip.” *De Morgen* [online] 20 maart. <<http://www.demorgen.be/lifestyle/mirre-18-er-is-zo-weinig-begrip-a2259122/>> [Geraadpleegd op 22 maart 2015].

<sup>8</sup> Kusters, W. (2014) *Filosofie van de waanzin*. Rotterdam: Lemniscaat, p. 413.

debat. Om dit duidelijk te maken, vertrekken de filosofische en psychologische reflecties over de bredere problematiek omtrent psychiatrische diagnoses waar mogelijk vanuit een persoonlijk fragment van Emma. De verschillende fragmenten zijn telkens gebaseerd op de gesprekken die ik met Emma voerde en de interviews die ik van haar afnam. In dat opzicht is het nog van belang om te benadrukken dat het niet de bedoeling is om een masterproef over Emma zelf en/of haar specifieke diagnose (ASS) te schrijven. Wel is het een meerwaarde om te vertrekken vanuit het verhaal van een ervaringsdeskundige zelf, aangezien dat ons allen beter in staat stelt om het ruimere probleemveld in kaart te brengen.

Er werd zoveel mogelijk getracht om chronologisch te werk te gaan. Zo wordt gaandeweg duidelijk waar Emma mee worstelt, wat ze over psychiatrische diagnoses denkt, hoe ze er mee omgaat en wat de gevolgen van het krijgen van de diagnose zoal zijn. Komen in het verhaal aan bod:

1. *Zich 'anders' voelen en door 'anderen' uitgesloten worden.* We doen in dit hoofdstuk een beroep op Emmanuel Levinas en zijn concept van de Ander.
2. *De wereld niet of moeilijk(er) kunnen vatten.* We zien hoe Martin Buber hier op mysterieuze wijze over schrijft.
3. *Een psychiatrische diagnose krijgen.* We kijken met Paul Verhaeghe naar de DSM, het controversiële handboek voor de diagnose en statistiek van psychische aandoeningen.
4. *Zich afvragen of men wel 'normaal' is.* Via Maartje Schermer staan we met Jasmina Sermijn stil bij het sociaal-constructivisme. Ook Michel Foucaults theorie over discours en macht duikt op. Verder bespreken we met nog andere auteurs enkele neveneffecten van classificatiesystemen.
5. *Het hedendaagse fenomeen dat iedereen ziek lijkt te zijn en dat therapie plaatsmaakt voor medicatie.* Komen hierbij aan bod: Dirk De Wachter, Ignaas Devisch en Paul Verhaeghe.
6. *De lange weg naar begrip en erkenning en andere pijnpunten in de geestelijke gezondheidszorg.* Psychologen, psychiaters, academici, filosofen en gediagnosticeerden maken duidelijk dat er nog veel werk aan de winkel is.
7. *Onrechtvaardige toestanden in de hulpverlening.* In het slothoofdstuk belichten we Martha Nussbaums praktische filosofie over sociale rechtvaardigheid.



Ik zat gevangen in mijn eigen wereld. Ontsnappen was geen optie,  
want ik hoorde niet thuis in de wereld van de anderen.



“Mama, ik zie het nut niet in van de dingen. Ik heb geen houvast en weet niet waarvoor ik leef.” Rond mijn dertiende, het begin van mijn pubertijd, kwamen zulke gedachten voor het eerst naar boven. Ik was héél gevoelig, zat vol twijfels en trok me veel aan van kleine dingen. Niet bijster vreemd, gezien de leeftijd en de moeilijke periode waar tieners zich vaak doorheen sleuren. Daarom werd me op het hart gedrukt dat ik me er geen zorgen over moest maken. Wie voelt er zich trouwens wel perfect in zijn vel in zo’n periode? “Ik voel mij ook zo, je hoeft er niets achter te zoeken”, stelden leeftijdsgenoten mij gerust. Het heeft het er allemaal niet gemakkelijker op gemaakt.

Twee jaar later versterkte mijn gevoeligheid nog. Ik moest van klas veranderen en kwam in een totaal nieuwe omgeving terecht. Aanpassen was erg moeilijk. Daarbovenop kwam nog dat er onder klas- en leeftijdsgenoten een enorme groepsdruk heerste. Ik voelde die wel, maar in tegenstelling tot anderen gaf ik er niet aan toe. Dat was onmogelijk voor mij, het was alsof ik tegen mezelf moest liegen. Ik moest mezelf blijven. Wie was ik trouwens? Ik was voornamelijk bezig met het ontdekken van mezelf. Ik lag in de knoop, was angstig en zette me af tegen alles en iedereen. Maar ik kon niet echt zijn wie ik wou zijn omdat ik aanvoelde dat de mensen die dat toch probeerden volledig werden buitengesloten.

Ik ben altijd iets creatiever, speelser en ruimdenkender geweest dan mijn leeftijdsgenoten in het middelbaar en was dan ook blij toen een gelijkgestemd meisje de klas verhoogde. Na verloop van tijd merkten we dat we wat scheef bekeken werden. We hoorden dat er over ons geroddeld werd. Ik trok me dat heel hard aan en durfde niets meer zeggen of doen. Het voelde aan alsof ik me in een mijneveld bevond, waarin alles wat ik zei of deed voor een explosie kon zorgen. Ik voelde me heel eenzaam en had niemand waarbij ik mezelf kon zijn, terwijl ik daar zo naar verlangde.

Als ik me bijvoorbeeld in bepaalde kleren comfortabel voel, dan draag ik ze vaak. Daar werd ik om de een of andere reden voor gepest. Ik was een makkelijke prooi en dacht ook anders dan mijn klasgenoten. Niet dat ik me beter voelde, maar ik kon me totaal niet in hen verplaatsen. Er waren geen raakpunten. De sociale uitsluiting en pesterijen die daaruit volgden, deden natuurlijk niet veel goeds aan de situatie.

Enkele maanden voor het einde van het zesde middelbaar had ik er genoeg van. Ik ging niet meer naar school. De eerste tekenen van depressie zijn toen naar boven gekomen. Ik zat maanden thuis, geïsoleerd en bang van de wereld. Bang van leeftijdsgenoten die me altijd

hebben buitengesloten. Ik zat gevangen in mijn eigen wereld. Ontsnappen was geen optie, want ik hoorde niet thuis in de wereld van de anderen. Ik wou er niets mee te maken hebben. Toch beet ik door en legde ik mijn examens af. Na enkele onderzoeken kreeg ik, uitgerekend op de dag van mijn diploma-uitreiking, te horen dat ik met een autismespectrumstoornis (ASS) was gediagnosticeerd. Plots was ik twee diploma's rijker!

## 1. Levinas en de Ander

Het relaas van Emma bevat talrijke elementen die in deze masterproef uitvoerig en minder uitvoerig aan bod zullen komen. Centraal in bovenstaand fragment staat echter de notie van andersheid. Emma voelt zich anders en wordt anders bekeken. Dat heeft heel wat consequenties. Vooraleer we enkele belangrijke gevolgen van haar – en bij uitbreiding hét – anders-zijn belichten, duiken we in de cryptische en enigszins ingewikkelde, doch immer actuele filosofie van de joods-Franse filosoof Emmanuel Levinas (1906-1995). Die geeft ons namelijk enige duiding bij het moeilijk te vatten concept van ‘de Ander’ – expliciet met een hoofdletter aangeduid. Voor de uiteenzetting van deze mooie filosofie doen we voornamelijk een beroep op secundaire bronnen.

Zo bespreekt de Nederlander Jan Keij in *Eenvoudig gezegd: Levinas. Een nieuwe blik op mens en wereld* (1993) de verschillende onderwerpen die bij Emmanuel Levinas aan bod komen. Die zijn zeer uiteenlopend: vruchtbaarheid, erotiek, lijden, de dood, genieten... In die smeltkroes aan thema's, vinden we echter steeds een constante terug: de vraag naar verantwoordelijkheid<sup>9</sup>. Zoals eerder vermeld, spits ik me in deze masterproef onder andere toe op het concept ‘andersheid’ en daarom is het wenselijk om Levinas' denken over de Ander te belichten. Om te kunnen achterhalen waardoor Levinas beïnvloed werd, is het evenwel een meerwaarde om kort naar zijn levensloop te kijken.

Geconfronteerd met het Duitse oorlogsgeweld vlucht de achtjarige Emmanuel Levinas in 1914 met zijn gezin van Litouwen naar Oekraïne. Negen jaar later trekt de bijna volwassen Levinas naar Straatsburg, waar hij filosofie gaat studeren. Hij raakt geboeid door Edmund Husserl (1859-1938) en diens fenomenologie, een wijsgerige stroming die nauwlettend en zonder natuurwetenschappelijke vooroordelen verschijnselen – ‘fenomenen’ – van de meest uiteenlopende aard beschrijft<sup>10</sup>. Enkele jaren later dient Levinas succesvol zijn proefschrift over Husserl in, waarna hij de Franse nationaliteit aanneemt. Zijn leven neemt echter een abrupte wending wanneer hij in 1939 gemobiliseerd wordt en een jaar later in Duits krijgsgevangenschap terechtkomt. Ondertussen wordt bijna zijn voltallige familie uitgemoord. Hiermee heeft de diep geraakte Levinas de ineenstorting van de moraal en de beschaving aan den lijve ondervonden. De pijn die hij voelt, weerspiegelt zich in zijn werk. Zo publiceert hij

---

<sup>9</sup> Keij, J. (1993). *Eenvoudig gezegd: Levinas. Een nieuwe blik op mens en wereld*. Kampen: Kok Agora, p. 19.

<sup>10</sup> Willemsen, H. (1992). *Woordenboek filosofie*. Assen: Van Gorcum & Comp. B.V., p. 152-153.



in 1936, wanneer Hitler al drie jaar aan de macht is, het artikel *De ontsnapping*. In die tekst bekritiseert Levinas het westerse denken, dat de werkelijkheid zou reduceren tot een totaliteit en bijgevolg ook totalitair is. Het 'ik' is het uitgangspunt en precies daaraan wil Levinas *ontsnappen*. Vijfentwintig jaar later wordt Levinas' magnum opus gepubliceerd. *De totaliteit en het Oneindige* (1961) borduurt verder op zijn eerdere artikel *De ontsnapping* en vertrekt niet meer vanuit het 'ik', maar vanuit 'de Ander'.<sup>11</sup>

### 1.1. Voorwaarden voor het goede

Hoe kunnen wij verantwoordelijk zijn? Dat is de centrale vraag die doorheen het werk van Levinas schemert. Het vraagstuk behelst het domein van de ethiek. Vandaar dat Jan Keij zijn uiteenzetting over de joods-Franse filosoof begint met de stelling dat ethisch handelen in de diepste zin het goede is. Om dat goede mogelijk te maken, moet aan een aantal voorwaarden worden voldaan. Hieronder een toelichting over de onderscheiden noodzakelijke voorwaarden<sup>12</sup>. Al snel zal duidelijk worden hoe we bij het concept van de Ander terechtkomen.

De eerste voorwaarde is **meervoudigheid of pluralisme**. Dat betekent voor Levinas dat er meerdere mensen of subjecten zijn. Goedheid als verantwoordelijkheid veronderstelt immers een relatie met een ander waarop ik mijn zorg kan richten. Dat maakt van het goede ook een relatiebegrip. Door verantwoordelijk te zijn, erken ik het bestaan van iemand buiten mijzelf. Iemand die anders is dan mijzelf, want ik heb een eigen zelfstandigheid en identiteit. Deze **onafhankelijkheid of vrijheid**, een tweede voorwaarde, biedt de mogelijkheid te kunnen ontsnappen aan het volledig bepaald-zijn – denk aan Levinas' verwijt over het totalitarisme van het westerse denken. Hier botsen we echter op een probleem. Hoe kan ik, als ik totaal onafhankelijk ben, in relatie staan met een ander? De voorwaarde van **afhankelijkheid of onvrijheid** geeft hier een antwoord op. De egoïstische, natuurlijke neiging van gerichtheid op onszelf zal plaats moeten ruimen voor een zekere onvrijheid, wil het goede bereikt worden. Lijden is een voorbeeld van een afhankelijkheid die ons in staat stelt om voor anderen te zorgen en bijgevolg in relatie met iemand te staan. Een andere voorwaarde is **ethische gevoeligheid**. Mis ik dit, dan heerst de onverschilligheid. Net omdat ik moreel geraakt kan worden, is het mogelijk dat mijn voor-mijzelf-zijn verstoord wordt, waardoor ik mij

---

<sup>11</sup> Keij, J. (1993). *Op. Cit.*, p. 16-18.

<sup>12</sup> IDEM, p. 20-25.

betrokken voel. In sommige gevallen<sup>13</sup> moet ik echter afwegingen, vergelijkingen en keuzes maken om verantwoordelijk te kunnen zijn. Daarom is de vijfde en laatste voorwaarde voor het goede **rechtvaardigheid**, waarover in het slotstuk van deze masterproef meer.

Voorwaarden als meervoudigheid of pluralisme en afhankelijkheid of onvrijheid duiden op het belang van onze relatie met anderen en zijn volgens Levinas essentieel om tot het goede te komen. Eén van hen ontberen, zou ethisch handelen onmogelijk maken. Plaatsen we het verhaal van Emma weer op de voorgrond, dan duiken er talrijke vragen op. Zo lijkt het er vooreerst op dat er wel aan een voorwaarde als meervoudigheid en het daarbij horende bevestigen van het bestaan van ‘een ander’ werd voldaan – de klas- en leeftijdsgenoten erkenden Emma’s andersheid maar al te goed en vergrootten die zelfs uit. Echter, de sociale uitsluiting die ze aan den lijve ondervond, was eerder het gevolg van onverantwoord en onethisch gedrag van sommige van Emma’s klas- en leeftijdsgenoten. Misten de uitsluiters misschien ethische gevoeligheid? Kunnen adolescenten – op zoek naar hun identiteit – überhaupt verantwoordelijk gesteld worden voor pest- en uitsluitingsgedrag? Indien ja, in welke mate? Zijn ze even verantwoordelijk als de 40-jarige marketeer die spot met zijn collega die met een burn-out gediagnosticeerd is? En hoe verantwoordelijk kunnen werknemers gesteld worden wanneer hun daden meer weg hebben van brutaal pestgedrag, met een dodelijke afloop als gevolg, zoals we een vijftal jaar geleden nog vernamen in de media?<sup>14</sup>

Een nieuwe paradox verdient hier enige toelichting. De zoektocht van Levinas naar verantwoordelijkheid bracht ons reeds bij de begrippen vrijheid en onvrijheid. Over eerstgenoemde, vrijheid of onafhankelijkheid, stelt de wijsgeer dat ze ons egoïstisch maakt, een term die doorgaans negatief gepercipieerd wordt. Met Levinas in het achterhoofd moeten we dit echter nuanceren. Bijvoorbeeld: ik voel me goed, kan alles alleen en denk niemand nodig te hebben. Precies daarom voel ik de drang ook niet om Emma in de groep op te nemen. Anderzijds, zo gaat Levinas verder, is het goede pas goed wanneer ik mijn ethische inzet eerst betaal met het opgeven van mijn eigenliefde<sup>15</sup>. Ik schuif mijn stoere ego naar de achtergrond en neem Emma hoe dan ook op in de groep – terwijl ze misschien liever haar vrienden zelf

---

<sup>13</sup> Levinas geeft het voorbeeld van een fietser die een man ziet verdrinken. In dit geval zou het kunnen gaan om vijf mensen die de verdrinkingsdood tegemoetzien. Wie red ik en op basis waarvan maak ik deze keuze?

<sup>14</sup> VRT (2010). 25 verdachten voor brutaal pesten op het werk. *Deredactie.be*, [online] 18 november. <<http://deredactie.be/cm/vrtnieuws/binnenland/1.907881>> [Geraadpleegd op 2 juli 2015].

<sup>15</sup> Keij, J. (1993). *Op. Cit.*, p. 23-24.

kiest en/of graag wat meer tijd alleen doorbrengt. Dit mechanisme, waarbij twee tegengestelde gegevens complementair zijn, noemt Levinas een positief egoïsme<sup>16</sup> omdat het tot verantwoordelijkheid leidt<sup>17</sup>.

De egoïstische mens is echter niet meteen in staat tot kritische reflectie. Eerst dient het naïeve egoïsme afgeremd te worden. Dat kan door een confrontatie met een ander, die in een ethisch appel de spontaniteit tot stilstand kan brengen en de mogelijkheid of het vermogen tot reflectie aanwakkert.<sup>18</sup> Typerend voor zo'n confrontatie is de ontvankelijkheid voor morele kritiek.<sup>19</sup> Denk aan de smakkende man die het schaamrood op de wangen krijgt wanneer de liftdeuren onverwacht openen, waarna we plots oog in oog met elkaar staan. Door het zakje paprikachips netjes in zijn aktetas weg te stoppen drukt de ander – in dit geval: de man in de lift – niet alleen de ontvangst van een ethische boodschap uit, hij antwoordt ook, waardoor hij zijn eigen genieten opgeeft en meteen voorbij gaat aan de onverschilligheid.<sup>20</sup> Een ander voorbeeld: stel dat Emma in de klas een t-shirt had gedragen met het opschrift 'Ik word uitgesloten', dan zouden sommigen zich daar zeker door aangesproken hebben gevoeld, met kritische reflectie als gevolg. We kunnen echter het denkvermogen ook in dienst stellen van het egoïsme. Het denken wordt zo afgeschermd en egoïsme krijgt bijgevolg een negatieve betekenis.<sup>21</sup> Het loopt uit de hand en mondt uit in bijvoorbeeld verdrukking en benadeling. De uitsluiting waar Emma mee geconfronteerd werd, past eveneens in dit rijtje. Wat aanvankelijk een voorwaarde is voor ethisch handelen, kan zich er dus ook tegen keren. Scherper gesteld, kan de tendens tot het kwade verklaard worden vanuit de mogelijkheid van het goede.<sup>22</sup>

Wederom wordt duidelijk hoezeer Levinas' werk doordrongen is van tegenstrijdigheden. Dit valt opnieuw te rijmen met zijn afkeer voor een totalitair denken. Kiezen we voor een logisch mensbeeld en maken we de keuze tussen vrijheid of onvrijheid, dan botsen we tegen de muren van de ervaringswereld, oppert hij. Een *dubbelwaardige* mens die zowel vrij als onvrij is, vindt de joods-Franse wijsgeer een beter alternatief.<sup>23</sup> Deze visie binnen het filosofische

---

<sup>16</sup> Levinas zelf gaat verder op het voorbeeld van de verdrinking. Door mijn egoïsme – ik leef graag en wil niet verdrinken, dus een ander zal daar ook wel zo over denken – begrijp ik dat ik de drenkeling een plezier doe door hem op het droge te halen. (In: Keij, J. (1993). *Op. Cit.*, p. 56.)

<sup>17</sup> Keij, J. (1993). *Op. Cit.*, p. 22-23.

<sup>18</sup> IDEM, p. 57-58.

<sup>19</sup> IDEM, p. 61.

<sup>20</sup> IDEM, p. 62-63.

<sup>21</sup> IDEM, p. 58.

<sup>22</sup> IDEM, p. 26-27.

<sup>23</sup> IDEM, p. 28.

denken duiden, is een masterproef op zich waard, maar dat neemt niet weg dat we ons – met alle risico's van dien – aan een korte toelichting kunnen wagen.

Net als Levinas' leermeester Edmund Husserl, verdedigen ook filosofen als René Descartes (1596-1650) of Jean-Paul Sartre (1905-1980) de absolute vrijheid. Kiezen voor onvrijheid, zoals Friedrich Nietzsche (1844-1900) doet, verwerpt Levinas evenzeer. In de vorige eeuw zochten denkers als Martin Heidegger (1889-1976) en Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) naar kruisbestuivingen, maar ook hun inzichten worden door Levinas bekritiseerd. Een vermenging van beide is enkel mogelijk als het vrije deel de onvrijheid in zich opneemt. Dergelijke versmelting zou dan wijzen op een afhankelijkheid in een onafhankelijkheid. De vrijheid moet met andere woorden al gemengd zijn om gemengd te kunnen worden. Daarom kiest Levinas voor een vierde weg: hij plaatst de absolute vrijheid *naast* de absolute onvrijheid. Geen van beide maakt aanspraak op het eerstgeboorterecht en daarom is de mens doordrongen van de ambivalentie. Ik ben afhankelijk omdat ik slechts uit een bepaald aantal alternatieven kan kiezen – een diploma filosofie biedt mij hopelijk *enkele* jobperspectieven – maar tegelijkertijd ben ik onafhankelijk omdat ik het vermogen heb om te kiezen – voor welke jobs solliciteer ik en tussen welke jobs kies ik in het beste geval. Levinaskenner Jan Keij beweert dat dit vermogen absoluut blijft voor de joods-Franse wijsgeer, ongeacht het aantal mogelijkheden.<sup>24</sup> Of dit ook voor mensen geldt die een psychiatrische diagnose hebben gekregen, is maar zeer de vraag, zo zal blijken uit onderstaand fragment.

---

<sup>24</sup> Keij, J. (1993). *Op. Cit.*, p. 28-32.



Als een brug door een te veel aan gewicht aan reparatie toe is,  
kun je ze wel proberen te herstellen, maar de vraag is of dat duurzaam is  
als je nadien weer wacht tot ze instort.



Het krijgen van de diagnose weerhield me er niet van om me in te schrijven voor de lerarenopleiding lager onderwijs. Maar de eerste dag maakte al snel duidelijk dat ik het helemaal niet zag zitten. Niet zozeer op het gebied van studeren, maar vooral op mentaal vlak. Ik moest eerst aan mijzelf werken vooraleer ik echt iets kon doen en terug deel kon worden van de maatschappij. Dat was op dat moment niet mogelijk omdat ik bang was van alles. Ik lag volledig in de knoop: met mezelf, met mijn omgeving, met de wereld, ... Dat was moeilijk om toe te geven. Ik was vooral echt bang.

Ik zag mijn toekomst dan ook heel somber in. Alles ging in een neerwaartse spiraal. “Ik ga dat niet kunnen, want ik heb autisme. Ik kan dit niet, ik kan dat niet, want, want, want.” Als ik me bijvoorbeeld niet goed kon aanpassen aan een situatie, veralgemeende ik het meteen. Ik dacht dat ik niets meer zou kunnen of leren. Ik denk dan vooral aan de werkvloer, waar je baas van je verwacht dat je je flexibel opstelt. Ook vandaag denk ik nog vaak dat ik bepaalde dingen nooit zal kunnen, omdat het op dit ogenblik nog wat te vroeg is.

Toch mag ik de kleine stappen niet uit het oog verliezen. Twee jaar geleden had ik bijvoorbeeld nooit geloofd dat ik nu een job zou uitoefenen waarbij ik in een school met kinderen zou werken en omringd zou zijn door collega's. Ik vergeet vaak wat voor een weg ik al heb afgelegd en panikeer als ik nadenk over wat ik allemaal niet kan. Mijn therapeute schudt me dan wakker. Ik ben afhankelijk van zulke confrontaties, schouderklopjes en professionele steun. Ik zit soms heel vastgeroest in denkpatronen en de zorgverlening maakt dat die vicieuze cirkel gebroken wordt. Toch moet ik het zelf ook wel kunnen...

In dat hele verhaal van 'kunnen' overschat ik mezelf wel eens. Ik zie mijn leeftijdsgenoten van alles doen en ook mijn zus zit niet stil. Ik vind dat niet eerlijk en verwacht dan van mezelf dat ik ook zoiets kan. Ik klaag bijvoorbeeld als ik een paar dagen moet werken, terwijl iedereen rond mij nog meer werkt. Ik wil te snel gaan en probeer bergen te verzetten. Ik vergelijk me met anderen maar ik zie de tussenstappen die ze gemaakt hebben over het hoofd. Wie de top heeft bereikt, zegt niet dat hij drie keer op zijn gezicht is gegaan om er te geraken. Net dat zie ik niet.

Omdat ik altijd erg sociaalvaardig was en nog steeds ben, vond ook mijn omgeving het vanzelfsprekend dat ik bepaalde dingen deed. Ik was jong, had een eigen kijk op de wereld en ik ben eigenzinnig. Het is eigenlijk zoals een opgroeiende baby: op een zekere leeftijd moet hij of zij allerlei dingen kunnen. Maar als het tegendeel blijkt, denk je niet meteen dat de baby

misschien een mentale beperking heeft. Zo is het ook bij mij. Je ziet het niet aan mijn uiterlijk, dus de dingen worden vanzelfsprekend.

Door onder andere mijn goede sociale vaardigheden kan ik mijn autisme goed verstoppen. Onbewust weliswaar, omdat ik het compenseer met andere eigenschappen. Je kunt de symptomen bekijken zoals een wonde: verzorg je die niet, dan ontsteekt ze. In het begin verzorg je de wonde. Je plakt er pleisters op. Maar mijn wonde begon na verloop van tijd toch weer te ontsteken, tot ik ze zelf niet meer kon verzorgen. Ik ben wanhopig op zoek gegaan naar hulp. Net zoals een brug heeft een mens ook een zekere draagkracht. Als de brug door een te veel aan gewicht aan reparatie toe is, kun je ze wel proberen te herstellen, maar de vraag is of dat duurzaam is als je nadien weer wacht tot ze instort.

## 1.2. Omgaan-met

Het is markant hoe Emma op haar niet-kunnen wijst. Er zijn dan wel mogelijkheden, zoals zich inschrijven voor de lerarenopleiding lager onderwijs, toch bleek Emma niet over het vermogen te beschikken om zich voor haar gemaakte keuze – de opleiding – te engageren. Haar schreeuw om hulp – waarover verder in dit werk meer – resulteerde in de ASS-diagnose met bijhorende zorgverlening. In dit verband is het nuttig om Martin Heidegger erbij te betrekken. De Duitse filosoof die op zoek gaat naar de betekenis van ‘het zijn’, stelt dat een mens bekommerd is om zijn eigen bestaan en daarom begrepen kan worden als zorg. Zorg voor het (voort)bestaan, zo beweert Heidegger, is een handelen. In dat handelen gaan we met de dingen om. Dat verklaart waarom *omgaan-met* volgens hem de fundamentele en oorspronkelijke wijze van kennen is. We nemen de dingen dus niet op zichzelf of apart waar, maar in relatie tot andere dingen.<sup>25</sup>

Projecteren we dit naar het relaas van Emma, dan kunnen we opwerpen dat ze de moeilijkheden waarmee ze geconfronteerd werd, aanpakte door te handelen. Ze ging ermee om en kwam zo tot een essentiële vorm van zelfkennis, wat blijkt uit haar nuchtere analyses. Zo vertelt Emma hoe ze eerst aan zichzelf moest werken vooraleer ze weer deel kon uitmaken van de maatschappij. Met andere woorden: voor ze weer relaties kon aangaan – menselijke, maar ook contractuele, zoals bijvoorbeeld een opleiding of job. De knopen die ze moest ontwarren, waren niet enkel bij zichzelf te vinden, maar ook bij de anderen, in haar omgeving, in de wereld. Opnieuw: in relatie. Door *om te gaan met* haar problemen begrijpen we waar de moeilijkheden vandaan komen en waarmee ze in relatie staan.

## 1.3. Maatschappelijke rollen

Laten we even recapituleren. Emmanuel Levinas beschrijft menselijke ervaringen in de wereld en wordt daarom een existentiële fenomenoloog genoemd; een filosoof die het concrete bestaan van de mens beschrijft. De confrontatie met de Ander, een belangrijk element in deze masterproef, is voor de wijsgeer slechts een stap in het hele proces dat de mens doorloopt om tot de humane situatie te komen waarin hij in staat is ethisch te zijn. Het begin ligt immers bij de geboorte. Zo volgt Levinas Heidegger wanneer die zegt dat we in het bestaan geworpen worden. We veronderstellen altijd al de anderen, de ouders, de voorouders

---

<sup>25</sup> Keij, J. (1993). *Op. Cit.*, p. 41-42.



en vanuit die anderen ben ik in mijn leven op weg naar de anderen.<sup>26</sup> Toch, zo betoogt Levinas, trekken we het meest op met mensen van wie we ons een *beeld* hebben gevormd; iemand die (als beeld) bij mij past en die niet meer *anders* is. In omgekeerde richting tonen wij onszelf op zo'n manier om te voldoen aan een beeld dat anderen van ons hebben, of tenminste waarvan we willen dat anderen het van ons hebben.<sup>27</sup>

In de maatschappij is ieders andersheid of eigenheid voor mij gemaskeerd, maar achter het spel van de maatschappelijke rollen gaan *anderen* schuil.<sup>28</sup> Zo viel de friturist laatst erg uit zijn rol van frituuruitbater toen hij bij het afrekenen begon te klagen over zijn tegenvallende reis naar Egypte. Op dat ogenblik trad zijn mens-zijn op de voorgrond. De frituuruitbater liet zijn masker vallen om zijn naakte gelaat te tonen. In de confrontatie raakte hij mij juist vanuit zijn eigen kwetsbaarheid. Ik voelde me aangesproken – hoe reageer ik hierop? – en meteen ook verantwoordelijk – ongeacht wat ik met die verantwoordelijkheid doe.<sup>29</sup> Zijn eigen betekenis kwam op de voorgrond, alle maatschappelijke rollen die hij bekleedt ten spijt.<sup>30</sup> Hetzelfde valt ook te zeggen over Emma, die niet alleen als kinderoppas, maar onder andere ook als ‘autist’ door het leven gaat. In onze gesprekken stond haar mens-zijn eigenlijk *continu* op de voorgrond, in tegenstelling tot de kinderoppas of frituuruitbater in functie. Toch zien we bij Emma nog iets merkwaardigs optreden: haar diagnose wordt tot ding gemaakt – iemand met ASS wordt ‘een autist’. Een (psychiatrische) diagnose wordt plots een maatschappelijke rol<sup>31</sup>.

Voorbeelden uit de praktijk zijn legio. Zo bekritiseert een vader van een zoon met het downsyndroom in een lezersbrief gericht aan de VRT de manier waarop de openbare omroep te werk ging in hun aankondiging van de televisiereeks Baantjer. Daarin stond dat de enige getuige van de moord een *mongool* was. De man verduidelijkt zijn standpunt als volgt: “De nuance tussen *zijn* en *hebben* speelt ook bij sommige gehandicapte personen mee. Zij hameren erop dat ze mensen *zijn* die een handicap *hebben* en willen dan ook zo benoemd worden: mensen met een handicap. Noem de deelnemers aan de Paralympics nooit *andersvalide* of *mindervalide* atleten. Ze zijn niet anders, ze zijn niet minder: het zijn *atleten*

---

<sup>26</sup> Keij, J. (1993). *Op. Cit.*, p. 39-40.

<sup>27</sup> IDEM, p. 64.

<sup>28</sup> IDEM, p. 65.

<sup>29</sup> IDEM, p. 66. Jan Keij geeft een soortgelijk voorbeeld, maar ik opteerde voor een zelf meegemaakte ervaring.

<sup>30</sup> IDEM, p. 68.

<sup>31</sup> IBIDEM.

met een handicap. Ze zijn rolstoelgebruikers, geen patiënten, want ze zijn niet ziek.”<sup>32</sup> Hetzelfde geluid horen we bij psychiater Dirk De Wachter, die er als gastspreker op een *thema-avond over autisme* op wijst dat een persoon niet gelijk staat aan zijn diagnose. “Iemand heeft autisme en krijgt meteen het label ‘autist’, waardoor hij anders bekeken wordt. Hierdoor creëer je een probleem waar er geen hoeft te zijn.”<sup>33</sup> Wat dan met de restaurantketen *Brownies & Downies*? Niet alleen krijgen de werknemers met het downsyndroom hun diagnose als maatschappelijke rol opgespeld, de diagnose wordt daarenboven commercieel uitgebuit.<sup>34</sup> We hoeven de voorbeelden echter niet altijd in de media te zoeken. Hoe vaak wordt een druk en rusteloos persoon immers niet als ‘ADHD’er’ omschreven? Of de mysterieuze man die bij valavond wat mijmert aan het bushokje als ‘psycho’?

#### 1.4. Totalitaire reducties: kritiek op de westerse filosofie

Bovenstaande illustratie in het achterhoofd houdende maakt het vervolg van Levinas’ analyse, zoals beschreven door Jan Keij, uitermate interessant. Gaan we door met ons verhaal over de confrontatie met de frituuruitbater die plots uit zijn rol valt door over zijn geflopte reis te beginnen, dan merken we dat we door aangesproken geweest te zijn opeens met een gevoel van verantwoordelijkheid opgezadeld zitten. Of we die verantwoordelijkheid al dan niet opnemen, is een andere zaak. We kunnen immers het appel van de ander ontlopen. Door hem af te wenden, door hem te negeren, enzovoort. Komt de conversatie bijvoorbeeld ongelegen en zie ik de friturist als spelbreker die hiermee roet in het eten gooit, dan kan ik hem gemakshalve opnieuw in een rol duwen. Ik zou hem onder de algemene noemer van ‘zeur’ kunnen brengen, waardoor hij herleid wordt tot een context, een plaats in het geheel, een *totaliteit* – herinner hoe Levinas zich tegen een totalitair denken afzet. Door dergelijke reductie is de ander op dat moment ontdaan van zijn andersheid als mens. Het ethische vraagstuk van verantwoordelijkheid is gereduceerd tot een ontologische<sup>35</sup> algemeenheid. Dergelijke ontmenselijking doet gezichten verdwijnen en zo worden subjecten – de friturist en

---

<sup>32</sup> VRT Taalnet (2001). Aan alle mongolen van de VRT. *VRT Taalnet*, [online] 17 mei. <[http://www.vrt.be/taal/aan-alle-mongolen-van-de-vrt?HKEY=A14D73C400656CBECEAE42EBA19AA0B&utm\\_source=Selligent&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=140916+-+Taalmail+543&utm\\_content=140916+-+Taalmail+543&utm\\_term=434](http://www.vrt.be/taal/aan-alle-mongolen-van-de-vrt?HKEY=A14D73C400656CBECEAE42EBA19AA0B&utm_source=Selligent&utm_medium=email&utm_campaign=140916+-+Taalmail+543&utm_content=140916+-+Taalmail+543&utm_term=434)> [Geraadpleegd op 13 december 2014].

<sup>33</sup> Vandamme, F. (2015). ‘Sensory Overload’: AP-studenten zetten autisme in de kijker. In: *Den Triangel*, [online] 24 maart. <<http://dentriangel.be/?p=5560>> [Geraadpleegd op 6 mei 2015].

<sup>34</sup> Verder in dit proefschrift meer hierover. Delchambre, A. (2015). Brownies & Downies: lachen of pochen met syndroom van Down? *De Morgen*, [online] 30 juni. <<http://www.demorgen.be/wetenschap/brownies-downies-lachen-of-pochen-met-syndroom-van-down-a2380555/>> [Geraadpleegd op 1 juli 2015].

<sup>35</sup> Ontologie is het onderdeel van de filosofie dat zich bezighoudt met de studie van ‘het zijn’.

Emma met hun persoonlijk verhaal – omgevormd tot objecten – respectievelijk een zeur en een ‘vreemde, rare, abnormale’. Het is immers moeilijk om ethisch onverschillig te handelen tegenover mensen, vandaar de neiging om ze eerst van hun mens-zijn te ontdoen. De ‘verdingelijking’ haalt ze uit het ethisch circuit.<sup>36</sup>

Precies vanwege zulke totalitaire reducties kant Levinas zich tegen de westerse filosofie, die volgens hem meestal een ontologie is geweest, een herleiding van het Andere tot het Zelfde. In verband met dit proefschrift kunnen we zeggen dat de verscheidenheid (het Andere) onder alle mensen met bijvoorbeeld de diagnose ASS naar de achtergrond verdwijnt en plaats ruimt voor de enkelvoudige en reductionistische term ‘autisten’ (het Zelfde). Ontologisch kennen, aldus Levinas, “komt erop neer het zijnde vanuit niets aan te vatten of het tot niets te herleiden, het van zijn andersheid te ontdoen”.<sup>37</sup> Hoewel ook de eerder aangehaalde Heidegger als criticus van de westerse filosofie wordt afgebeeld en Levinas zelf in niet-geringe mate beïnvloed is door hem, merken we toch enkele grote verschillen op in het werk van deze 20<sup>ste</sup> eeuwse filosofen. Verwijzend naar diens ontologie, stelt Levinas dat het zijnde geneutraliseerd wordt om het te kunnen begrijpen of aan te grijpen. “Het is dus geen relatie met het andere als zodanig, maar de herleiding van het Andere tot het Zelfde. De definitie van vrijheid luidt dan ook: standhouden tegenover het andere ondanks alle relatie met het andere, de autarkie van een ik veilig stellen.” Dit komt niet neer op vrede met het Andere, maar onderdrukking of inbezitneming van het Andere.<sup>38</sup>

Levinas schakelt nog een versnelling hoger wanneer hij betoogt dat de ontologie, als filosofie van de macht, een filosofie van de onrechtvaardigheid is. Meer specifiek, aldus de wijsgeer, leidt de heideggeriaanse ontologie, die de betrekking tot de Ander ondergeschikt maakt aan de relatie tot het zijn in het algemeen, tot tirannie.<sup>39</sup> En dat brengt ons weer bij Levinas’ levensverhaal, zoals kort uitgewerkt in de inleiding van dit hoofdstuk. Want, zo zegt de joods-Franse wijsgeer, “voor de filosofische traditie worden de *conflicten* tussen het Zelfde en het Andere opgelost [...] door de Staatsgemeenschap waarin het Ik onder de anonieme – zij het begrijpelijke – macht de oorlog terugvindt in de tirannieke onderdrukking die het van de kant

---

<sup>36</sup> Keij, J. (1993). *Op. Cit.*, p. 70-71.

<sup>37</sup> Levinas, E. (1961). *De totaliteit en het oneindige: essay over de exterioriteit*. (vert. uit het Frans door De Boer, T. en Bremmers, C., 1987) Baarn: Ambo, p. 42.

<sup>38</sup> IDEM, p. 25.

<sup>39</sup> IDEM, p. 46.

van de totaliteit ondergaat”.<sup>40</sup> Dat de ontologie volgens Levinas de metafysica<sup>41</sup> vooronderstelt, wordt in *De totaliteit en het oneindige* (1961) uiteraard ook uitgewerkt, maar brengt ons te ver weg van het doel van dit stuk: het concept van de Ander in kaart brengen door het te spiegelen aan de andersheid waarmee psychiatrische patiënten door het leven gaan – in dit geval voornamelijk uitgelegd met behulp van Emma’s verhaal.

---

<sup>40</sup> Levinas, E. (1961). *Op. Cit.*, p. 47.

<sup>41</sup> Metafysica wordt verstaan als de filosofie van hetgeen de empirische ervaring overstijgt. Het filosofische concept wijst kort gesteld op een ‘speciale ervaring’ die ook wel de transcendentale ervaring genoemd wordt. De metafysische relatie tot de ander waar Levinas het over heeft, beperkt de ander niet in zijn transcendentie en laat hem in zijn *oneindigheid*. Daarom is de relatie ook geen kenverhouding – ik kan de ander in zijn andersheid niet uit mijzelf kennen – maar een asymmetrische relatie. (In: Willemsen, H. (1992). *Op. Cit.*, p. 279-280.)



Ik kreeg heel veel paniekaanvallen en had zelfs fysieke pijn, want ik maakte me zo druk in alles dat ik de wereld precies letterlijk op mijn schouders droeg.



In mijn sabbatjaar na de middelbare school voelde ik me even beter, maar dat was slechts van korte duur. Nadien heb ik een terugval gehad. Ik kan niet precies zeggen waarom of wat de oorzaak was, maar ik stelde plots alles in vraag. Alles! Dat is typerend voor twintigers. Je weet niet goed wat je wilt, laat staan hoe je het wilt. Wat zal de toekomst brengen? Kortom, één van de typische fases die mensen zonder autisme ook doormaken. Alleen ging dat bij mij nog een stap verder en woog het nóg meer door in vergelijking met de gemiddelde mens. Ik kon niets meer doen of ik stelde het in vraag. Ik werd er krankzinnig van. Als ik televisie keek, kwamen er allerlei prikkels op me af. Ik kreeg om het kwartier paniekaanvallen. Als ik iets zag, werd het tien keer uitvergroot.

Het was ook niet draaglijk voor mijn mama en voor mensen in mijn omgeving, want ik wou voor alles een uitleg krijgen. Andere mensen hebben een relativiseringsvermogen waarmee ze de dingen kunnen plaatsen. Ik heb dat veel minder. En op dat moment was dat gewoon niét aanwezig. Dat was zo rond mijn twintigste verjaardag. Ik werd gek van mijn eigen gedachten. De enige manier om mijzelf te kalmeren was slapen en aan niets denken. Maar een mens kan geen vierentwintig uur slapen... Ik zocht ontspanning, ik probeerde te vluchten voor die gekke gedachten en voor al die prikkels, maar dat lukte niet. Boeken lezen, bijvoorbeeld, hielp ook niet want daardoor kwamen nieuwe vragen bovendrijven. Ik werd gek van mezelf.

Ik kreeg heel veel paniekaanvallen en had zelfs fysieke pijn, want ik maakte me zo druk in alles dat ik precies letterlijk de wereld op mijn schouders droeg. ‘Het klopt niet. Hoe kan dat? Ik snap dat niet!’. En vooral dat laatste: ‘Ik snap niet hoe de wereld in elkaar zit, ik snap niet hoe dat kán!’ Een andere zin die veel aanwezig was: ‘Je kunt niet zó zijn!’ Dat ging zo ver dat ik erg begon te panikeren als ik naar het nieuws keek. Of zelfs bij iets banaals zoals een humaninterestprogramma op Vitaya dacht ik: ‘Neen! Dat kán niet!’ Voordien kon ik lachen met zulke programma’s, maar op dat ogenblik snapte ik het niet en uiteindelijk snapte ik gewoon niéts meer. Ik was toen ook tot alles in staat en liep de muren op.

Als ik informatie kreeg van vrienden, kennissen of media kon ik die niet goed filteren. Ik zag alleen het slechte. Elk woord was een trigger tot nadenken, tot mezelf kapotmaken. Daarom ben ik gestopt met naar het nieuws te kijken. Hetzelfde geldt voor sommige documentaires, bijvoorbeeld over dierenmishandeling. Na het zien van bepaalde beelden op de televisie wou ik gewoon in mijn cocon kruipen omdat ik bang was van de wereld. Ik snapte niet hoe mensen daar gewoon naar kunnen kijken, nadien aan tafel schuiven, een boek lezen en zorgeloos gaan slapen. Ik nam dat allemaal in mij op als een spons en ging er mee naar bed. Het werd alsmaar

erger, tot op momenten dat ik op de grond lag te huilen, smekend om hulp. ‘Alstublieft, laat het stoppen!’

## 2. Buber en de wereld

“Er is geen Ik op zich, maar slechts het Ik van het grondwoord Ik-Jij alsmede het Ik van het grondwoord Ik-Het.”<sup>42</sup> Met deze van mystiek doordrongen slagzin duidt de chassidische jood en filosoof Martin Buber (1878-1965) op de verbondenheid met de medemens zoals we die ook bij Levinas aantreffen. Buber, geboren in Wenen en door zijn belangrijkste werk *Ik en Jij* (1923) de bekendste vertegenwoordiger van het ‘dialogische denken’<sup>43</sup>, speelde een niet-onbelangrijke rol in het denken van Levinas. Net als de joods-Franse wijsgeer vraagt Buber heel wat toewijding en inlevingsvermogen van zijn lezers. Hieronder een opsomming van enkele kernpunten uit *Ik en Jij*<sup>44</sup>:

- Het ‘ik’ van de mens valt voor Buber uiteen in twee vormen: het Ik-Jij wijst op de relatie tussen personen, terwijl Ik-Het duidt op de verhouding van de mens met de dingen.
- Deze twee zogenoemde ‘woordgronden’ bestaan niet uit afzonderlijke woorden, maar uit woordparen.
- De Het kan evengoed door Hij en Zij vervangen worden, zonder dat hier een verandering in betekenis van het grondwoord mee gepaard gaat.
- Het Ik van de mens is tweevoudig: er is het Ik van het grondwoord Ik-Jij, en het Ik van het grondwoord Ik-Het.
- Spreekt de mens Jij of Het, dan is het Ik van het ene of van het andere grondwoord aanwezig.

Dat het begrijpen van Bubers denken heel wat inspanning vergt, staat buiten kijf. Hierover in detail treden, leidt ons echter te ver weg. Veel meer van toepassing om zijn woorden te vatten, is een alledaags voorbeeld van de net afgestudeerde rugzaktoerist, die zegt: ‘Vooraleer me op de arbeidsmarkt te begeven, wil ik eerst nog een reiservaring opdoen’. Het werkwoord ‘opdoen’ suggereert hier dat de beoogde reiservaring een tastbaar goed betreft dat je, mits het betalen van een paar honderden of duizenden euro’s, tot jou neemt, net zoals we een

---

<sup>42</sup> Buber, M. (1923). *Ik en Jij*. (vert. uit het Duits door Storm, M., 2003). Utrecht: Erven J. Bijleveld, p. 8.

<sup>43</sup> Het dialogische denken verwijst naar de dialogische filosofie, een stroming in de hedendaagse filosofie die de dialoog als uitgangspunt neemt en die wortelt in het joods-mystieke denken over de mens. De dialogische filosofie hanteert een mensvisie die voorrang verleent aan de relatie (dialoog) met de medemens. (In: Willemsen, H. (1992). *Op. Cit.*, p. 102.)

<sup>44</sup> Buber, M. (1923). *Op. Cit.*, p. 7-8 en Ravenstein, A. (1999). Wederkerigheid en het heilzame gebod: Buber en Levinas, in: *Een theologisch onderzoek naar het appèl karakter van de relatie God, de ander en ik*. Zoetermeer: Uitgeverij Meinema, p. 163.



avondmaal verorberen. Neen, waar Buber op alludeert, is dat de ervaring *in hem* plaatsvindt en niet *tussen hem* en de wereld vervat zit. Wie ervaart, heeft geen deel aan de wereld en ook de wereld heeft geen deel aan de ervaring.<sup>45</sup> “De wereld als ervaring behoort tot het grondwoord Ik-Het. Het grondwoord Ik-Jij sticht de wereld van de relatie<sup>46</sup>.”<sup>47</sup> Merk uit het fragment van Emma op hoe het voelde alsof ze de wereld op haar schouders droeg, of waarom ze niet snapte hoe de wereld in mekaar zit. Het is duidelijk dat ze de wereld als ervaring zoals Buber die beschrijft, ontbeerde, aangezien ze zichzelf en die wereld als twee aparte entiteiten zag die naast elkaar staan en waar een duidelijke scheiding tussen zit.

Wat verder in *Ik en Jij* vallen Bubers beschouwingen over mogelijke relaties met de wereld – in zijn typerende stijl rechtstreeks aan ‘jou’ (de lezer) gericht – al wat meer te rijmen met Emma’s verhaal. Zo stelt hij dat, hoewel de wereld jouw object is en blijft, ze jou daarbuiten, maar ook in jou, oervreemd blijft. “Jij neemt haar waar, jij neemt haar voor jou tot ‘waarheid’, zij laat zich door jou nemen, maar zij geeft zich niet aan je.”<sup>48</sup> De wereld is met andere woorden bereid om voor jullie samen object te zijn, maar jij kunt anderen niet in haar ontmoeten. Je kunt het over haar met anderen niet eens zijn. Jij bent eenzaam met haar. Erger zelfs, de wereld is onbetrouwbaar:

De wereld die zo aan jou verschijnt, is onbetrouwbaar, want ze verschijnt aan jou steeds als nieuw en je kunt haar niet aan haar woord houden; zij heeft geen dichtheid, want alles in haar doordringt alles; zij heeft geen duur, want zij komt, ook ongeroepen, en zij verdwijnt, ook als je haar vasthoudt; zij is niet te overzien en als je haar overzichtelijk wilt maken, verlies je haar. Zij komt en zij komt jou tevoorschijn halen; als zij jou niet bereikt, jou niet ontmoet, verdwijnt zij; maar zij komt terug, in een andere vorm. Zij staat niet buiten jou, zij raakt jou fundamenteel [...].<sup>49</sup>

## 2.1. De wereld van Truman

Dat de wereld onbetrouwbaar is, moet ook Truman, hoofdpersonage in de Amerikaanse film *The Truman Show* (1998), gedacht hebben. Zonder zijn medeweten speelt Truman jarenlang de hoofdrol in een naar hem genoemde realitysoap. Alle mensen in zijn leven zijn acteurs en de omgeving waarin hij leeft, is één groot decor. Zo zag ook Emma het in haar moeilijkste

---

<sup>45</sup> Buber, M. (1923). *Op. Cit.*, p. 9-10.

<sup>46</sup> Buber spreekt over *Beziehung*, het directe contact tussen een Ik, dat zich onmiddellijk laat raken, en een Jij, dat verschijnt.

<sup>47</sup> Buber, M. (1923). *Op. Cit.*, p. 10.

<sup>48</sup> IDEM, p. 40.

<sup>49</sup> IDEM, p. 41.

periode. In een van onze gesprekken haalde ze *The Truman Show* aan en wat later bekeken we de film samen.

“Het hoofdpersonage leeft ook in een heel andere wereld”, vertelt Emma na afloop van het verhaal. “Ik leefde precies in de wereld van Truman, waarin alles perfect was. Ik wist wel dat dat niet het geval was, maar ik voelde dat ik in een veiligere en rustigere wereld leefde. Van zodra Truman geleidelijk aan te weten komt hoe de vork in de steel zit, zie ik mezelf die alles in vraag begint te stellen. Dat kwam voornamelijk door mijn avondstudies kinderzorg, die ik op mijn negentiende aanvatte. Ik kwam erg goed overeen met een leerkracht die veel in vraag stelde en die de leerlingen ook liet debatteren. Iedereen in de les kon de discussies relativeren, behalve ik. Ik ging ermee slapen. Het leidde mijn leven. Ik kwam langzaam de waarheid over de wereld te weten en zag dat het niet allemaal zo rooskleurig was. Het moment in de film waarop Truman die waarheid dan echt beseft, wanneer de regisseur van de soap hem voor de keuze stelt om in de vredige wereld te blijven of om naar de echte, *fucked-up* wereld te gaan, is bij mij het keerpunt geweest. Ofwel ga je terug, doe je je ogen toe en slaap je, ofwel kom je het onder ogen en ga je de confrontatie aan in de échte wereld. Toch heb je op dat moment geen echte keuze, je kunt gewoon niet terug. Als er een andere, grotere wereld is met échte dingen, kun je niet meer naar die *fake* wereld terug. Als ik in zijn schoenen zou staan, zou ik het in ieder geval niet kunnen. En Truman heeft het uiteindelijk ook niet gedaan. Hij kiest voor de echte wereld. Hij kan niet meer terug, omdat hij het weet. Eens je de tweede optie hebt, ga je nooit meer voor de eerste kiezen. Het is mentaal niet mogelijk. Ik denk dat heel veel mensen dat zouden doen als ze voor die keuze staan. Je wordt erin gesleurd en je geraakt er niet echt meer uit. Het is een sprong in het duister. En het is bij mij heel duister geweest, zonder lichtpunten. Het was de confrontatie of er een einde aan maken, om het bruusk te zeggen. Ik heb gekozen voor de confrontatie.”<sup>50</sup>

Met de confrontatie doelt Emma op zorg, een belangrijk thema dat later in deze masterproef nog uitgebreid aan bod komt. Uit bovenstaand verhaal is het echter belangrijker om af te leiden dat Emma na een erg donkere periode voor hulp koos, die tot beterschap moest leiden. In dat verband valt ook het volgende citaat van Martin Buber, over vervreemding tussen Ik en de wereld, te rijmen met Emma’s relaas.

---

<sup>50</sup> Emma (2015). *Gesprek 3*. Geïnterviewd door Sven De Boeck, 26 april, zie digitale bijlagen p. 32-41. Omdat de interviewtranscripties nogal veel ruimte in beslag nemen, werd ervoor gekozen om de uitgeschreven gesprekken enkel in de digitale bijlagen op te nemen. Meer informatie hieromtrent is verkrijgbaar bij de auteur.

Soms, als de mens huivert in de vervreemding tussen Ik en de wereld, overvalt hem de overweging dat er iets moet worden gedaan. Zoals wanneer je midden in de nacht wakker ligt, ellendig, gepijnigd door een akelige waakdroom, de bolwerken zijn ingestort, de afgronden schreeuwen en je merkt midden in de pijn: het leven is er nog, ik moet alleen hier doorheen, naar het leven toe – maar hoe, hoe? Zo is de mens in de uren van de bezinning, huiverend, overwegend en zonder richting. [...] Hij roept het denken te hulp, waarin hij – terecht – veel vertrouwen stelt: dat moet voor hem alles weer goed maken.<sup>51</sup>

## 2.2. Al-wederkerigheid: dieren en kinderen

Naast het leven met de mensen zijn ook het leven met de natuur en het leven met wat geestelijk<sup>52</sup> is sferen waarin de wereld van de relatie zich vestigt, zo stelt Buber.<sup>53</sup> Over dat geestelijke leven – voornamelijk kunst – volgt later meer. Met Buber in het achterhoofd is het evenwel nuttig om eerst even stil te staan bij die eerste twee sferen, het leven met de mensen – in dit gedeelte meer specifiek kinderen – en met de natuur – hier toegespitst op dieren. In het licht van voorgaande uiteenzetting verbaast het niet dat de notie van wederkerigheid bij de in Wenen geboren filosoof centraal staat. Concreet zegt Buber daarover het volgende. “Mijn Jij werkt aan mij, zoals ik aan hem werk. Onze leerlingen vormen ons, onze kunstwerken bouwen ons op. [...] Hoe worden wij door kinderen, door dieren opgevoed! Ondoorgroendelijk opgenomen leven wij in de stromende al-wederkerigheid.”<sup>54</sup> Dat laatste benadrukt de joodse filosoof nogmaals door op te werpen dat het eerste grondwoord te ontleden valt in een Ik en een Jij, maar dat het niet uit hun samenvoeging ontstaan is: het gaat aan het Ik vooraf.<sup>55</sup>

De al-wederkerigheid die Buber beschrijft, vinden we ook bij Emma terug. In onze gesprekken haalde ze meermaals haar liefde voor kinderen en dieren aan. Geconfronteerd met bovenstaande uitspraak van de filosoof, reageerde ze als volgt. “Dieren hebben mij altijd enorm gefascineerd. Meer dan mensen, om eerlijk te zijn. Ik heb altijd meer medelijden gevoeld met dieren. Ze zijn puur, loyaal, oprecht en vellen geen oordelen. Als een dier je affectie wilt geven, kiest het daar instinctief voor. Het wil niets van je gedaan krijgen. Dat vind ik erg aangenaam. Of je nu dik, dun, groot, klein, autistisch bent of niet, dieren kijken daar los door. Heb je een mindere dag of zie je er vreselijk uit? Het speelt geen rol voor hen. Ze vertoeven in je aanwezigheid omdat ze dat willen. ‘Moeten’ kennen ze niet. Dat is wat ik

---

<sup>51</sup> Buber, M. (1923). *Op. Cit.*, p. 84-85.

<sup>52</sup> Met *geistige Wesenheiten* bedoelt Buber alles wat op geestelijk gebied ‘wezen’ heeft: kennis (gedachte), kunst (beelden) en ethiek (handelingen).

<sup>53</sup> Buber, M. (1923). *Op. Cit.*, p. 10-11.

<sup>54</sup> IDEM, p. 22.

<sup>55</sup> IDEM, p. 29.

zo mis bij mensen, je weet nooit of er bijbedoelingen zijn of wat ze effectief van je denken. Media, onderwijs en geloof spelen daar een grote rol in. Om al die redenen ben ik ook veel strenger ten opzichte van mensen. Ze komen niet snel dicht bij mij. Bij dieren is het allemaal veel simpeler. Waarom is dat niet bij mensen zo? Dat vind ik echt jammer.”

Buber gaat verder in *Ik en Jij* nog wat dieper in op kinderen, wanneer hij opwerpt dat het kind niet eerst een voorwerp waarneemt en er slechts dan pas in relatie mee treedt. “In den beginne is de relatie: als wezenscategorie, als bereidheid, een pakkende vorm, een model voor de ziel; het apriori van de relatie; *het aangeboren Jij*.”<sup>56</sup> Merk ook de overeenkomst met Heidegger op, die met zijn *geworpenheid* tevens op deze primaire relaties wijst. Het reeds geboren lijfelijke individu, vervolgt Buber, is wel in de wereld tevoorschijn gekomen, maar is dat nog niet als lichamelijk en geactualiseerd wezen. Het moet zich geleidelijk aan ontwikkelen, door het aangaan van relaties.<sup>57</sup> Dat kinderen nog geen volledig ontwikkelde en geactualiseerde wezens zijn, maakt dat Emma het beter met hen kan vinden – net als met dieren. Zo heeft ze het over haar liefde voor *onschuldige* kindjes, nog niet gehersenspoeld door media allerhande. “Kinderen, vooral jonge kinderen, zijn in zekere zin ook wat dieren voor mij zijn. Ze zijn nog niet gebrainwasht door media, politiek en religie. Het is allemaal een pak makkelijker voor hen. ‘Ik vind jou leuk, dus ik speel met jou.’ Ze winden er geen doekjes om, maar zijn authentiek en oprecht. Ze zijn nog niet in staat om kritisch te zijn en dat maakt hen zo onschuldig en aangenaam in de omgang.”

---

<sup>56</sup> Buber, M. (1923). *Op. Cit.*, p. 35.

<sup>57</sup> IDEM, p. 36.



Als je problemen hebt die je niet kunt benoemen, word je gek.



Eerst dacht ik dat ik manisch-depressief was. Ik had er wat over gelezen en de inhoud strookte wel met mijn gevoel. Toch bleek het iets anders te zijn. Op het einde van het zesde middelbaar, toen ik achttien was, werd er gespeculeerd over een autismespectrumstoornis (ASS). Omdat ik er niets van af wist, was ik ook niet echt geschokt toen ze me vertelden dat ik effectief ASS had. Het was wel even slikken, maar mijn reactie was eerder: ‘Ah, oké. Het is niet zo dat er iets verandert’. Een maand later zijn we bij mijn huidige therapeute Tine terechtgekomen, specifiek voor mensen met autisme. Ze legde me uit wat autisme zoal inhoudt. Dat waren dan mijn eerste stappen: het ontdekken. Wat zijn struikelblokken en waarom is het zo laat bekend geraakt? Op dat ogenblik sloeg de onverschilligheid om in paniek. Ik wist vanaf dan dat bepaalde gedragingen met mijn autisme te maken hadden en dat dat altijd zo zou blijven. Ik kan er wel aan werken, maar het zal nooit weggaan.

Anderzijds, als je problemen hebt die je niet kunt benoemen, word je gek. Dankzij de diagnose heb ik ook heel wat informatie over mijn gevoelens en gedragingen gekregen. Ik kreeg richtsnoeren over hoe ik ermee moet omgaan en weet dus hoe ik eraan kan werken. Moest het eerder ontdekt zijn, kon er wel al vroeger met therapie gestart worden, maar dan had ik bepaalde dingen niet gedaan waarvan uiteindelijk toch bleek dat ik in staat was om ze te doen. Het heeft dus zijn voor- en nadelen. Waarom het zo laat ontdekt is? Meisjes met autisme kunnen hun autisme beter verstoppen dan jongens. Ze compenseren dat met andere vaardigheden. Mijn vaardigheid is bijvoorbeeld dat ik sociaal ben. Ik praat veel en kan mij gemakkelijk uitdrukken. Dat is heel tegenstrijdig met het heersende beeld over autisme: gesloten mensen die niet buitenkomen en bij wijze van spreken met hun hoofd tegen de muur bonken (*lacht*). Mijn tweede vaardigheid is dat ik goed tegen chaos en drukte kan, wat sommige mensen rondom mij niet goed snappen.

In de media worden mensen met ASS altijd op eenzelfde manier afgebeeld: rustig, stil en in zichzelf gekeerd. We kunnen zagezegd niet goed praten over onze gevoelens, voeren geen conversaties en hebben het vooral sociaal erg moeilijk. Dat heb ik zelf ook gemerkt toen ik met Tine en de mensen uit de praktijk op weekend ging naar de Ardennen. Ik wou de stiltes opvullen, maar dat was voor anderen helemaal niet nodig. Het dominante beeld omtrent autisme zorgt er wel voor dat heel veel mensen vooroordelen hebben. Ik neem hen dat niet kwalijk, want het wordt ze voorgeschoteld door de media. Maar dat is slechts een klein stukje uit een enorm breed spectrum. De ene heeft dáár meer last van, de andere dan weer van iets anders. De ene kan dít beter door zijn autisme, de ander allesbehalve. Best ironisch, want mensen met autisme willen graag een antwoord op alles, ze zoeken definities. En laat er nu

net voor autisme geen goede definitie zijn. Bij de meerderheid van de mensen met ASS is de klassieke invulling ervan misschien wel van toepassing, maar er zijn zeker ook uitzonderingen en zo heb ik er al heel veel ontmoet.

Door mijn vaardigheden gaat mijn omgeving mijn autisme vaak minimaliseren: 'Je ziet het toch niet en je hebt niet door dat ze het heeft'. Ikzelf vergeet dat dan ook vaak, met als gevolg dat ik me forceer of overschat: 'Kan ik dat nu niet? Dat is toch het simpelste dat er is!'. Ik neem dat de mensen niet kwalijk want ik verstop het nog altijd. Ik heb het zelfs achttien jaar lang kunnen verstoppen. Soms zie ik ook niet in waarom ik het zou zeggen. Als ik anderen bijvoorbeeld over mijn problemen vertel, antwoorden ze vaak dat ze er ook mee worstelen. 'Ik kan dat ook niet', reageren ze. Het wordt dan erg luchtig, maar ik zit er dan maar wat bij... Ze beseffen niet hoe het in mijn hoofd is. Ik kan ook niet alles letterlijk weergeven en daarom probeer ik het aan de hand van voorbeelden uit te leggen. Maar dan zeggen ze weer: 'Ik heb dat ook.' (*lacht*) Ik stop dan maar met praten, want zo heeft het geen zin meer om duidelijk te maken dat ik het wat moeilijker heb dan de rest. Een ander voorbeeld: vele mensen aan wie ik het vertel, reageren verbaasd: 'Echt? Allee, je ziet dat niet! Dat had ik echt niet verwacht!' (*zucht*) Anderzijds beseft ik wel dat er ergere dingen zijn. Er bestaan zwaardere ziektes, om het zo te zeggen. Ik wéét dat allemaal, maar ja... Ik heb er ook niet voor gekozen.

Misschien heeft de angst dat mensen me anders zullen bekijken en behandelen ook wel te maken met mijn twijfels om het al dan niet te vertellen. Daarom zeg ik het pas op momenten waarop ze me al goed genoeg kennen, zodat ze dat niet zouden doen. Ik wacht lang genoeg af omdat ik zo mijzelf kan laten zien in plaats van enkel de persoon met autisme. Zodra ik voel dat het gelukt is, denk ik dat ik het kan zeggen zonder dat mensen me achteraf anders zouden behandelen. Het hangt natuurlijk ook af van persoon tot persoon. Zo vertelde ik het enkele maanden geleden bijvoorbeeld aan iemand met wie ik een vertrouwensband had. Ik wou het zeggen omdat de tegenpartij zich anders misschien bedrogen zou kunnen voelen. Ook twijfel ik vaak of ik het zou zeggen tegen mensen die ik niet ken, maar waar het wel baat bij heeft om het te zeggen. Momenteel werk ik in een school en ik vraag me af of ik het aan de directie moet vertellen. Ik weet niet goed wat ik ermee moet doen. Zijn ze er iets mee? Gaan ze er rekening mee houden als het niet blijkt te gaan? Moest ik er voltijds werken, denk ik wel dat ik het zou zeggen. Maar het is deeltijds... Ik vind het heel moeilijk, want ik ken het personeel ook niet zo goed en je geeft jezelf toch volledig bloot.

### 3. Emma en de diagnose

Emma worstelde lange tijd met zichzelf voordat haar problemen uiteindelijk benoemd werden. Ze vertelt hoe het krijgen van de diagnose autismespectrumstoornis op het eerste gezicht niets nieuws met zich meebracht. Daar kwam echter snel verandering in. Een maand later zat Emma samen met een in ASS gespecialiseerde therapeute en vanaf dan zouden ze op regelmatige basis aan haar pijnpunten werken. Emma begint zich in haar diagnose te verdiepen en merkt hoe de media er maar al te eenzijdig en stereotiep over berichten. De impact van dergelijke berichtgeving voelt ze tot in haar eigen omgeving, waarvan ze niet altijd de nodige erkenning krijgt, omwille van de atypische persoonlijkheidskenmerken waarover ze gezien haar diagnose beschikt. Daar komt nog bij dat Emma voor altijd met het psychiatrische label opgezadeld zit – in tegenstelling tot de wél weg te werken depressies die haar voordien parten speelden – en dat overal meeneemt, maar dus zelden ter sprake brengt.

Waar we in hoofdstuk 1 en 2 persoonlijke bespiegelingen van Emma en filosofische reflecties van Emmanuel Levinas en Martin Buber over de Ander, de wereld, relaties en dergelijke meer uiteenzetten, gaan we in dit gedeelte dieper in op de eigenlijke psychiatrische diagnose. Hoe worden zulke diagnoses gesteld, waarop beroept men zich daarbij en – belangrijker – welke implicaties heeft dat voor de gediagnosticeerde? We zagen bijvoorbeeld al dat Emma zich anders voelde, dat het krijgen van de diagnose dat gevoel bevestigde en dat diezelfde diagnose op haar beurt ook maatschappelijke rollen creëert en – om het met Levinas te zeggen – mensen *reduceert tot totaliteiten en ontologische gemeenschappen*.

Toch komt er nog veel meer kijken bij het toekennen van een psychiatrische diagnose. Zo zal het controversiële handboek *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), een instrument voor de diagnose en statistiek van psychische aandoeningen, nog regelmatig ter sprake komen in deze masterproef. Onder andere Paul Verhaeghe, klinisch psycholoog en psychoanalyticus, formuleert talloze kritieken op de DSM-gids. Vooraleer deze in dit hoofdstuk besproken worden, volgt eerst nog een fragment uit het verslag van het psychodiagnostisch onderzoek dat bij Emma werd uitgevoerd. Ook is het aangewezen om hier de criteria weer te geven waaraan voldaan moet worden om de diagnose ASS te kunnen stellen, zoals neergeschreven in het DSM-handboek. Dit leidt immers tot een beter begrip van de kanttekeningen die verschillende auteurs bij de gids plaatsen.





Betrokkene bekommt een bovengemiddelde score op een vragenlijst bedoeld voor het in kaart brengen van autistische trekken op volwassen leeftijd.



### 3.1. Verslag psychodiagnostisch onderzoek

De van elk gezicht ontdane 'betrokkene' waarover het hier gaat, is voor alle duidelijkheid Emma. In het verslag van het psychodiagnostisch onderzoek staan de verschillende tests opgelijst die bij haar werden afgenomen. Het gaat om een algemeen intelligentieonderzoek, een zelfrapportage van autismespectrumkenmerken, neuropsychologische variabelen en een psychopathologische- en persoonlijkheidstest. Naast persoonlijke informatie vinden we ook observatie- en gespreksgegevens terug in het document. Laura, Emma's moeder, komt eveneens in het verslag voor. Zij rapporteert over de persoonlijkheidskenmerken van haar dochter. Uiteraard worden ook de testresultaten besproken. Het is precies de commentaar over de autismespectrumkenmerken die hieronder integraal weergegeven wordt.

### 3. Autisme Spectrum kenmerken:

Betrokkene bekommt een bovengemiddelde score op een vragenlijst bedoeld voor het in kaart brengen van autistische trekken op volwassen leeftijd. Op basis van de navraag weerhouden we:

- Voorkeur voor solitaire activiteiten en interesses waarin ze zich gemakkelijk kan verliezen.
- Voorkeur voor routine; heeft sinds kinderleeftijd gewoontes waar ze aan vasthoudt; deze geven haar rust; heeft moeite met plotse veranderingen of opgelegde eisen en verwachtingen; raakt overstuur en wordt angstig wanneer zij zich moet aanpassen aan nieuwe situaties en nieuwe mensen; loopt verloren in onbekende situaties (lunchen in cafetaria ziekenhuis: "wat moet ik doen?"); durft niet te handelen in situaties die onbekend, onvoorspelbaar zijn.
- Moeite met het aangaan en onderhouden van wederzijdse relaties; heeft een beperkte vriendengroep; voelt zich anders, een buitenbeentje; vreest sociale beoordeling en verwerping en stelt vermijdingsgedrag.
- Contact met anderen wordt als moeilijk, beangstigend ervaren; panikeert op details die anderen niet zien en heeft de neiging om signalen negatief te interpreteren en op zichzelf te betrekken; is bang voor de reacties, gedachten van andere mensen; angst voor afwijzing (heeft zelfs moeite met de weg vragen omdat een "ik weet het niet" of een "neen" als afwijzing ervaren wordt).

- Spreekt niet gemakkelijk vreemden aan "want ik weet niet wat die denkt of voelt, of die een goeie of een slechte dag heeft".
- Is detaillistisch en merkt details op die anderen niet opmerken (details aan het uiterlijk van mensen, gelaatsuitdrukkingen); is perfectionistisch in haar tekenen en creatieve activiteiten; kan soms zo opgaan in haar interesses dat ze andere prioriteiten uit het oog verliest (vb. een gewonde muis of vogel mee naar huis nemen terwijl er een kat in huis woont); ze kan dan naar eigen zeggen heel de wereld vergeten.
- Rapporteert een beperkt voorstellingsvermogen en problemen met ruimtelijk inzicht.
- Heeft een goed geheugen voor data en feiten; is bewust met data en tijd bezig: "vandaag zijn we 6 juli 2011, deze dag komt nooit meer terug".
- Voelt zich sterker aangetrokken tot dieren en voorwerpen, in tegenstelling tot mensen.
- Kan moeilijk intenties en bedoelingen van anderen inschatten; is bang van de (onvoorspelbare) reacties van mensen; gaat altijd uit van het negatieve, met doemdenken tot gevolg ("ik denk zo dus anderen denken ook zo").
- Verzamelt graag informatie en attributen die met haar interessegebieden te maken hebben; alles wordt mooi geordend en heeft een plaats (in tegenstelling tot haar kleren).
- Heeft weinig takt wanneer zij haar mening, gedachten, gevoelens tracht te communiceren naar anderen.
- Beschikt over weinig tot geen relativiseringsvermogen en denkt en voelt in extremen; kan weinig begrip of tolerantie opbrengen voor mensen die anders zijn of anders denken (tenzij ze zich correct en volgens haar regels, normen en waarden gedragen); rigide denkpatronen; neiging tot veralgemenen van negatieve gebeurtenissen (wanneer 1 ding negatief is, is alles opeens negatief).
- Irrationale preoccupaties met betrekking tot het eigen lichaam en uiterlijkheden; onvermogen om hier van los te komen en deze zaken vanuit een ander perspectief te bekijken; vermijdt spiegels of reflecties in glas, tv e.a.

Betrokkene bekommt een gemiddelde tot bovengemiddelde score op een empathievragenlijst. Zij geeft hierbij aan dat er een groot verschil bestaat in de mate waarin zij zich kan inleven en dat deze sterk afhankelijk is van het gegeven of zij de persoon goed kent of niet en van haar stemming. Indien er aan deze voorwaarden voldaan is, heeft zij het gevoel met alles mee te zijn en op dezelfde golflengte te zitten.

Zij tracht zich "emotioneel in te beelden" hoe iemand zich voelt, maar voelt pas echt wanneer zij het zelf heeft meegemaakt. Verder is zij goed in raad geven; zij zal niet snel iemand vastnemen; zij houdt er in het algemeen niet van om aangeraakt te worden door mensen die ze niet goed kent. Wanneer haar naasten huilen, kan zij gemakkelijk mee huilen; zij wordt snel emotioneel, ook van films.

Desondanks geeft betrokkene aan dat ze haar interesses en dieren verkiest boven mensen. Wanneer zij volledig opgaat in haar interesses kan zij impulsief gedrag stellen zoals plots naar het dierenasiel rijden, zonder rekening te houden met anderen. Ze kan ook haar mening doordrijven zonder rekening te houden met de gevoelens van anderen, vooral wanneer zij vindt dat de algemene normen en waarden overschreden worden. Zij hecht veel belang aan respect voor elkaar en voor de omgeving en botst vaak op onbegrip.

### 3.2. Autismespectrumstoornis volgens de DSM

We lazen net een flard uit het dertien pagina's lange verslag van het psychodiagnostisch onderzoek<sup>58</sup> dat bij Emma werd uitgevoerd. Iets preciezer betreft het de autismespectrumkenmerken in de bespreking van de testresultaten, die Emma overigens bewust nooit doornam.

Ik heb mijn diagnostisch verslag niet gelezen. Ik hoef het niet te lezen, zelfs geen klein stukje. Het is goed om mezelf nog meer in vraag te stellen. Er staat heel gedetailleerd in beschreven wat er mis is met mij. Ik werk al dagelijks aan mijzelf en ga bijna elke week naar mijn therapeute. Dat is voldoende. Ik hoef niet in puntjes te zien wat er zoal met mij scheelt. Je hebt dat document nodig om aan te tonen dat ik effectief ASS heb en om hulp te krijgen, maar mentaal heb ik het niet nodig. Het is te zwart-wit. Er hoort nog een IQ-test bij en dat is ook slechts een momentopname. Allemaal goed om er mij nog meer druk in te maken. Ik zal het allemaal wel ontdekken als ik met die bepaalde punten problemen heb. Ik ondervind het onderweg wel.<sup>59</sup>

Emma doelt met haar verwijzing naar de 'puntjes' en het zwart-witkarakter van het verslag op de categorisering die met het vaststellen van een psychiatrische diagnose gepaard gaan. In dit geval spiegelde een klinisch psychologe Emma's verhaal aan de criteria waaraan voldaan moet worden om met een autismespectrumstoornis gediagnosticeerd te kunnen worden. Die

---

<sup>58</sup> Dienst psychiatrie (2011). *Verslag van psychodiagnostisch onderzoek*. Brussel: UZ Brussel, 13 p. Om privacyredenen werd het verslag niet in de bijlagen opgenomen. Meer informatie hieromtrent is verkrijgbaar bij de auteur.

<sup>59</sup> Emma (2015). *Gesprek 3*. Geïnterviewd door Sven De Boeck, 26 april. Zie digitale bijlagen p. 32-41.

criteria zijn terug te vinden in de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), volgens psychiater-psychotherapeut Dirk De Wachter het handboek bij uitstek voor de diagnose en statistiek van psychische aandoeningen, dat tevens in de meeste landen als standaard in de psychiatrische diagnostiek dient<sup>60</sup>. Het is niet de bedoeling om de conclusies van de klinisch psychologe in het verslag van Emma's psychodiagnostisch onderzoek te toetsen aan de DSM-gids, maar om een idee te geven over hoe zulke criteria eruitzien en om het verdere verloop van dit werk beter te begrijpen, is het wenselijk om de DSM-classificatiecriteria inzake autismespectrumstoornissen op te lijsten.<sup>61</sup>

### **Autismespectrumstoornis**

Autism spectrum disorder

#### **Classificatiecriteria**

- A. Persisterende deficiënties in de sociale communicatie en sociale interactie in uiteenlopende situaties, zoals blijkt uit de volgende actuele of biografische kenmerken (de voorbeelden zijn bedoeld als illustratie en geven geen volledig beeld; zie de tekst na de criteria):
1. Deficiënties in de sociaal-emotionele wederkerigheid, variërend van bijvoorbeeld op een abnormale manier sociaal contact maken en niet in staat zijn tot een normale gespreksinteractie; het verminderd delen van interesses, emoties of affect; een onvermogen om sociale interacties te initiëren en te beantwoorden; tot het niet in staat zijn om een sociale interactie te beginnen of erop in te gaan.
  2. Deficiënties in het non-verbale communicatieve gedrag dat gebruikt wordt voor sociale interactie, variërend van bijvoorbeeld slecht geïntegreerde verbale en non-verbale communicatie; abnormaal gedrag bij oogcontact en lichaamstaal of deficiënties in het begrijpen en gebruiken van gebaren; tot een totaal ontbreken van gezichtsuitdrukkingen en non-verbale communicatie.
  3. Deficiënties in het ontwikkelen, onderhouden en begrijpen van relaties, variërend van bijvoorbeeld problemen met het aanpassen van gedrag aan

---

<sup>60</sup> De Wachter, D. (2012). *Borderline Times: Het einde van de normaliteit*. Tielt: Uitgeverij Lannoo nv, p.11.

<sup>61</sup> American Psychiatric Association (2013). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)*. (vert. uit het Engels in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2014). Amsterdam: Boom, p. 109-110.

verschillende sociale omstandigheden; moeite met deelnemen aan fantasiespel of vrienden maken; tot afwezigheid van belangstelling voor leeftijdgenoten.

→ *Specificeer* actuele ernst:

**De ernst is gebaseerd op beperkingen in de sociale communicatie en beperkte, repetitieve gedragspatronen** (zie tabel 2).

- B. Beperkte, repetitieve gedragspatronen, interesses of activiteiten, zoals blijkt uit minstens twee van de volgende actuele of biografische kenmerken (de voorbeelden zijn bedoeld als illustratie en geven geen volledig beeld; zie de tekst na de criteria):
1. Stereotiep(e) of repetitieve motorische bewegingen, gebruik van voorwerpen of spraak (zoals eenvoudige motorische stereotypieën, speelgoed in een rij zetten of voorwerpen ronddraaien; echolalie; idiosyncratische uitdrukkingen).
  2. Hardnekkig vasthouden aan hetzelfde, inflexibel gehecht zijn aan routines of geritualiseerde patronen van verbaal of non-verbaal gedrag (bijvoorbeeld extreem overstuur bij kleine veranderingen, moeite met overgangen, rigide denkpatronen, rituele wijze van begroeten, de behoefte om steeds dezelfde route te volgen of elke dag hetzelfde te eten).
  3. Zeer beperkte, gefixeerde interesses die abnormaal intens of gefocust zijn (bijvoorbeeld een sterke gehechtheid aan of preoccupatie met ongebruikelijke voorwerpen, bijzonder specifieke of hardnekkige interesses).
  4. Hyper- of hyporeactiviteit op zintuiglijke prikkels of ongewone belangstelling voor de zintuiglijke aspecten van de omgeving (bijvoorbeeld duidelijk ongevoelig voor pijn en/of temperatuur, een negatieve reactie op specifieke geluiden of texturen, excessief ruiken aan of aanraken van voorwerpen, visuele fascinatie met lichten of beweging).

→ *Specificeer* actuele ernst:

**De ernst is gebaseerd op beperkingen in de sociale communicatie en beperkte, repetitieve gedragspatronen** (zie tabel 2).

- C. De symptomen moeten aanwezig zijn in de vroege ontwikkelingsperiode (maar kunnen soms pas volledig manifest worden wanneer de sociale eisen de begrensde vermogens overstijgen, of kunnen worden gemaskeerd door op latere leeftijd aangeleerde strategieën).

- D. De symptomen veroorzaken klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- E. De stoornissen kunnen niet beter worden verklaard door een verstandelijke beperking (verstandelijke-ontwikkelingsstoornis) of een globale ontwikkelingsachterstand. Een verstandelijke beperking en de autismespectrumstoornis komen geregeld samen voor; om de comorbide classificatie autismespectrumstoornis naast een verstandelijke beperking toe te kennen moet de sociale communicatie onder het verwachte algemene ontwikkelingsniveau liggen.

**NB** Mensen aan wie eerder een DSM-IV-classificatie autistische stoornis, stoornis van Asperger of pervasieve ontwikkelingsstoornis niet anderszins omschreven (PDD-NOS) is toegekend, moeten nu de classificatie autismespectrumstoornis krijgen. Mensen met opvallende tekortkomingen in de sociale communicatie maar van wie de symptomen verder niet aan de criteria voor de autismespectrumstoornis voldoen, moeten worden onderzocht op de sociale (pragmatische) communicatiestoornis.

Na de oplijsting van de classificatiecriteria volgt er in de DSM-gids telkens nog een toelichting bij elke stoornis over onder andere registratieprocedures, de mate van ernst (in het geval van ASS zijn er drie niveaus van ernst), de diagnostische kenmerken en dergelijke meer. Over de psychische aandoeningen die in de DSM omschreven worden, de totstandkoming van de categorieën en de manier waarop het handboek in de praktijk gebruikt wordt, valt dus heel wat te zeggen. Daarom gaan we in wat volgt uitvoeriger in op de problematieken die met de DSM, maar evengoed met andere classificatiesystemen zoals de International Classification of Diseases (ICD), gepaard gaan. Zo zien we in dit hoofdstuk met Paul Verhaeghe dat er veel kritieken op de DSM geformuleerd kunnen worden. Wel dient te worden onderlijnd dat de concrete opmerkingen die Verhaeghe maakt vaak betrekking hebben op fenomenen die in een breder kader besproken kunnen worden en meer toelichting verdienen. Daarom halen we er in een volgend hoofdstuk nog enkele hedendaagse stemmen bij die ook op de een of andere manier wat vertellen over (het stellen van) psychische diagnoses. Vooraleer we hier de commentaren van Paul Verhaeghe uiteenzetten, volgt echter nog een kort overzicht van de evolutie die de DSM-gids door de jaren heen onderging.

### 3.3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM): een overzicht van de evolutie

Bovenstaande DSM-weergave van de autismespectrumstoornis komt uit de vijfde en meest recente versie (2013) van het veelbesproken Amerikaanse handboek. Voor de allereerste publicatie moeten we echter terugkeren naar 1952, toen de DSM-I door de American Psychiatric Association (APA) in het leven geroepen werd. Die kwam er omdat er tot voordien verscheidene classificatiesystemen voor geestesziekten in gebruik waren die nogal verschilden afhankelijk van hun doel: **gebruik in klinische, statistische, of onderzoekssferen**. Bovendien maakten sommige systemen slechts gebruik van een handvol diagnostische categorieën, terwijl andere honderden opdelingen maakten. Om orde in deze chaos te scheppen, baseerde de APA zich op de door de Wereldgezondheidsorganisatie (World Health Organisation, WHO) gepubliceerde editie van de International Classification of Diseases (ICD), die in haar zesde editie voor het eerst een sectie opnam voor mentale stoornissen. De eerste versie van de DSM zou 145 pagina's lang worden en 106 mentale stoornissen omschrijven. Het is tevens de **eerste officiële handleiding voor mentale stoornissen die gericht is op klinisch gebruik**.<sup>62</sup>

Zestien jaar later kwam er een eerste herziening op de markt. Nieuw in de DSM-II (1968) waren gedragsstoornissen toegespitst op kinderen en adolescenten, waaronder de diagnose 'hyperkinetic reaction of childhood', voorloper van het huidige 'Attention Deficit Hyperactivity Disorder' – in de volksmond kortweg ADHD. Ook de sectie over seksuele afwijkingen behoorde tot de nieuwigheden. Pedofilie, exhibitionisme, voyeurisme en zelfs homoseksualiteit (!) werden opgenomen in het handboek. Na een storm van protest werd laatstgenoemde in de zevende druk van de DSM-II echter weer afgevoerd. Aan de publicatie van de opvolger, de DSM-III (1980) werd zes jaar gewerkt. Met zijn 494 pagina's en 294 stoornissen neemt de gids – zeker in vergelijking met voorgaande versies – grotere proporties aan. Het classificatiesysteem werd grondig herzien; **descriptieve paragrafen maakten plaats voor observeerbare criteria voor elke stoornis**. Om gediagnosticeerd te worden, moest men aan een zeker aantal criteria voldoen. Dit drempelsysteem betekende natuurlijk ook dat de aan- of afwezigheid van één enkel criterium over iemands diagnose kon beslissen. En zo was

---

<sup>62</sup> American Psychiatric Association (2015). *DSM: History of the manual*. [online] <<http://www.psychiatry.org/practice/dsm/dsm-history-of-the-manual>> [Geraadpleegd op 14 mei 2015] en Deyoung, N. (s.d.). *The DSM-I and DSM-II*. [online] <<https://sites.google.com/site/psych54000/early-dsm>> [Geraadpleegd op 14 mei 2015].



de handleiding weer aan een opknapbeurt toe. De DSM-IV (1994) kwam tot stand dankzij de hulp van meer dan duizend deskundigen en verschillende organisaties, die talrijke wijzigingen aanbrachten in de indeling van stoornissen<sup>63</sup>, de diagnostische criteria en de beschrijvende tekst. Met zijn 886 pagina's was de gids nog nooit zo omvangrijk geweest.<sup>64</sup>

Op de DSM-5 (2013) zou het bijna twintig jaar wachten zijn. Nieuw is dat de American Psychiatric Association (APA) in 2010 een **proefversie online** plaatste en kennis nam van de meer dan tienduizend commentaren die daarop volgden. Grote wijzigingen in volume zijn er dan wel niet te bespeuren, de DSM-5 ziet er opnieuw heel wat anders uit. In een 19 pagina's lang document<sup>65</sup> licht de APA toe wat er zoal veranderd is in de nieuwste versie van de gids. Zo spreken we sinds kort niet meer over autisme, maar over een autismespectrumstoornis (ASS). De verantwoording hiervoor luidt als volgt:

Autism spectrum disorder is a new DSM-5 name that reflects a scientific consensus that four previously separate disorders are actually a single condition with different levels of symptom severity in two core domains. ASD now encompasses the previous DSM-IV autistic disorder (autism), Asperger's disorder, childhood disintegrative disorder, and pervasive developmental disorder not otherwise specified. ASD is characterized by 1) deficits in social communication and social interaction and 2) restricted repetitive behaviors, interests, and activities (RRBs). Because both components are required for diagnosis of ASD, social communication disorder is diagnosed if no RRBs are present.<sup>66</sup>

Ontbeert iemand beide componenten, dan is er dus veeleer sprake van een 'social communication disorder', een nieuwe diagnose onder de noemer 'Communication Disorders' die van toepassing is op mensen met hardnekkige moeilijkheden in het sociale gebruik van verbale en non-verbale communicatie. "Because social communication deficits are one component of autism spectrum disorder (ASD), it is important to note that social (pragmatic) communication disorder cannot be diagnosed in the presence of restricted repetitive behaviors, interests, and activities (the other component of ASD). The symptoms of some

---

<sup>63</sup> Verschillende aandoeningen werden toegevoegd, verwijderd, gereorganiseerd, of opgedeeld in subtypes.

<sup>64</sup> Deyoung, N. (s.d.). *The DSM-I and DSM-II*. [online] <<https://sites.google.com/site/psych54000/early-dsm>> [Geraadpleegd op 14 mei 2015], Deyoung, N. (s.d.) *The DSM-III and DSM-IV*. [online] <<https://sites.google.com/site/psych54000/early-dsm>> [Geraadpleegd op 14 mei 2015] en American Psychiatric Association (2015). *DSM: History of the manual*. [online] <<http://www.psychiatry.org/practice/dsm/dsm-history-of-the-manual>> [Geraadpleegd op 14 mei 2015].

<sup>65</sup> American Psychiatric Association (2013b). *Highlights of Changes from DSM-IV to DSM-5*. [online] S.l.: American Psychiatric Publishing, 19 p. <<http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>> [Geraadpleegd op 14 mei 2015].

<sup>66</sup> IDEM, p. 1-2.

patients diagnosed with DSM-IV pervasive developmental disorder not otherwise specified may meet the DSM-5 criteria for social communication disorder.”<sup>67</sup>

### 3.4. DSM-kritiek met Paul Verhaeghe

Lezers stelden vermoedelijk al de complexiteit vast die met classificatiesystemen als de DSM gepaard gaat. Laten we er nu de kennis van enkele specialisten bij halen om met een kritisch oog te kijken naar het handboek dat veelvuldig door geestelijke gezondheidsverstrekkers wordt gebruikt. We beginnen met klinisch psycholoog en psychoanalyticus Paul Verhaeghe. Die formuleert in *Het einde van de psychotherapie* (2009) immers heel concreet een handvol kritieken op zowel de DSM als, iets breder, de manier van diagnosticeren in het huidige tijdperk. Om zijn DSM-kritieken beter te begrijpen, is het aangewezen om kort te wijzen op de evolutie die de psychotherapie<sup>68</sup> de voorbije decennia doormaakte, zoals door Verhaeghe zelf uiteengezet wordt.

In de jaren zestig stelden democratiseringsbewegingen de autoriteiten op verschillende vlakken ter discussie, schrijft Paul Verhaeghe in *Het einde van de psychotherapie*. Eén van die bewegingen is de antipsychiatrie, die zich als onderdeel van een ruimere maatschappelijke beweging tegen het patriarchaat richtte.<sup>69</sup> De boeman bij uitstek daarbij was de geneesheer-psychiater aan het hoofd van de negentiende-eeuwse instellingen, omdat hij representatief was voor de botte macht waartegen men zich verzette. De onmenselijke en niet-wetenschappelijke behandeling met medicijnen, opsluiting en elektroshocks die volgde na een psychiatrische diagnostiek is een ongenueanceerd uitoefenen van macht, ten dienste van de bestaande orde, zo luidde de kritiek van de antipsychiatrie.<sup>70</sup> Veeleer dan ziektes zijn psychiatrische aandoeningen algemeen menselijke problemen. De beweging van de antipsychiatrie gaf niet enkel kritiek, maar bood ook een oplossing: “Psychotherapie in een vertrouwensvolle

---

<sup>67</sup> American Psychiatric Association (2013). *Highlights of Changes from DSM-IV to DSM-5*. [online] S.l.: American Psychiatric Publishing, p. 1. <<http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>> [Geraadpleegd op 14 mei 2015].

<sup>68</sup> Psychotherapie is een vorm van hulpverlening die, via het methodisch aanwenden van psychologische middelen door gekwalificeerde personen, beoogt mensen te helpen hun gezondheid te verbeteren; de belangrijkste vormen zijn: psychodynamische therapie, cliëntgerichte therapie, gedragstherapie, cognitieve therapie en systeemtherapie. (In: Vandereycken, W. en van Deth, R. (2004). *Psychiatrie: Van diagnose tot behandeling*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, p. 257.)

<sup>69</sup> De Nederlandse instelling Dennendal in de jaren zestig, later bekend geworden door de affaire-Dennendal, is hier een goed voorbeeld van. Zie bijvoorbeeld: NPO Geschiedenis (2002). *Dennendal*. [online] <<http://www.npogeschiedenis.nl/andere-tijden/afleveringen/2002-2003/Dennendal.html>> [Geraadpleegd op 15 juli 2015].

<sup>70</sup> Vanuit filosofische en geschiedkundige hoek spit Michel Foucault dit thema verder uit in *Geboorte van de kliniek* (1963) en *Geschiedenis van de waanzin* (1961). In het volgende hoofdstuk meer over Foucault.

omgeving met een begrijpende therapeut zal veel betere resultaten opleveren dan een gedwongen verblijf in een instelling waar de mens verplicht wordt zich als patiënt te gedragen en waar zij of hij een onpersoonlijke behandeling ondergaat via pillen of, erger nog, elektroshock en lobotomie (het onherstelbaar doorsnijden van hersenverbindingen).<sup>71</sup> Dat zulke ‘begrijpende therapeuten’ niet noodzakelijk instaan voor gelijkere machtsverhoudingen, mag volgens ons ook niet over het hoofd gezien worden.<sup>72</sup>

Hoe dan ook achtte men gemeenschappen en praatgroepen een beter alternatief en ook de humane wetenschappen werden in het leven geroepen. Zulke veranderingen en nieuwigheden waren goed om elke vorm van onderdrukking te vervangen door egalitaire verhoudingen. Vandaag staan we er helemaal anders voor, klinkt het bij Paul Verhaeghe. Medicatie zwaait de plak, het aantal gedwongen opnames in België en Nederland is spectaculair toegenomen en menselijke problemen worden verondersteld een neurologisch-genetische basis te hebben. “Waar is het verkeerd gelopen?”, vraagt de psychoanalyticus zich geërgerd af.<sup>73</sup> Een deel van het antwoord kan gezocht worden bij de DSM-gids, die door Verhaeghe zwaar op de korrel genomen wordt. Lezers dienen er wel rekening mee te houden dat Verhaeghe zijn *Het einde van de psychotherapie* schreef alvorens het in 2009 gepubliceerd werd, toen ook de proefversie van de huidige DSM-5 nog niet online geplaatst was door de American Psychiatry Association (APA). Toch is het nuttig om te kijken naar de kritieken die hij formuleert, aangezien er heel wat elementen in terug te vinden zijn die we later, in een breder kader en met behulp van andere auteurs, verder kunnen uitdiepen. Hieronder een greep uit enkele veronderstellingen over de DSM, volgens Verhaeghe allen illusies.

#### 1) De DSM is wetenschappelijker dan de oude diagnostiek

De categorisering zoals we die terugvinden in de DSM-handleiding zijn allesbehalve vanuit empirisch onderzoek tot stand gekomen. Veeleer spelen het tijdsklimaat en **machtsaspecten** een rol. Homoseksualiteit werd bijvoorbeeld als DSM-categorie afgevoerd na drukvoering van de Amerikaanse homobeweging, aldus Verhaeghe. “Dit wordt nogal griezelig als men de consequentie beseft: dat een dergelijke beslissing evengoed teruggedraaid kan worden op

---

<sup>71</sup> Verhaeghe, P. (2009). *Het einde van de psychotherapie*. Amsterdam: De Bezige Bij, p. 7-8.

<sup>72</sup> Zie bijvoorbeeld Deredactie.be (2012). Nu ook geval van seksueel misbruik door therapeut. *Deredactie.be*, [online] 9 oktober. <<http://deredactie.be/cm/vrtnieuws/regio/vlaamsbrabant/1.1451812>> [Geraadpleegd op 15 juli 2015] en Seksueel misbruik door hulpverleners (s.d.). *Algemeen*. [online] <<http://www.seksueelmisbruikdoorhulpverleners.be/index.html>> [Geraadpleegd op 15 juli 2015].

<sup>73</sup> Verhaeghe, P. (2009). *Op. Cit.*, p. 9-10.

grond van dezelfde reden, namelijk macht.”<sup>74</sup> Wel negeert Verhaeghe dat de homobeweging macht verwierf door haar sterke argumenten, wat helemaal niet zo griezelig is. Daarnaast, gaat de klinisch psycholoog verder, staat ook de helft van de DSM-comitéleden op de een of andere manier voor erg omvangrijke bedragen op de loonlijst van Big Pharma. De **financiële banden met de farmacologie** zijn bijgevolg aanzienlijk. Nog belangrijker hier, vindt Verhaeghe de kritiek op het waarheidsgehalte van de DSM, die hij in drie argumenten uiteenzet. Ten eerste slaagt geen enkel onderzoek er volgens de psychoanalyticus in om het veronderstelde **categoriale karakter van de stoornissen** aan te tonen. Er is geen duidelijke afscheiding tussen de verschillende stoornissen en, meer nog, er bestaat zelfs geen duidelijke **demarcatie tussen normaliteit en pathologie**. Ook stuit men in de eigenlijke klinische toepassing op een grootschalige overlap, waarbij één cliënt meerdere ‘disorders’ of stoornissen vertoont. Dit fenomeen wordt aangeduid met de term **comorbiditeit**. In omgekeerde richting zijn er, ondanks de overvloed, ook heel wat patiënten te vinden die in geen enkele categorie onder te brengen zijn. Ten slotte gebeurt de toewijzing aan een categorie volgens Verhaeghe op grond van **arbitraire afwegingen**. De klinisch psycholoog geeft het voorbeeld van de borderline persoonlijkheidsstoornis. Om dat label opgekleefd te krijgen, moet men aan minstens vijf van de negen beschreven kenmerken voldoen. Volgens de DSM zou men dus op 256 mogelijke manieren met borderline gediagnosticeerd kunnen worden. Ook is het mogelijk dat twee mensen met diezelfde diagnose slechts één van de negen beschreven kenmerken delen.<sup>75</sup>

## 2) De DSM is betrouwbaarder dan de oude diagnostiek

Niet alleen de wetenschappelijkheid, maar ook de **betrouwbaarheid** van de DSM-gids wordt door Paul Verhaeghe in vraag gesteld. “Enerzijds is er een groep die de betrouwbaarheid bejubelt, anderzijds zijn er studies die deze heel sterk in twijfel trekken. Toevallig of niet blijken die eerste nagenoeg steeds uit de **biomedische hoek** te komen.”<sup>76</sup> Dat er om de zoveel jaren een nieuwe DSM-versie uitkomt, betekent trouwens niet dat de **opzet en werkmethode** veranderd zijn. Toch wordt de kritiek steevast weggewuifd met de mededeling “dat deze vooral de vorige versie betreft en dat de toekomstige versie die fouten zal vervangen”. “Hoe het ook zij, de terugkerende vaststelling dat een patiënt nagenoeg **steeds in meer categorieën**

---

<sup>74</sup> Verhaeghe, P. (2009). *Op. Cit.*, p. 120-121.

<sup>75</sup> IDEM, p. 121-122.

<sup>76</sup> IDEM, p. 123.

ondergebracht kan worden, volstaat op zich al om de betrouwbaarheid van de DSM ernstig in twijfel te trekken.”<sup>77</sup> Terwijl de categorieën op zich nauwelijks in vraag gesteld worden en het nochtans precies de aard van die definiëring is die bepalend is voor de richting die de behandeling zal uitgaan.<sup>78</sup> Repressief is dat, aldus Verhaeghe.

### 3) De DSM is meer valide dan de oude diagnostiek

Ook de **validiteit** van de DSM, de mate waarin het woord of de woordelijke omschrijving overeenkomt met het eigenlijke fenomeen, laat te wensen over. Door de groepering van een aantal beschrijvende gedragskenmerken te representeren als categorieën, wordt steeds meer aangenomen dat het gedragsbeschrijvende label de oorzaak van het probleem aangeeft.<sup>79</sup> Onderstaand citaat van Paul Verhaeghe verduidelijkt dit.<sup>80</sup>

‘Dat kind heeft ADHD’, en niet: ‘Dat kind kan zijn aandacht er niet bij houden en is vaak erg druk.’ Deze verschuiving van een loutere gedragsbeschrijving naar een **veronderstelde entiteit** is allesbehalve onschuldig, omdat daarin de impliciete aanname schuilt dat een plotsklaps tot syndroom verheven gedragsbeschrijving wel een lichamelijke oorzaak zal hebben. Onvermijdelijk stuurt dit het onderzoek dan ook in die richting: ‘Wat is de neurologisch-genetische oorzaak van ADHD?’ Even onvermijdelijk is de veronderstelling dat de **behandeling van medisch-farmacologische aard** moet zijn.<sup>81</sup>

Dat zulke veronderstelde entiteiten – denk trouwens aan de ‘totalitaire reducties’ en ‘maatschappelijke rollen’ die bij Emmanuel Levinas aan bod komen – bovendien **afkortingen** zijn, beschouwt Verhaeghe als gevaarlijk omdat ze de oorspronkelijke betekenisgelaagdheid van een begrip wegvegen en de deur openzetten voor nieuwe, niet-onschuldige invullingen.<sup>82</sup>

### 4) De DSM heeft de oude machtsrelatie tussen dokter en patiënt vervangen door een menswaardige verhouding

Verder stelt Verhaeghe dat de DSM ook de oude **machtsrelatie tussen dokter en patiënt** volledig in stand houdt. De nadruk ligt op een objectiverende blik en de dokter catalogeert de patiënt binnen een aantal vooraf gedefinieerde criteria, die aan- of afgevinkt kunnen worden. “Kortom, de diagnosticus als registratiemachine ten behoeve van de administratie en het

---

<sup>77</sup> Verhaeghe, P. (2009). *Op. Cit.*, p. 124.

<sup>78</sup> IDEM, p. 141.

<sup>79</sup> IDEM, p. 124.

<sup>80</sup> Om er de nadruk op te leggen, heb ik enkele termen in het citaat zelf vetgedrukt weergegeven.

<sup>81</sup> Verhaeghe, P. (2009). *Op. Cit.*, p. 124-125.

<sup>82</sup> IDEM, p. 125.

archieff”, klinkt het cynisch. Qua inhoud en denkwijze is er een regressie aan de gang naar een eng biologisch denkkader dat aansluit bij het verlangen van menswetenschappers om met de harde wetenschappers te mogen wedijveren, zo luidt de pessimistische vaststelling.<sup>83</sup>

5) De DSM maakt het mogelijk de beste behandeling uit te kiezen

Ten slotte, nadert Paul Verhaeghe het einde van zijn kritiek op de veelbesproken gids, hadden de opstellers van de DSM helemaal niet voor ogen om op basis van het handboek de **beste behandeling** te kunnen kiezen. Hierdoor verdwijnt het evolutieve of dynamische aspect van psychische moeilijkheden en het belang van de omgeving, één van de belangrijkste ontdekkingen van de klassieke psychiatrie. Waarom de gids dan wel opgesteld werd? **Communeerbaarheid, wetenschappelijk onderzoek en registratie.** Met als gevolg dat een diagnose iemand levenslang kan achtervolgen.<sup>84</sup>

Een diagnostische aanpak die beperkt blijft tot het gedrag leidt tot een negatief waardeoordeel vermomd als diagnose, zodat de behandeling slechts symptoomdempend en gedragscorrigerend kan zijn. Helaas is het succes van een dergelijke aanpak meestal zeer beperkt, wat menig jonge clinicus tot de overtuiging brengt dat die gedragsstoornissen een hardnekkige neurobiologische basis hebben. Het idee dat symptomen voor de patiënt wel eens een psychologische functie zouden kunnen hebben, is niet meer van deze tijd.<sup>85</sup>

De voornaamste symptoomdempende behandeling vindt dan ook plaats met **medicijnen**. Geen therapeutische, maar een **commerciële consequentie**, aldus Verhaeghe. Concluderend stelt de psychoanalyticus dat de DSM met al het voorgenoemde ten volle heeft doorgevoerd wat de antipsychiatrie probeerde te vermijden. “Een diagnostisch systeem dat geen aandacht wil besteden aan de oorzaken van een psychisch probleem en dat bovendien geen therapeutische bedoelingen wil hebben, hangt in het luchtledige.”<sup>86</sup>

---

<sup>83</sup> Verhaeghe, P. (2009). *Op. Cit.*, p. 126-127.

<sup>84</sup> IDEM, p. 127-129.

<sup>85</sup> IDEM, p. 130.

<sup>86</sup> IBIDEM.



Ik heb geen autisme, de rest heeft autisme.

Ik denk normaal. Het is de rest die niet normaal denkt.

Wie bepaalt dat ook, wat anders is? Wat zijn de richtlijnen om normaal te zijn?



Toen ik te horen kreeg dat ik autisme had, dacht ik: 'Ik heb geen autisme, de rest heeft autisme. Ik denk normaal. Het is de rest die niet normaal denkt'. Wie bepaalt dat ook, wat anders is? Wat zijn de richtlijnen om normaal te zijn? Ik wil helemaal niet normaal zijn. Ik weet nog goed dat ik in een bepaalde fase zelf opzoekingswerk deed op het internet: 'Hoe zit het met mij? Wat zijn mijn problemen?' Ik bleef laat op en maakte me erg druk. Ik begon 's nachts na te denken over mijn problemen: 'Dit is het en daar moet ik aan werken'. Ik kon het allemaal samenvatten alsof ik mezelf aan het diagnosticeren was. Maar dan was de oplossing er nog niet natuurlijk. Ik dacht ook altijd: 'Het is autisme, je kan het niet genezen! Het is niet eerlijk, ik wil genezen, ik wil dat niet meer. Voor hoeveel procent is dat autisme dan ook effectief aanwezig? En wat als het er niet zou zijn? Misschien vallen mijn goede eigenschappen dan ook weg? Welke gedragingen kan ik ermee verbinden?' Dat was dan de 'wat als'-fase en de weg naar aanvaarding. Dat was een erg hobbelige weg, met ups en veel downs. Ik dacht na over hoe ik het kon oplossen, waar ik een tandje kon bijsteken, waar het van levensbelang was dat ik extra mijn best deed, wat ik links moest laten liggen, enzovoort. Met andere woorden: gek worden.

Ik kan toch ook niet alles op mijn diagnose steken? Het is zo een ruim spectrum, je kan gewoon niet zwart op wit zeggen: dit is autisme en dit is Emma. Ik denk wel dat ik sommige dingen aan de diagnose kan koppelen als ik de specifieke eigenschappen van de autismspectrumstoornis lees. Maar evengoed denk ik dat als ik geen autisme zou hebben, ik een heel ander persoon zou zijn. Ik vergeleek het eens met ijs. Je hebt een lege kom en er worden een aantal bollen ijs in gedaan. Na verloop van tijd smelt het ijs en wordt het één geheel. Hoeveel procent van die bollen ijs is je autisme en hoeveel procent is je persoonlijkheid? Je kunt niet meer zeggen wat mijn autisme precies is, want alles is toch gesmolten. Als je alle gesmolten bollen weer uit de kom wilt halen, dan zou je ook delen van mijn persoonlijkheid wegnemen. En je weet niet welke, want je ziet niet meer wat het aanvankelijk was. Als je mij dus zou vragen of ik mijn autisme weg wil, antwoord ik neen, want je zou een heel deel van wie ik ben meenemen. Dat betekent natuurlijk niet dat ik sta te springen omdat ik die diagnose gekregen heb, maar als ik me niet goed voel, kan ik wel zeggen waaraan het ligt. Daarmee bedoel ik niet dat ik het als een uitvlucht gebruik, maar het is wel een opluchting dat het erkend wordt. Het label zelf doet er dus niet veel toe. Ik zou liever de symptomen niet hebben en verbinding maken met een normale mens.



#### **4. Ziek of gezond?**

Zoals eerder vermeld draait deze masterproef niet om de DSM-gids. Toch is het van belang om rekening te houden met het instrument dat vandaag in talrijke landen veelvuldig gebruikt wordt om mensen een psychiatrische diagnose toe te kennen. Met behulp van de gids wordt immers bepaald of iemand normaal dan wel pathologisch, ziek of gezond, gewoon of zelfs gestoord is – iets waar Paul Verhaeghe ook op wijst door te stellen dat er geen duidelijke demarcatie is tussen normaliteit en pathologie. In dat opzicht is het onontbeerlijk om enkele begrippen onder de loep te nemen. Zo lezen we dat Emma zich in het in voorgaande fragment eveneens vragen stelt over het concept ‘normaliteit’. Houden we het thema van deze masterproef in het achterhoofd, dan staat normaliteit voor zoveel als ‘gewoon’ of ‘gezond’. Daarom opteer ik er in de eerste plaats voor om met het begrippenpaar ziek en gezond te werken. Deze termen behelzen immers het domein van de gezondheidszorg en dat is waar het hier, met mensen die een psychiatrische diagnose hebben gekregen op de voorgrond, precies om gaat.

Hieronder volgt met behulp van Maartje Schermer, bijzonder hoogleraar in de filosofie van de geneeskunde aan het Universitair Medisch Centrum Rotterdam (Erasmus MC), een korte uiteenzetting over de verschillende invullingen van beide begrippen. Aan de hand van het werk van VUB-onderzoekster Jasmina Sermijn gaan we vervolgens verder in op een van de besproken theorieën, namelijk het sociaal-constructivisme. Sermijn doet in haar werk onder meer een beroep op het denken van de Franse filosoof Michel Foucault, wiens ideeën over macht en discours we hier zelf ook zullen belichten. Dit alles zal duidelijk maken dat de diagnostische classificaties die veelvuldig gebruikt worden steeds het resultaat zijn van menselijke keuzes. Dat laat ons tevens toe om de kritieken op classificatiesystemen als de DSM beter te begrijpen, want ook talloze andere auteurs buigen zich over het fenomeen van diagnosticeren. Zo kijken we nog met de Nederlandse filosoof en psychiater Gerrit Glas en filosofe en psychologe Trudy Dehue naar enkele (ongewenste) neveneffecten van classificatiesystemen, om ten slotte (een deel van) de kritiek te nuanceren met wetenschapsfilosoof Maarten Boudry.

#### 4.1. Schermer en de naturalistische, normativistische en sociaal-constructivistische theorie

“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”<sup>87</sup> Zo luidt de definitie van gezondheid volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (World Health Organisation, WHO). Dat er in de definitie zelf al vermeld wordt dat gezondheid meer is dan louter de afwezigheid van ziekte of lichamelijke gebreken, wijst op de complexiteit ervan en toont ook aan dat het begrip op verschillende manieren geïnterpreteerd kan worden. In *Wat is ziek, wat is gezond? Over verschillende begrippen van ziekte* (2013), spit de Nederlandse filosofe Maartje Schermer deze kwestie verder uit. Zo merkt ze bijvoorbeeld op dat ziekte en gezondheid doorgaans tegenover elkaar geplaatst worden. Volgens de WHO is ‘de afwezigheid van ziekte’ een negatieve definitie van gezondheid die niet volstaat. Om die reden ontwikkelde zij een positievere invulling waarbij de aanwezigheid van welbevinden centraal staat. Echter, volgens onder andere de Nederlandse arts Machteld Huber volstaat ook de definitie van de WHO niet. Samen met haar collega’s ziet zij gezondheid eerder als ‘the ability to adapt and to self-manage’. Maartje Schermer licht toe: “Deze benadering van gezondheid ziet gezondheid niet als een statische toestand, maar als een dynamisch proces waarbij het vermogen tot adaptie (op fysiek, mentaal en sociaal vlak) centraal staat [...]. Deze benadering sluit dus niet uit dat iemand gezond is, terwijl hij aan een of meer ziekten lijdt. Zolang iemand in staat is zich goed te redden, zolang hij fysiek en mentaal in een zeker evenwicht is, is er sprake van gezondheid.”<sup>88</sup>

Niet enkel het begrip gezondheid, maar ook de term ziekte kent vele invullingen. Schermer haalt er enkele theorieën bij die hier meer duidelijkheid over scheppen. Samen met de bijzonder hoogleraar in de filosofie van de geneeskunde kijken we naar de naturalistische, de normativistische en de sociaal-constructivistische theorie. Volgens de naturalistische theorie is **ziekte een objectief en waardenvrij gegeven**. Ziekte hangt af van een voor de soort normaal functioneren, dat op zijn beurt wordt bepaald door het biologische ontwerp van het organisme, dat gericht is op voortplanting en overleving van de soort. Wat ziekte is, wordt onafhankelijk van individuele of sociale normen en waarden vastgesteld. Ziekte wordt gezien als een natuurwetenschappelijk gegeven en kent harde, objectieve feiten. De naturalistische

---

<sup>87</sup> World Health Organization (2015). *Constitution of WHO: principles*. [online] <<http://www.who.int/about/mission/en/>> [Geraadpleegd op 16 mei 2015].

<sup>88</sup> Schermer, M. (2013). Wat is ziek, wat is gezond? Over verschillende begrippen van ziekte, in: *Komt een filosoof bij de dokter*. Schermer, M., Boenink, M., Meynen, G. (red.). Amsterdam: Boom, p. 120.

theorie is ook toepasbaar op dieren en planten en sluit aan bij een biomedische manier van denken. Dat mensen naast biologische “ook betekenisgevende wezens zijn voor wie ziekte meer betekent dan louter een verminderde kans op overleving van de soort, en voor wie ‘normaal functioneren’ meer betekent dan het bezitten van normaal werkende biologische en fysiologische functies”, wordt volgens Maartje Schermer in deze visie echter over het hoofd gezien. De filosofe haalt er de biostatistische theorie van bioloog-filosoof Christopher Boorse bij omdat die geldt als een goed voorbeeld voor een naturalistische theorie. Volgens Boorse is ziek zijn ‘sub-normaal’ functioneren. Wat subnormaal is, wordt statistisch vastgesteld in vergelijking met een groep organismen van dezelfde soort, leeftijdsgroep en geslacht. Maar moeten we dan ook vaststellen dat mensen met een bril of lenzen subnormaal functioneren en bijgevolg ziek zijn omdat de waarden van hun oogsterkte onder de gemiddeldes liggen? Boorse zelf stelt dat zijn theorie ons alledaags en praktisch begrip van ziekte niet per se in de weg hoeft te staan. In de praktijk – bij de beslissing of iets al dan niet medisch behandeld moet worden, of reden is om ziekteverlof of een uitkering te krijgen – spelen sociale, psychologische, maatschappelijke en morele waarden immers een rol.<sup>89</sup>

De tweede soort theorieën die we met Schermer bekijken, de normativistische, stellen dat de **kern van ziekte gelegen is in de negatieve waarde of onwenselijkheid van pijn, hinder of beperkingen**. Ziekte brengt primair lijden of beperkingen in het functioneren en nastreven van levensdoelen mee. Dat dit veroorzaakt wordt door een biologisch proces of afwijking, is slechts van secundair belang. Objectieve begrippen zoals leven en dood maken plaats voor normatieve begrippen zoals welzijn of welbevinden. Eén van de bekendste en invloedrijkste theorieën binnen dit paradigma komt van de Zweedse professor aan het Ersta Sköndal University College Lennart Nordenfelt, die gezondheid definieert als “iemand's vermogen om – onder normale omstandigheden – voor hem of haar essentiële doelen te bereiken die een minimaal niveau van welbevinden of geluk bewerkstelligen”.<sup>90</sup> Deze doelen verschillen van persoon tot persoon, wat maakt dat gezondheid voor verscheidene mensen een andere invulling kan hebben – wat niet wegneemt dat veel ziektes vele levensdoelen zullen hinderen. Nordenfelt maakt een onderscheid tussen *illness*, de ervaren hinder of last, en *disease*, de fysieke en mentale processen die deze hinder of last veroorzaken. Veeleer dan te kijken naar een willekeurig biologisch organisme (zoals bij de naturalistische theorie), kijkt Nordenfelt

---

<sup>89</sup> Schermer, M. (2013). *Op. Cit.*, p. 121-122.

<sup>90</sup> IDEM, p. 122.

naar de hele mens als unieke, individuele persoon. De afwijking *an sich* is geen prioriteit in deze visie. Het betekenisgevende aspect van deze theorie maakt ook dat ziekte voor mensen niet zomaar gelijkgesteld kan worden met ziekte voor dieren en planten. Maar wat als ik mijzelf beperkt, gehinderd en minder gelukkig voel omdat mijn thesis niet goed bevonden wordt? Zou Nordenfelt mij dan ook als ziek bestempelen?<sup>91</sup>

Het meest relevant voor deze masterproef, zoals we nog zullen zien, is de derde theorie die Schermer bespreekt. Een nog groter belang aan normen en waarden bij het definiëren van een ziekte wordt immers toegekend door sociaal-constructivisten. Voor hen is **ziekte “een begrip dat gevormd en gebruikt wordt in concrete praktijken, met het oog op bepaalde doelen”**. De maatschappij waarin we leven en de vraag wat in die maatschappij als goed of slecht, normaal of abnormaal en wenselijk of onwenselijk wordt gezien, bepaalt (mede) wat een ziekte is. **Maatschappelijke context is onontbeerlijk**. Veel ziektebeelden zijn bijvoorbeeld gebaseerd op menselijke beoordelingen, afspraken, keuzes en conventies. Zo botst men bij het bepalen van statistische onder- en bovengrenzen op een zeker moment op de vraag waar de grens precies getrokken moet worden – denk aan het voorbeeld van de borderline persoonlijkheidsstoornis, het label dat slechts toegekend kan worden indien men aan minstens vijf van de negen DSM-kenmerken voldoet. Erboven of eronder, gaat Maartje Schermer verder, staat verre van altijd gelijk aan leven of dood, geluk of ongeluk. Nog specifiekere wijzen sociaal-constructivisten erop dat afspraken over normaalwaarden, normen en afgrenzingen van ziektebeelden ook beïnvloed worden door economische, technologische en sociale factoren. Zo kan een op winst gebaseerde farmaceutische industrie de druk opvoeren om kwistiger met diagnoses om te springen, of kan een privaat gesubsidieerde onderzoeksgroep pronken met haar technieken die kleine afwijkingen gedetailleerd kunnen opsporen, in de hoop dat die afwijkingen binnen ziektegrenzen opgenomen worden zodat er nadien weer nieuw kapitaal naar de onderzoeksgroep stroomt.<sup>92</sup>

#### **4.2. Jasmina Sermijn en Michel Foucault: discours en macht**

Ook VUB-onderzoekster Jasmina Sermijn weidt uit over deze problematiek. De doctor in de klinische psychologie stelt in *Ik in veelvoud: een zoektocht naar de relatie tussen mens en psychiatrische diagnose* (2008) dat aanhangers van het constructionistische perspectief

---

<sup>91</sup> Schermer, M. (2013). *Op. Cit.*, p. 122-123.

<sup>92</sup> IDEM, p. 124-126.

**diagnoses omschrijven als “sociale, talige constructen:** sociaal geconstrueerde betekenissen die mensen van een bepaalde cultuur en tijd delen met elkaar en die bijgevolg ook verschillend kunnen zijn afhankelijk van de cultuur en tijdsperiode”.<sup>93</sup> Dat betekent ook dat we ons volgens dit paradigma zelfs **vragen kunnen stellen over het statuut van concepten als ‘geestesziekte’, ‘psychiatrische diagnose’, ‘mentale stoornis’** en ga zo maar door. Als gevolg van de interactie tussen een subject (bijvoorbeeld de klinisch psycholoog) en object (zoals de diagnose ASS) is betekenis immers steeds geconstrueerd. Anders geformuleerd: tussen het ‘werkelijke’ object en het object zoals dat verschijnt in de wetenschappelijke theorie, aldus Sermijn, zit de mens (het subject) verrat die het ‘werkelijke’ object op een bepaalde manier betekenis geeft. “Dat geven van betekenis is onlosmakelijk verweven met de taal en het discours dat mensen hanteren in hun betekenisverlening.”<sup>94</sup>

Over dat discours valt heel wat te zeggen. Sermijn put hier uit het werk van de Franse filosoof Michel Foucault, die in *Geschiedenis van de waanzin* (1961) onder andere aantoont dat er doorheen de geschiedenis **verschillende discourses over waanzin** bestonden en aangehangen werden. Maar wat is zo’n discours nu precies? Voor Foucault is kennis geen ware afspiegeling van de werkelijkheid. Een object en zijn stoffelijkheid kunnen niet worden gescheiden van de formele kaders waardoor wij het leren kennen. Het zijn dergelijke formele kaders die de Franse wijsgeer aanduidt met het begrip discours. Kijken we bijvoorbeeld naar het strafrecht, een thema dat Foucault in *Discipline, toezicht en straf: De geboorte van de gevangenis* (1975) behandelt, dan liggen de verschillende discourses verrat in de strafwetten, de handelingen, de instellingen, de bevoegdheden, de gewoonten en ook de gebouwen. Elk discours laat dus een massa elementen in werking treden: gewoonten, soorten van kennis, normen, wetten, instellingen, ... Allen samen worden ze door Foucault als ‘discursieve praktijken’ of ‘apparaten’ (‘dispositif’) omschreven. Daarom moeten we ook vrede nemen met het bereiken van een ‘ding’ als ‘fenomeen’, want we kunnen dat ‘ding op zich’ niet scheiden van het discours waarin het zit opgesloten.<sup>95</sup>

Zo belanden we bij een tweede belangrijke notie in het werk van Michel Foucault. Bepaalde discursieve praktijken vormen immers een apparaat van kennis en **macht**. Wie spreekt in

---

<sup>93</sup> Sermijn, J. (2008). *Ik in veelvoud – Een zoektocht naar de relatie tussen mens en psychiatrische diagnose*. Leuven: Acco, p. 16.

<sup>94</sup> IDEM, p. 24.

<sup>95</sup> Veyne, P. (2008). *Foucault, de denker, de mens*. (vert. uit het Frans door Oosthout, H., 2010) Kampen: Uitgeverij Klement, p. 12, 16-18.

overeenstemming met het heersende discours wordt geacht de waarheid te spreken.<sup>96</sup> In *Geschiedenis van de waanzin* (1961) en *De orde van het vertoog* (1971) krijgt macht eerder een negatieve betekenis; macht wordt opgevat als uitsluiting.<sup>97</sup> Foucault bespreekt splitsingen als de rede en de waanzin, het rationele en het onredelijke, het gezonde en het zieke, het normale en het abnormale (1961) en behandelt later ook opdelingen zoals het vertoog van de deskundige over de leek, de wetenschappelijke versus de onwetenschappelijke, enzovoort (1971).<sup>98</sup> Het volgende fragment uit *Geschiedenis van de waanzin* geeft mooi weer hoe macht aanvankelijk negatief ingevuld werd door de Franse denker. “De macht van de arts is van nature moreel en sociaal. Hij wortelt in de onmondigheid van de krankzinnige, in de vervreemding van zijn persoon – niet van zijn geest. Indien de medicus in staat is de waanzin te definiëren, dan komt dat niet doordat hij die kent, maar doordat hij die de baas is.”<sup>99</sup>

In de jaren zeventig onderzoekt Foucault de verhouding tussen het weten en de macht – *savoir-pouvoir*. We zien hoe hij het machtsconcept steeds verder ontwikkelt, niet in het minst onder invloed van Jeremy Bentham en diens *Panopticon, or the Inspection-House* (1971).<sup>100</sup> Het panopticon leidt volgens Foucault tot gunstige fenomenen als het optimaliseren van de productie en een verbeteren van de gezondheid – merk op hoe macht hier veel positiever opgevat wordt. Macht is geen eenheid die functioneert vanuit een centrum, maar een alomtegenwoordige veelheid aan krachtsverhoudingen die verspreid en heterogeen zijn. Macht is ook geen eigendom of bezit dat men kan verwerven, behouden of verliezen, maar een complex geheel van tactieken en een ingewikkeld kluwen van krachtsverhoudingen; een strijd. Macht roept altijd en overal verzet op. Dat verzet is trouwens mede constitutief voor de macht. Zonder gedetineerden functioneert het panopticon niet. Daarom is macht dynamisch en

---

<sup>96</sup> Veyne, P. (2008). *Op. Cit.*, p. 124.

<sup>97</sup> Devos, R. (2004). *Macht en verzet. Het subject in het denken van Michel Foucault*. Kapellen: Uitgeverij Pelckmans, p. 15, 21.

<sup>98</sup> IDEM, p. 22.

<sup>99</sup> Foucault, M. (1961). *Geschiedenis van de waanzin*. (vert. uit het Frans door Heering-Moorman, C.P., 1984) Meppel: Boom, p. 265.

<sup>100</sup> Devos, R. (2004). *Op. Cit.*, p. 26, 31. Het panopticon, een ringvormig gebouw met een toren in het midden, is in de eerste plaats bedoeld als een constructieprincipe voor de moderne gevangenis, maar kan ook toegepast worden in elke instelling waar personen onder toezicht staan, zoals scholen, klinieken, psychiatrische instellingen, kazernes, fabrieken, ... De gevangene is altijd zichtbaar, de bewaker is onzichtbaar. “De macht wordt uitgeoefend via een asymmetrische onzichtbaarheid: ze ziet zonder gezien te worden. [...] De gevangene weet niet of hij op een bepaald moment effectief gezien wordt, maar hij weet wel dat hij op elk moment zichtbaar is. [...] De macht functioneert onpersoonlijk en automatisch. De gedetineerden worden geïndividualiseerd, de macht daarentegen wordt gedesindividualiseerd. De macht *werkt*, in principe zelfs als niemand ze daadwerkelijk uitoefent: door de inrichting van de ruimte, de inval van het licht, de plaatsing van de lichamen, de asymmetrie van de blikken. Die opstelling maakt mogelijk dat de macht zonder geweld wordt uitgeoefend. Geweld is immers riskant voor de macht: het kan tegengeweld uitoefenen.” (In: Devos, R. (2004). *Op. Cit.*, p. 30-32).

veranderlijk. “De macht kan je onverwacht ontglippen: het panoptische dispositief slaat plots om in een omsingelingssituatie!”<sup>101</sup> Macht is iets heel alledaags en is heel gelijk verdeeld. Er is macht in het gezin, tussen twee geliefden, op het kantoor en in de werkplaats, aldus Foucaultkenner Paul Veyne.<sup>102</sup> Dat iedereen op de een of andere manier macht bezit, betekent echter nog niet dat macht heel gelijk verdeeld is, zoals Veyne hierboven opwerpt. Zo zagen we nog in het fragment aan het begin van dit hoofdstuk dat Emma zich afvraagt wie precies bepaalt wat ‘normaal’ of ‘anders’ is. Zij kan er dan wel alles aan doen om in te gaan tegen het stereotyperende beeld over mensen met ASS, toch beschikt ze niet over de macht die pakweg de opstellers van de DSM wel hebben. Zij beslissen namelijk over de categorie ASS en haar kenmerken.

Terug naar Jasmina Sermijn. Volgens de constructionisten is taal dus veeleer een gekleurd en afgebakend *discursief kader* waarop mensen zich beroepen in hun betekenisverlening. Op zichzelf is zo een discursief kader, als onbeperkte ruimte waarin mensen zich op allerhande manieren over de wereld kunnen uiten, onmetelijk groot. Toch, gaat Jasmina Sermijn verder, ordenen mensen dit gebied en spreken ze binnen gelimiteerde ruimten. Binnen de grenzen van een discours groeperen bepaalde verklaringen of taaluitingen zich ten koste van andere en zijn er zekere eenheden gevormd die betrekking hebben op een specifiek domein – bijvoorbeeld de psychiatrische diagnostiek, zoals in deze masterproef het geval is.<sup>103</sup> Zulke eenheden ontstaan met behulp van regels en procedures, die ervoor zorgen dat bepaalde taaluitingen een relatie met elkaar aangaan. Enerzijds vergemakkelijken regels en procedures betekenisvolle communicatie – hoe zouden we ons zonder grammatica verstaanbaar maken? – maar anderzijds werken ze ook beperkend omdat er een begrenzing optreedt. Sermijn verduidelijkt dit met een voorbeeld over het hedendaagse psychiatrische en diagnostische discours. “Hoewel het psychiatrische diagnostische discours een gemeenschappelijke taal biedt die mensen toelaat op een betekenisvolle wijze met elkaar te communiceren, is het ook beperkend in die zin dat het het andere discours *uitsluit*. Door zichzelf – op grond van legitimatie door de wetenschap – de eigenschap ‘waar’ toe te schrijven, wordt datgene dat niet in het discours past, automatisch als ‘onwaar’ beschouwd en bijgevolg uitgesloten.”<sup>104</sup>

---

<sup>101</sup> Devos, R. (2004). *Op. Cit.*, p. 32, 66, 68, 69.

<sup>102</sup> Veyne, P. (2008). *Op. Cit.*, p. 125-126.

<sup>103</sup> Sermijn, J. (2008). *Op. Cit.*, p. 24.

<sup>104</sup> IDEM, p. 25.

Hiermee doelt Jasmina Sermijn op wat zij het ‘objectivistische discours’<sup>105</sup> rond psychiatrische diagnoses en mentale stoornissen noemt. Expliciet verwijzend naar Michel Foucault en diens machts- en discoursstheorie, stelt Sermijn dat dit discours, door zichzelf de eigenschap ‘waar’ toe te kennen, een grote macht in zich draagt. Zo bestaat ook het gevaar dat het als een vanzelfsprekendheid en als enige waarheid wordt beschouwd. Constructionisten stellen die vanzelfsprekendheid in vraag en wijzen daarentegen op een veelvoud aan discoursen.<sup>106</sup> “De regels en procedures waarmee een discours een samenhang verwezenlijkt tussen verschillende taaluitingen”, gaat de VUB-onderzoekster verder, “dragen hun legitimiteit niet in zichzelf, maar zijn het gevolg van al dan niet expliciete *overeenkomsten* tussen de betrokken spelers”. Het gaat hierbij niet om één procedure, individu of groep, maar om een veelheid aan procedures en groepen die elkaar aanvullen en bestrijden. Daarom staat een discours ook nooit vast en is het daarentegen wel historisch en cultureel bepaald. Dat wordt ook duidelijk als we er de DSM en zijn historiek terug bijnemen. Na een meer dan zestigjarig bestaan, de eerste versie dateert van 1952, merken we niet alleen de enorme uitbreiding van het aantal mentale stoornissen op, maar ook een wijziging – of zelfs meerdere – in de gebruikte nomenclatuur en in de werkwijze waarop de handleiding tot stand kwam.<sup>107</sup>

Met deze argumentatie toont Jasmina Sermijn aan dat **psychiatrische diagnoses en stoornissen geen vanzelfsprekende en op zichzelf staande realiteiten** zijn. Het constructionistische perspectief wijst ons er met andere woorden op dat diagnoses onderhevig zijn aan verschillende factoren als tijd, ruimte en context. In die zin komt ook het open karakter van de praktijken die uit een diagnose volgen – waarover in volgend hoofdstuk meer – op de voorgrond te staan. Toch doet het objectivistische perspectief, dat in onze huidige westerse samenleving een grote macht in zich draagt, ons het tegendeel geloven. Hierdoor fungeert de constructionistische kijk op de problematiek slechts als discours in de marge. Een gevolg van de almachtigheid van het objectivistische discours is dat diagnoses als schizofrenie<sup>108</sup>, die beïnvloed worden door allerlei sociaal-maatschappelijke praktijken, er dus misschien of waarschijnlijk heel anders zouden uitzien moest een discours als het sociaal-

---

<sup>105</sup> In de uiteenzetting hierboven wordt dit ‘objectivistische discours’ door Maartje Schermer onder de noemer ‘naturalistische theorie’ uitgewerkt.

<sup>106</sup> Sermijn, J. (2008). *Op. Cit.*, p. 27.

<sup>107</sup> IDEM, p. 29.

<sup>108</sup> Jasmina Sermijn werkt in een ander gedeelte van haar doctoraatsstudie samen met Amos, een man die gediagnosticeerd is met schizofrenie. Dat verklaart waarom de onderzoekster deze diagnose vaak als voorbeeld aanhaalt. Zie: Sermijn, J. (2007). *Scènes uit een ontmoeting - De relatie tussen mens en psychiatrische diagnose*. Leuven: Acco, 204 p.



constructivisme heersen. Laten we ter afsluiting van dit gedeelte de oplisting van Sermijn over enkele praktijken die gepaard gaan met het hedendaagse objectivistische discours over schizofrenie nog even doornemen<sup>109</sup>:

- Gedefinieerd worden als ‘schizofreen’
- Opnames in ziekenhuizen
- Tests ondergaan zoals een elektro-encefalogram EEG<sup>110</sup>
- Al dan niet gedwongen medicatie nemen
- In aanmerking komen voor een ziekte- of invaliditeitsuitkering
- Niet bij mogen verdienen
- Gerechtelijke beslissingen zoals gedwongen opnames
- Zich voortdurend afvragen waarom men hem of haar als ‘schizofreen’ beschouwt
- ...

#### 4.3. Negatieve neveneffecten van classificatiesystemen

We gingen in dit hoofdstuk met Maartje Schermer en Jasmina Sermijn dieper in op de verschillende invullingen van de begrippen ziekte en gezondheid en bespraken door de bril van twee Foucaultkenners eveneens het belang van de noties discours en macht, zoals deze door de Franse filosoof uitgewerkt werden. We vergaarden ook weer wat meer informatie over Emma – en blijven dat doen in wat volgt. Zo kwamen we reeds in contact met enkele gevolgen van het toegekend krijgen van een psychiatrische diagnose. Jasmina Sermijn lijstte eveneens enkele sociaal-maatschappelijke praktijken op die voortspruiten uit het geven van de specifieke diagnose schizofrenie. Toch vallen er nog heel wat andere effecten te bespreken die resulteren uit (het gebruik van) soortgelijke labels. Nederlands filosoof en psychiater Gerrit Glas haalt in *Over context en waarden bij psychiatrische diagnostiek* (2013) een sprekend voorbeeld aan over de **complexiteit** die met psychiatrische diagnoses gepaard gaat. Dat doet hij met behulp van de diagnose Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Vooraleer we zijn voornaamste opwerpingen inzake de problematiek bespreken, een integrale weergave van het fragment.

---

<sup>109</sup> Sermijn, J. (2008). *Op. Cit.*, p. 36-38.

<sup>110</sup> Door het uitvoeren van een EEG-onderzoek kunnen afwijkingen in de elektrische hersenactiviteit geregistreerd worden.

‘Ik ben er gewoon aan geraakt.’ Op het spreekuur verschijnt Sabine, 31 jaar, getrouwd, moeder van twee jonge kinderen. Zij heeft een ernstige dwangneurose en daarnaast klachten die passen bij ADHD. De dwangneurose manifesteert zich bij haar in de vorm van zich opdringende gedachten over besmetting met het hiv-virus. Die gedachten zijn er constant en nemen haar volledig in beslag. Daarnaast is er een forse controledwang: zij moet frequent en volgens vaste patronen controleren of ramen, deuren en kranen dicht zijn. Dit controleren neemt wel vier uur per dag in beslag. Ook kan Sabine zich slecht concentreren. Zij is vergeetachtig en heeft moeite om complexere taken tot een goed einde te brengen. Zonder boodschappenlijstje vergeet ze meestal de helft van wat ze wil kopen. Zij blijkt te voldoen aan de criteria van de obsessieve compulsieve stoornis (OCS) en van ADHD zonder hyperactiviteit (het zogenaamde ‘onoplettendheidstype’). De behandelaar vraagt of Sabine haar moeder een keer wil meebrengen om na te kunnen gaan of de ADHD-klachten al voor haar zevende levensjaar bestonden (een vereiste voor de diagnose). Als moeder meekomt bevestigt ze dat dit het geval is en ze voegt er aan toe dat zij alle klachten van Sabine ook bij zichzelf herkent. ‘Maar, zegt zij, ‘het is nooit in mijn hoofd opgekomen om wat ik heb ADHD te noemen. Ik ben gewoon gewend geraakt over alles twee keer zo lang te doen. Mijn omgeving weet dit en zo lang ik niet onder druk wordt gezet, is er met mij niets aan de hand.’ Moeder vertelt dat ook bij haar dochter de ADHD pas een probleem werd toen ze was bevallen van haar eerste kind en het stukken drukker kreeg.<sup>111</sup>

Volgen we het meest gezaghebbende handboek voor het vaststellen van psychiatrische aandoeningen, de DSM, dan kan er pas sprake zijn van een stoornis als de betrokkene ergens onder lijdt of ergens last van heeft, aldus Gerrit Glas. Deze opvatting valt trouwens te rijmen met de normativistische theorie die we in het begin van dit hoofdstuk kort bespraken. Disfunctioneren en/of nadeel is dus een voorwaarde om een psychiatrische diagnose opgespeld te krijgen. In het geval van Sabine lijkt het er sterk op dat het ADHD betreft, hoewel ze schijnbaar redelijk goed omgaat met de hinder van haar dwangneurose en andere klachten. Ze is er ook gewoon aan geraakt. De verschijnselen waren er, maar leidden niet tot onoverkomelijke problemen<sup>112</sup>. Het voorbeeld dat Gerrit Glas aanhaalt, maakt duidelijk dat het definiëren van begrippen als ziekte en stoornis meer is dan louter het registreren en optellen van klachten en verschijnselen, zoals we eerder in dit hoofdstuk al zagen. Het **belang van die verschijnselen in een bepaalde context** en de **weging van dat belang door de betrokkene zelf en door anderen** spelen eveneens een rol. Komt daar nog bij: wanneer zijn

---

<sup>111</sup> Glas, G. (2013). Over context en waarden bij psychiatrische diagnostiek, in: *Komt een filosoof bij de dokter*. Schermer, M., Boenink, M., Meynen, G. (red.). Amsterdam: Boom, p. 129-130.

<sup>112</sup> Maartje Schermer wijst in het eerder besproken *Wat is ziek, wat is gezond? Over verschillende begrippen van ziekte* (2013) op het omgekeerde fenomeen, weliswaar toegespitst op lichamelijke ziektes. Niet iedereen die zich ziek voelt, lijdt immers effectief aan een ziekte. Toch bestaat er ook een diagnose voor dit soort ‘patiënten’: SOLK, oftewel somatisch onverklaarde lichamelijke klachten. In omgekeerde richting kan iemand zich kerngezond voelen, maar wel een kwaadaardige tumor in zich dragen. (In: Schermer, M. (2013). *Op. Cit.*, p. 116.)

dwangneurosen en controledrang uitdrukking van wie men is, en wanneer zijn ze uitdrukking van stoornissen als OCS of ADHD? Een vraagstuk waar ook Emma mee worstelt, zo blijkt uit het vorige fragment waarin ze het heeft over de kom met gesmolten bollen ijs die haar verschillende persoonlijkheidskenmerken symboliseren. Gerrit Glas geeft nog mee dat we kunnen betwisten dat ADHD en ASS werkelijke diagnoses zijn in plaats van constructies die wat rondzweven in de lucht – denk aan de uiteenzetting over het sociaal constructivisme.<sup>113</sup>

Specifiek over de DSM-gids stelt de Nederlandse filosoof en psychiater dat de opstellers zich verkeken hebben op hoe groot de **impliciet normerende werking** van het handboek is. “De definities voor de verschillende stoornissen bleken al gauw niet louter een beschrijvende betekenis te hebben, maar ook een legitimerende en stigmatiserende. Classificeren bleek niet een puur wetenschappelijke activiteit, maar een activiteit met implicaties op microniveau (in de directe leefomgeving), op mesoniveau (op het werk bijvoorbeeld) en op macroniveau (in de maatschappij). Zo is het in de vriendenkring handiger om te zeggen dat je een burn-out hebt (microniveau), terwijl je bij de uitkeringsinstantie (mesoniveau) beter af bent als dezelfde verschijnselen als depressieve stoornis worden omschreven.”<sup>114</sup> De Amerikaanse professoren Horwitz en Wakefield operen in *The loss of sadness* (2007) dat de DSM zijn doel voorbyschiet en als risico heeft dat een normale en natuurlijke emotie als verdriet depressie wordt. Het classificatiesysteem geeft bovendien **slechts beschrijvingen**, wat niet automatisch impliceert dat de daaropvolgende behandeling gerechtvaardigd is.<sup>115</sup>

Over zo’n behandeling zien we later meer. Eerst weiden we nog uit over de problematiek van classificatiesystemen en waartoe ze kunnen leiden. Zo heeft Trudy Dehue, hoogleraar wetenschapsgeschiedenis aan de Rijksuniversiteit Groningen, het over stoornissen die in het dagelijkse taalgebruik opzichzelfstaande ziektes worden die zich uiten in bepaald gedrag. De filosofe en psychologe bespreekt dit fenomeen aan de hand van de diagnose ASS. Opstellers van de DSM bepaalden welke emoties en gedragingen afwijkend moesten heten en hoe de overeenstemmende benamingen genoemd moesten worden om zo orde te scheppen in de wanordelijke werkelijkheid van onwenselijke emoties en gedragingen. Tegelijkertijd waarschuwen de samenstellers van de gids tegen het zogenoemde **reïficeren van de psychiatrische ziektecategorieën**, wat zoveel betekent als ‘iets tot ding maken’ en de neiging

---

<sup>113</sup> Glas, G. (2013). *Op. Cit.*, p. 130, 131, 133.

<sup>114</sup> IDEM, p. 136-137.

<sup>115</sup> IDEM, p. 138-140.

om definities als dingen te zien die gevoelens en gedragingen produceren. Dehue verwijst bijvoorbeeld naar een onderzoek in *Scientific American* waaruit blijkt dat naarmate wetenschappers zich in ASS verdiepen, ingewikkeldheden zich nagenoeg exponentieel vermenigvuldigen. Haar kritiek luidt dat er in DSM-kringen vaak van uitgegaan wordt dat reïficieren rechtvaardig is zodra er een biologisch correlaat<sup>116</sup> vastgesteld is. Toch wijzen wetenschapsfilosofen erop dat zekerheden over biologische indicatoren, ook biomarkers genoemd, nog niet betekenen dat er ook een oorzaak is gevonden. Dit omdat zulke indicatoren ook zelf veroorzaakt zijn en het gevolg kunnen zijn van (een samenstelling van) prenatale en postnatale omstandigheden. Daarbovenop is een kenmerk met duidelijke biologische correlaten nog geen stoornis, dixit Trudy Dehue. **Iets al dan niet tot een stoornis omdopen, hangt af van menselijke besluitvorming.** “Het woord stoornis drukt uit dat we een kenmerk niet hoeven te aanvaarden, omdat het de betrokkene en/of diens omgeving te veel schaadt. Daarover kan niet de biologie, maar moet de samenleving uitsluitsel geven.”<sup>117</sup>

In een nog niet zo lang geleden gepubliceerd artikel in *De Morgen*, getiteld “Fabeltje dat CVS-patiënten lui of depressief zijn moet verdwijnen”, neemt CD&V-Kamerlid Els Van Hoof het op voor CVS-patiënten. “CVS is een controversiële aandoening die naar schatting zo'n 20.000 à 25.000 mensen in ons land *treft* [eigen cursivering]. Ondanks veelvuldig nationaal en internationaal wetenschappelijk onderzoek zijn er nog veel open vragen rond deze ziekte. [...] Hierdoor krijgen CVS-patiënten vaak met veel onbegrip te maken en leeft het fabeltje van 'luie of depressieve mensen' bij vrienden, werkgevers en zelfs bij artsen.”<sup>118</sup> Dit op het eerste gezicht onschuldige persbericht, waarin met goede bedoelingen neergeschreven staat dat *CVS* x-aantal mensen *treft*, toont aan hoe makkelijk psychiatrische ziektecategorieën gereïficeerd of tot ding gemaakt worden. Trudy Dehue geeft zelf ook enkele titels van nieuwsberichten waarin het fenomeen van reïficatie duidelijk aan bod komt: ‘ADHD uit zich bij meisjes in dromerigheid.’ ‘Bipolaire stoornis leidt tot sterk wisselende gemoedstoestanden.’ ‘Postnatale depressie treft ook vaders.’ Dehue stelt over dergelijke artikels dat het lijkt alsof psychiatrische categorieën zich als bacteriën van buitenaf in de bloedbaan en het brein nestelen. In dat opzicht verwijst ze naar Charles Rosenberg, verbonden aan het departement

---

<sup>116</sup> Later komen we nog even terug op de ergernis van vele deskundigen over de neurologische, biologische, of genetische nadruk die in het hedendaags onderzoek naar oorzaken van allerlei mentale problemen gelegd wordt.

<sup>117</sup> Dehue, T. (2013). Definities die oorzaken worden. Over reïficieren als borgpen van een politiek ideaal, in: *Komt een filosoof bij de dokter*. Schermer, M., Boenink, M., Meynen, G. (red.). Amsterdam: Boom, p. 178-180.

<sup>118</sup> Melis, E. (2015). “Fabeltje dat CVS-patiënten lui of depressief zijn moet verdwijnen.” *De Morgen*, [online] 12 mei. <<http://www.demorgen.be/binnenland/-fabeltje-dat-cvs-patienten-lui-of-depressief-zijn-moet-verdwijnen-a2318244/>> [Geraadpleegd op 13 mei 2015].

wetenschapsgeschiedenis aan Harvard University, die in *The Tyranny of Diagnosis* (2002) opwerpt dat psychiatrische classificaties de laatste jaren *actoren* zijn geworden. Ze geven maatschappelijke praktijken als het verzekeringswezen, de rechtspraak en het onderwijs vorm.<sup>119</sup> Treffende voorbeelden van reïficatie, gaat Dehue verder, zijn beschouwingen waarin een stoornis ‘zich in minder symptomen uit’. Sommige wetenschappers ontdekten dat autistische meisjes heel andere en veel minder symptomen vertonen dan autistische jongens, met als verklaring dat meisjes hun stoornis beter kunnen verhullen<sup>120</sup>. Onmogelijk, volgens Dehue, aangezien het hier om een verandering van de definitie gaat. “Bij de stelling dat autisme zich bij meisjes in minder symptomen uit is de stoornis als zelfstandige entiteit losgezongen van de criteria voor het gebruik van het woord, en gaat hij als het ware aan die criteria vooraf.”<sup>121</sup> Een ander voorbeeld: een consortium bestaande uit het World Mental Health Survey Initiative, mede gefinancierd door de World Health Organization (WHO) en een reeks farmaceutische bedrijven, richt haar pijlen op ADHD vanuit de gedachte dat gebrekkige concentratie bij volwassenen de arbeidsprestaties vermindert. Daarom zou de gehele werkende bevolking een ADHD-screening moeten ondergaan die bestaat uit een vragenlijst over uitstelgedrag bij inspannende taken of wegdromen bij eentonig werk. De wereld op zijn kop.<sup>122</sup>

Ook Paul Verhaeghe gaat in op het fenomeen van reïficatie. Door het geven van een psychische diagnose, stelt de psychotherapeut, verdwijnt iemands persoonlijke verhaal naar de achtergrond. “Je hebt deze of gene stoornis”, punt aan de lijn. Nuance verdwijnt. Iets waar Emma overigens ook mee worstelt, zoals we kunnen opmaken uit verschillende fragmenten. Verhaeghe wijst in dit verband ook op de rol van de taal. Door reïficatie, het verzelfstandigen van iets wat oorspronkelijk alleen maar een beschrijving inhield van enkele gedragingen, feiten of situaties, wordt iemand drager van een ziekte of stoornis die verre gaande implicaties heeft.<sup>123</sup> Zo is het niet meer een druk kind dat er zijn aandacht niet bij kan houden en de klas stoort, maar een kind dat ADHD<sup>124</sup> heeft. Door reïficatie verliezen we de verscheidenheid aan

---

<sup>119</sup> Dehue, T. (2013). *Op. Cit.*, p. 180-181.

<sup>120</sup> Iets wat ook Emma ondervond, zie p. 39.

<sup>121</sup> Dehue, T. (2013). *Op. Cit.*, p. 182.

<sup>122</sup> IDEM, p. 183.

<sup>123</sup> Verhaeghe, P. (2009). *Op. Cit.*, p. 36-38.

<sup>124</sup> De diagnose ADHD, de afkorting van het zelden voluit genoemde Attention Deficit Hyperactivity Disorder, wordt overigens in vraag gesteld door Paul Verhaeghe. De naam suggereert uniformiteit en verbergt tegelijk een erg heterogene groep. Een ander argument is dat de helft van ‘ADHD-kinderen’ nog een tweede diagnose krijgt. De oorzaken zouden in een complexe interactie tussen genetische en omgevingsfactoren moeten liggen, waar volgens Verhaeghe geen sluitende argumenten en wetenschappelijke bewijsvoering te vinden zijn. Niet alleen

criteria waaruit een diagnose bestaat uit het oog. In het geval van ADHD denkt Jan Modaal bijvoorbeeld eerder aan de aanwezigheid van hyperactiviteit dan aan de afwezigheid van aandacht. Over het beeld dat Verhaeghe hier over ‘ADHD-kinderen’ scheidt, valt zeker iets te zeggen, maar een voorbeeld uit eigen ervaring toont toch aan dat we ons moeten hoeden voor veralgemeningen en reïfificaties. In een richtlijn voor het opstellen van de rapporten van de leerlingen van de stedelijke school voor buitengewoon onderwijs Oase (Vilvoorde), luidt een van de regels als volgt: “Opletten dat je geen negatieve commentaar geeft op een gedrag/werkhouding/resultaat van een leerling dat een gevolg is van zijn/haar specifiek probleem/diagnose, positief blijven verwoorden. Problematiek in kaart brengen.”<sup>125</sup>

Meer nuance en positiviteit lijkt trouwens ook in het hele DSM-debat wenselijk. We zagen hierboven hoe verschillende geestelijke gezondheidsverstrekkers en onderzoekers zich kritisch uitlieten over de befaamde gids met psychiatrische stoornissen. Hun rijke inzichten ten spijt, zijn er echter ook kritieken op hun argumentatie te vinden. In een opiniestuk in *De Morgen* (06/12/2012), getiteld *Iedereen psychiatrisch patiënt?*, betoogt Maarten Boudry, verbonden aan de vakgroep Wijsbegeerte en Moraalwetenschap aan de Universiteit Gent, dat we beter wat gas terugnemen met onze DSM-commentaar. Het handboek poogt om mentale stoornissen helder af te bakenen aan de hand van duidelijke criteria, om in de eerste plaats spraakverwarring tussen allerlei gezondheidswerkers tegen te gaan, aldus Boudry. “Wetenschap is een sociale activiteit, geen eenmansorkest. Als je pakweg een therapie wil ontwikkelen voor depressie of angststoornissen, in samenwerking met je collega’s, dan moet je je in de eerste plaats verzekeren dat je over hetzelfde fenomeen spreekt”, licht de filosoof zijn standpunt toe. Het is een bewuste keuze van de DSM-samenstellers om zich niet uit te spreken over de oorzaken en behandeling van mentale stoornissen. Op die manier kan een zo breed mogelijk draagvlak gecreëerd worden in de mentale gezondheidszorg, stelt Boudry. De vijfde editie van de gids zet bovendien in op een meer verfijnde en dimensionele classificatie – denk aan de *autismespectrumstoornis*, die in de vorige versies onder de iets eenvoudigere noemer *autisme* viel. Het hokjesdenken dat met diagnosticeren in de hand gewerkt wordt, ziet Boudry vervolgens eerder als een probleem van gelijk welke classificering, zelfs ver buiten de psychiatrie. En ook het gegoochel met psychiatrische etiketten en lichtzinnig gebruik van

---

rammelt er iets aan het Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Verhaeghe zet op soortgelijke wijze ook diagnoses als schizofrenie en depressie op losse schroeven. (In: Verhaeghe, P. (2009). *Op. Cit.*, p. 48-50.)

<sup>125</sup> Verstrepen, I., iris.verstrepen@sovilvoorde.be (2015). *Krokusrapport*. [email] Bericht aan Schoolteam Oase (schoolteam.oase@sovilvoorde.be). Verstuurd op 16 januari: 11:41. Zie bijlagen p. 139.

psychofarmaca kan niet aan de DSM-gids toegeschreven worden. Boudry is ervan overtuigd dat de meeste artsen de DSM-criteria niet eens kennen.<sup>126</sup>

---

<sup>126</sup> Boudry, M. (2012). Iedereen psychiatrisch patiënt? *De Morgen*, [online] 6 december. <<http://www.demorgen.be/lifestyle/iedereen-psychiatrisch-patient-a1544741/>> [Geraadpleegd op 05/06/2015].

## 5. Iedereen ziek? Behandelen maar!

Ondertussen is het duidelijk dat er talrijke kritieken op classificatiesystemen als de DSM geformuleerd kunnen worden. Eén van die bezwaren betreft ook het hoge aantal diagnostische categorieën. We zagen al in het overzicht van de verschillende DSM-publicaties dat het aantal psychische stoornissen de laatste decennia massaal is gestegen. Moeilijker is het om met prevalentiecijfers te werken; cijfers die aanduiden hoe vaak een stoornis voorkomt. Niet alleen omdat dit ons te ver van het pad doet afwijken, maar ook omdat studies omtrent zulke gegevens nogal variëren. Zo schrijft *Participate!*, een vzw die zich inzet voor de verbetering van de levenskwaliteit van mensen met autisme en hun familie, dat de verschillen tussen de resultaten onder meer te maken hebben met het opzet van de studie en de strengheid waarmee de diagnostische criteria worden gehanteerd. Volgens de organisatie is er geen enkel bewijs dat autisme – zoals het nog in DSM-IV werd genoemd – of autismspectrumstoornissen vaker voorkomen dan vroeger. De stijging van de prevalentiecijfers zou evengoed toegeschreven kunnen worden aan het aanpassen van (enkele) diagnostische criteria, aan een betere opsporing en aan een meer verfijnde en snellere diagnosestelling.<sup>127</sup> De opstellers van de DSM-gids stellen daarentegen dat de gerapporteerde frequentie van ASS in de Verenigde Staten en daarbuiten een percentage van 1% van de bevolking bereikt. “Het blijft onduidelijk of de hogere cijfers een uitbreiding van de criteria van de DSM-IV weerspiegelen, waarbij ook gevallen worden meegeteld die eerst onder de drempelwaarde lagen; of een toegenomen bewustzijn; verschillen in onderzoeksmethoden; of een echte toename van de frequentie van de autismspectrumstoornis.”<sup>128</sup>

Ondanks alle onduidelijkheid over dergelijke prevalentiecijfers kunnen we er niet omheen dat het ernaar uitziet dat er anno 2015 steeds meer mensen met geestelijke gezondheidsproblemen kampen. Zo lezen we in de inleiding van deze masterproef dat er nog nooit zoveel jongeren op zoek gingen naar crisishulp.<sup>129</sup> Daarom gaan we in dit hoofdstuk op zoek naar enkele oorzaken van dit fenomeen dat eigen lijkt te zijn aan onze tijdsgeest. Dirk De Wachter stelt bijvoorbeeld in *Borderline Times: Het einde van de normaliteit* (2012) dat we in

---

<sup>127</sup> Participate! (2015). *Autisme in cijfers*. [online] S.d. <<http://www.participate-autisme.be/go/nl/autisme-begrijpen/wat-is-autisme/autisme-in-cijfers.cfm>> [Geraadpleegd op 21/05/2015].

<sup>128</sup> American Psychiatric Association (2013). *Op. Cit.*, p. 117.

<sup>129</sup> Belga (2015). Recordaantal jongeren klopt aan voor crisishulp. *De Morgen*, [online] 18 november. <[http://www.demorgen.be/binnenland/recordaantal-jongeren-klopt-aan-voor-crisishulp-a2336431/?utm\\_source=demorgen&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=newsletter&utm\\_content=daily](http://www.demorgen.be/binnenland/recordaantal-jongeren-klopt-aan-voor-crisishulp-a2336431/?utm_source=demorgen&utm_medium=email&utm_campaign=newsletter&utm_content=daily)> [Geraadpleegd op 26 mei 2015].



‘borderlinetijden’ leven, met verschillende negatieve gevolgen van dien. En Ignaas Devisch bespreekt in *Ziek van gezondheid* (2013) hoe we ziek worden door onze drang naar en obsessie met gezond leven. Ter afsluiting van dit hoofdstuk gaan we wat dieper in op de behandeling van mentale problemen of ongemakken. Want wat doen mensen met psychische moeilijkheden? Medicatie nemen en/of zich therapeutisch laten behandelen. Twee fenomenen die door de aangehaalde auteurs doorgaans tegenover elkaar worden geplaatst maar die elkaar niet hoeven uit te sluiten. Het zal opvallen dat de vaklui in hun bespiegelingen geregeld naar de DSM verwijzen. Dat verklaart meteen waarom alle DSM-kritieken niet kort en bondig onder elkaar uitgewerkt kunnen worden; ze dienen vaak in een breder perspectief geplaatst te worden en vinden hun wortels zelfs in een wijde maatschappijkritiek.

### 5.1. Borderlinetijden

Psychiater-psychotherapeut Dirk De Wachter klaagt in *Borderline Times* onder meer de toenemende trend om psychiatrische diagnoses toe te kennen aan. Door de machtige positie van de DSM-gids in de geestelijke gezondheidszorg, schrijft De Wachter, betekent iemand niet categoriseren met een stoornis een ontzegging van verdere begeleiding. “Dat is een van de redenen waarom er vandaag bijvoorbeeld zo gul wordt omgesprongen met de diagnose ‘autisme’”, aldus de psychiater. Niet alleen zal het middelengebruik door de invoering van de recentste versie van de gids<sup>130</sup> stijgen (dadelijk meer hierover), ook de **angst voor ‘vals negatieven’**, een diagnose missen bij iemand die echt ziek is, groeit hierdoor.<sup>131</sup> De groep van mensen die écht een behandeling nodig heeft, komt in de verdrukking door de talrijke mensen die in een grijze zone zitten, vervolledigt UGent-professor Stijn Vanheule, auteur van *Psychodiagnostiek anders bekeken: Kritieken op de DSM – Een pleidooi voor functiegerichte diagnostiek* (2015).<sup>132</sup> Merk op hoe Emma in haar reactie op haar diagnostisch verslag<sup>133</sup> zelf opwerpt dat ze niet geïnteresseerd is in de details van het rapport, maar dat ze de ASS-diagnose wel nodig heeft om hulp te krijgen. Hulp in de vorm van therapie, maar ook financiële steun en medicatie. Het is op dit laatste dat De Wachter zijn pijlen richt wanneer hij stelt dat het **middelengebruik enkel zal stijgen**.

---

<sup>130</sup> De Wachter heeft het over de DSM-5, die in 2012, het jaar waarin *Borderline Times* gepubliceerd werd, nog niet op de markt was gebracht maar wel al in een ruwe versie online stond.

<sup>131</sup> De Wachter, D. (2012). *Op. Cit.*, p. 157.

<sup>132</sup> Vanheule, S. (2014). *Het einde in zicht? Over diagnostiek met de DSM*. Psychoanalysis.be, [online] 20 april. <<http://stijnvanheule.psychoanalysis.be/2014/04/20/438/>> [Geraadpleegd op 23/05/2015].

<sup>133</sup> Zie pagina 45.

In *Borderline Times: Het einde van de normaliteit* maakt Dirk De Wachter trouwens een interessante denkoefening waarbij hij alle negen kenmerken van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis zoals uiteengezet in de DSM-gids<sup>134</sup> toetst aan onze maatschappij. Zijn conclusie? Borderline. In die zin oppert De Wachter dat diegenen die met het **etiket van patiënt** door het leven gaan niet meer maar ook niet minder zijn dan een **holle spiegel die de maatschappelijke fenomenen concentreert en als symptoom presenteert**.<sup>135</sup>

De ‘goegemeente’ denkt graag dat borderline een diagnose is, voorbestemd voor ‘soortgenoten met afwijkend hersenweefsel’, maar dat is geenszins het geval. [...] Psychiatrie is de spiegel van de wereld waarin we leven. Patiënten zijn symptoomdragers van een ziektebeeld waaraan een hele maatschappij lijdt, en dus is er weinig verschil tussen patiënten en niet-patiënten: diegenen die het etiket niet dragen zijn evenzeer ziek in het bedje van ‘de’ ziekte, en anno 2012 is dat borderline.<sup>136</sup>

Ook de 28-jarige ervaringsdeskundige Katlijn Vangilbergen neemt een soortgelijk standpunt in. Zij kreeg op haar zesde de diagnoses klassiek autisme en licht verstandelijke beperking en studeert binnenkort af als master in de biomedische wetenschappen. Dat deed ze door een omweg via de examencommissie, want een diploma buitengewoon secundair onderwijs biedt geen toegang tot het hoger onderwijs. “Denkt de maatschappij niet autistisch met al haar regeltjes en hokjes?”, klinkt het retorisch.<sup>137</sup> Emma zegt het niet met die woorden, maar uit een vorig fragment<sup>138</sup> blijkt ook dat ze vindt dat ‘de rest’ veeleer autisme heeft. Psychiater Dirk De Wachter wijst met het begrip ‘borderline times’ overigens niet enkel op onze samenleving die gekenmerkt wordt door de borderlinestoonis, maar ging voor de titel van zijn boek ook te leen bij de Amerikaanse filosoof Richard Rorty (1931-2007). Die haalt in zijn werk karakteristieken van de postmoderne samenleving aan en stelt daarbij dat de marge in de postmoderniteit *mainstream* wordt. Dirk De Wachter verduidelijkt:

Hiermee duidt hij [Richard Rorty, eigen toevoeging] een zeer herkenbaar fenomeen in de hedendaagse samenleving: wat zich in de marge situeert, wordt naar voren gehaald; wat aan de grens (border in het Engels) ligt, wordt *mainstream*, wordt norm. De

---

<sup>134</sup> Namelijk verlatingsangst; instabiele en intense relaties; onaangepaste agressie; identiteitsstoornissen; affectabiliteit; impulsiviteit; voorbijgaande, stressgebonden paranoïde/dissociatiesymptomen; automutilatie en suïcidaliteit; zinloosheid en leegte.

<sup>135</sup> De Wachter, D. (2012). *Op. Cit.*, p. 19-20.

<sup>136</sup> IDEM, p. 20.

<sup>137</sup> Desmet, L. (2015). “De maatschappij denkt te veel in regeltjes.” *De Morgen*, [online] 1 juni. <<http://www.demorgen.be/binnenland/-de-maatschappij-denkt-te-veel-in-regeltjes-a2344115/>> [Geraadpleegd op 1 juni 2015].

<sup>138</sup> Zie fragment pagina 57.

psychiatrie is misschien wel een van de mooiste voorbeelden van een fenomeen dat heden ten dage zijn status van randverschijnsel – eeuwenlang werd ze naar de marge verschoven, deed men pogingen om haar in de onbestaantheid te plaatsen – volop aan het inruilen is voor een status op de eerste rang van de samenleving, in de volle spotlights. Dat sluit aan bij het foucaultiaanse denken over centrum en periferie, over macht en onmacht (Michel Foucault 1926-1984).<sup>139</sup>

De reden hiervoor zoekt De Wachter grotendeels bij het **hedendaagse maatschappelijk bestel**. Onder invloed van de postmoderne kapitalistische consumptiemaatschappij, het concurrentiebeleid, het geloof in het meritocratische maatschappijmodel<sup>140</sup>, de alleenheerschappij van de individuele vrijheid, en dergelijke meer, zijn we er volgens de psychiater van overtuigd dat we in de beste van de mogelijke werelden leven, een verwijzing naar de optimistische Duitse filosoof Gottfried Wilhelm Leibniz (1646-1716).<sup>141</sup> Toch betalen we een prijs voor zulke verworvenheden. Met vrijheid gaat vandaag bijvoorbeeld ook verantwoordelijkheid gepaard. Slaag je er niet in te lukken, dan heb je pech. Zoek het zelf maar uit, klinkt het. “De maatschappij verstoot de aandoening die ze zelf niet wil onderkennen en mandateert de psychiater om er een label op te kleven”<sup>142</sup>, concludeert Dirk De Wachter, die de toenemende trend om psychiatrische diagnoses te scheppen en uit te reiken ook staft met enkele voorbeelden van aandoeningen zoals ze in de DSM-5 neergeschreven zijn. Zo stelt hij dat ‘female sexual dysfunction’ in het leven geroepen werd voor vrouwen die ‘soms’ geen zin hebben in seks, ‘temper dysregulation disorder’ voor humeurigheid, ‘mixed anxiety depression’ voor de pijn en het verdriet van het leven van alledag en ‘prolonged grief disorder’ voor het niet-tijdig – het gaat hier om zes maanden – kunnen afronden van een rouwperiode na het verlies van een geliefde.<sup>143</sup> De Wachter

---

<sup>139</sup> De Wachter, D. (2012). *Op. Cit.*, p. 12-13.

<sup>140</sup> Een meritocratie is een maatschappijmodel waarin iedereen loon naar werken krijgt op grond van een uitgekend meetsysteem voor eenieders prestaties. Ofwel: alle macht (kratos) aan de verdienste (meritus).

<sup>141</sup> De Wachter, D. (2012). *Op. Cit.*, p. 15. Leibniz stelt dat God bij de schepping een keuze heeft moeten maken tussen meerdere mogelijke werelden. Dat deed hij volgens het principe van de perfectie, ofwel het principe van de beste van de mogelijke werelden, omdat God door zijn alwetendheid en wijsheid niet anders kon dan kiezen voor de beste wereld. (In: Walravens, E. (2012). *De verwondering: Een geschiedenis van de westerse filosofie van Thales tot Nietzsche*. Brussel: VUBPRESS, p. 136.)

<sup>142</sup> De Wachter, D. (2012). *Op. Cit.*, p. 26-27.

<sup>143</sup> IDEM, p. 69-70. Enige nuance is hier welkom. Eén van de criteria van de ‘female sexual dysfunction’ of de seksuele-interesse-/opwindingsstoornis bij de vrouw leert ons namelijk dat symptomen als afwezigheid of verminderde interesse in seksuele activiteiten een “klinisch significante lijdensdruk” bij de betrokkene moeten veroorzaken, wat De Wachter volledig negeert in zijn opwerpen. Suggesterend dat iedereen die ‘soms’ – in de DSM staat trouwens dat de symptomen minstens ongeveer zes maanden bestaan – geen zin heeft in seks gediagnosticeerd zou kunnen worden, lijkt bijgevolg nogal kort door de bocht. In de toelichting bij de criteria staat nog het volgende: “Kortdurende veranderingen in de seksuele interesse of opwinding komen algemeen voor en kunnen een goed aangepaste respons zijn op gebeurtenissen in het leven van een vrouw, en wijzen dan ook niet op een disfunctie.” (In: American Psychiatric Association (2013a). *Op. Cit.*, p. 593-594.)

suggereert verder nog dat er schijnbaar voor gezorgd moet worden dat mensen het niet normaal vinden dat ze soms geen zin in seks hebben, zodat ze aan de pillen gaan. En dat er, omdat er geen reclame voor medicijnen gemaakt mag worden, evengoed ziektes gepromoot kunnen worden.<sup>144</sup>

Compagnon de route Paul Verhaeghe benadrukt evenzeer dat de huidige psychische problemen niet los gezien kunnen worden van de maatschappelijke context. Ten eerste, steekt de psychotherapeut van wal, hebben de liberalisering op economisch vlak, de informatisering en de globalisering de traditionele, identiteit verlenende groepen weggevaagd.<sup>145</sup> Waar iemands identiteit vroeger voorbestemd en bijna onontkoombaar vastgelegd was door afkomst en geslacht, worden we vandaag met het andere uiterste geconfronteerd, wijdt ook De Wachter hierover uit. We mogen kiezen uit een waaier aan mogelijkheden die ettelijke malen breder is dan ons eigen gezichtsveld of kennisgebied, met als gevolg dat identiteit een erg complex gegeven wordt. De druk om het allemaal waar te maken, is torenhoog.<sup>146</sup> Zo blijven individuen verweesd en geïsoleerd achter, gaat Verhaeghe verder, en worden identiteitsproblemen als een persoonlijk falen beschouwd. Het ‘kapitalistische discours’, waar ook de Franse psychoanalyticus Jacques Lacan (1901-1981) in de jaren 70 over sprak, vertoont amper te overschatten effecten op de samenlevingsopbouw, het gezinsleven en het individu. Economie, politiek en individu zijn danig verweven dat ADHD de norm en flexibiliteit een verplichting wordt, luidt het met een negatieve bijklank. We verbranden, of liever: worden verbrand. Burn-outs zijn immers geen uitzondering meer, ze zijn *mainstream*.<sup>147</sup> Wat het nog erger maakt – en hiermee komt Verhaeghe bij zijn tweede punt – is dat de **verschuiving van normen en waarden**, zoals we ook in de uiteenzetting van De Wachter terugvinden, een negatieve moraal voortbrengt waarbij de focus bij het slachtoffer ligt. Identiteitsproblemen worden zo aangevuld met depressie en angst. Ten derde stelt Paul Verhaeghe nog vast dat het hedendaagse discours ook doordringt in dienstverlenende sectoren als de gezondheidszorg en het onderwijs, die hierdoor schijnbaar neoliberale bedrijven worden.<sup>148</sup>

---

<sup>144</sup> De Wachter, D. (2012). *Op. Cit.*, p. 71.

<sup>145</sup> Verhaeghe, P. (2009). *Op. Cit.*, p. 196-197.

<sup>146</sup> De Wachter, D. (2012). *Op. Cit.*, p. 97, 100.

<sup>147</sup> Verhaeghe, P. (2009). *Op. Cit.*, p. 21.

<sup>148</sup> IDEM, p. 196-197.

Ook al stemt niet iedereen in met de retoriek van voorgaande auteurs<sup>149</sup>, er is wel degelijk een duidelijke trend in onze maatschappij aanwezig die wijst op een **toenemende ontevredenheid**. Zo maken vele Belgen voor de eerste keer deel uit van een generatie die nooit met honger en oorlog geconfronteerd werd, maar tegelijkertijd kent diezelfde generatie een torenhoog aantal depressies en zelfdodingen.<sup>150</sup> Media dwepen met het onthullen van de nieuwste cijfers en enquêtes over onze geestelijke gezondheid.<sup>151</sup> Zou dat ook een effect hebben op mensen die niet met existentiële problemen kampen maar door deze berichtgeving bijvoorbeeld wel wakker geschud worden en beseffen dat ze het roer moeten omgooien vooraleer ze zelf in dergelijke statistieken opgenomen worden? Het valt alleszins duidelijk vast te stellen dat een groot deel van de bevolking vandaag **geobsedeerd** lijkt te zijn **door gezondheid**. Niet alleen kranten, magazines en nieuwswebsites, maar ook onze omgeving goochelt met tips, aanbevelingen en zelfhulplijstjes die ons een gezonde levensstijl aanpraten.<sup>152</sup> In die mate dat we er, volgens sommigen, zelfs ziek van worden.

## 5.2. Ziek van gezondheid

Ignas Devisch, professor in de (medische) filosofie en ethiek aan de Universiteit Gent, buigt zich in zijn werk *Ziek van gezondheid* (2013) over deze paradox. De centrale vraag bij hem luidt: worden we vandaag vooral ziek omdat ons gedrag steeds ongezonder is geworden of veeleer omdat we steeds meer naar gezondheid streven? “Het opmerkelijke en veeleer paradoxale samengaan van ziekte en gezondheid maakt het onderwerp uit van dit boek, dat

---

<sup>149</sup> Cijfergegevens zoals prevalentie- en zelfmoordcijfers werden bewust gemeden in bovenstaande uiteenzetting over het werk van De Wachter en Verhaeghe. Dit omdat zij vaak naar persartikels verwijzen waarvan de exacte bron niet altijd na te gaan valt en omdat de cijfers daarenboven verouderd zouden kunnen zijn.

<sup>150</sup> Verhaeghe, P. (2009). *Op. Cit.*, p. 11-12.

<sup>151</sup> “Eén op de tien [Vlamingen, eigen toevoeging] riskeert een burn-out, terwijl één op de drie aangeeft zich psychisch niet goed te voelen.” (In: Amkreutz, R. (2015). Soms is het leven gewoon kut. *De Morgen*, [online] 1 juni. <[www.demorgen.be/dmsselect/soms-is-het-leven-gewoon-kut-a2344796/?utm\\_source=demorgen&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=newsletter&utm\\_content=daily](http://www.demorgen.be/dmsselect/soms-is-het-leven-gewoon-kut-a2344796/?utm_source=demorgen&utm_medium=email&utm_campaign=newsletter&utm_content=daily)> [Geraadpleegd op 1 juni 2015] en “De mentale balans in evenwicht houden is voor steeds meer mensen geen sinecure. Dat bewijzen ook de cijfers van de laatste Gezondheidsenquête: één op de drie Belgen (32 procent) heeft last van stress, voelt zich gespannen en gedepimeerd of kan niet slapen door grote zorgen. In 2006 was dit nog 26 procent.” (In: Knack (2015). Bent u fit in het hoofd? 10 tips om uw mentale veerkracht te verbeteren. *Knack*, [online] 28 mei. <[http://www.knack.be/nieuws/gezondheid/bent-u-fit-in-het-hoofd-10-tips-om-uw-mentale-veerkracht-te-verbeteren/article-normal-573933.html?utm\\_source=Newsletter-28/05/2015&utm\\_medium=Email&utm\\_campaign=Newsletter-RNBGEZHNNL&M\\_BT=13334664167673](http://www.knack.be/nieuws/gezondheid/bent-u-fit-in-het-hoofd-10-tips-om-uw-mentale-veerkracht-te-verbeteren/article-normal-573933.html?utm_source=Newsletter-28/05/2015&utm_medium=Email&utm_campaign=Newsletter-RNBGEZHNNL&M_BT=13334664167673)> [Geraadpleegd op 1 juni 2015].

<sup>152</sup> Bijvoorbeeld: Vlogaert, H. (2014). Hoe de psycholoog zich van ons meester maakt. *De Morgen*, [online] 29 september. <<http://www.demorgen.be/cultuur/hoe-de-psycholoog-zich-van-ons-meester-maakt-a2070244/>> [Geraadpleegd op 30 september 2014] en Vlogaert, H. (2015). Is gezond eten de eetstoornis van deze tijd? *De Morgen*, [online] 31 mei 2015. <<http://www.demorgen.be/wetenschap/is-gezond-eten-de-eetstoornis-van-deze-tijd-a2271401/>> [Geraadpleegd op 20 mei 2015].

wil stilstaan bij het ‘ongezonde’ karakter van het ‘wijzen’ naar gedrag dat ons ziek maakt, in tegenstelling tot het gangbare met de vinger wijzen op de ongezonde aspecten van ons gedrag.”<sup>153</sup> Het meest logische antwoord op de vraag wanneer we gezond zijn, luidt volgens Devisch: *als* we niet ziek zijn. Doordat we vandaag echter nadrukkelijk gezondheid nastreven, houdt een realistischer antwoord een omkering van de begrippen in: we zijn *zolang ziek tot we gezond zijn*. Gezondheid wordt een onbereikbaar punt.<sup>154</sup> Devisch verklaart dit fenomeen met behulp van Foucaults ‘**micromechanismen van de macht**’. Kleine, impliciete, ongrijpbare en moeilijk met het oog waarneembare mechanismen in onze samenleving maken ons gedrag beheersbaar en disciplineren ons. Niets of niemand verplicht mij om gezond te zijn, maar als vrienden me wekelijks uitnodigen om een nieuw rawfoodrestaurant uit te proberen, of als ze met de grafieken van hun loopresultaten op hun smartphone pronken, durf ik me al wel eens in het nauw gedreven te voelen. Ik conformeer en heb een maatschappelijk opgelegde norm geïnternaliseerd. Het is doorgedrongen tot mijn morele systeem. Niet vanuit een centraal en dwingend punt, maar via een complexe dynamiek van kleine actoren.<sup>155</sup>

Bovendien creëert de gezondheidspolitiek, ondanks haar nobele intenties om gezondheid na te streven, ook neveneffecten die ervoor zorgen dat we ziek worden terwijl we net op gezondheid mikken. “Juist doordat we onze gezondheid moeten najagen, bevinden we ons in een permanente staat van ziek zijn en is het leven één grote investering in onze gezondheid geworden.”<sup>156</sup> Het verschil tussen de medische en sociale definitie van ziekte speelt hier ook een rol in, aldus Devisch. Zo is de sociale definitie ruimer dan een strikt medisch ziek zijn. Denk bijvoorbeeld aan het ‘te drukke’ kind in de klas. Wat eerst een sociale definitie is, kan na verloop van tijd samenvallen met een medische definitie. “Te druk? Je lijdt aan de ADHD-stoornis.” Hoe breder de definitie van gezondheid is, hoe groter de kans dat we ziek zijn.<sup>157</sup> Samengevat klinkt deze ‘oneindige logica’ volgens Devisch als volgt: “hoe meer mogelijkheden (kunnen), hoe meer we streven naar gezondheid (willen), hoe breder de definitie van gezondheid, en dus hoe lastiger het wordt om bij het eindpunt genaamd

---

<sup>153</sup> Devisch, I. (2013a). Proloog, in: *Ziek van gezondheid. Voor elk probleem een pil?* Devisch, I. (red.). Antwerpen: De Bezige Bij, p. 16.

<sup>154</sup> IDEM, p. 21.

<sup>155</sup> IDEM, p. 24-25. Zowel Foucaults machts- als discoursconcept loeren in deze redenering om de hoek. Beide noties werden iets uitvoeriger uiteengezet in het vorige hoofdstuk, zie p. 62-64.

<sup>156</sup> Devisch, I. (2013b). Zorg, loop, kies, slik, werk en overdonder. Over de keerzijde van onze gezondheidspolitiek, in: *Ziek van gezondheid. Voor elk probleem een pil?* Devisch, I. (red.). Antwerpen: De Bezige Bij, p. 112.

<sup>157</sup> IDEM, p. 115-116.

gezondheid te komen.”<sup>158</sup> Met ‘kunnen’ wijst de UGent-professor overigens op de mogelijkheid om ons leven in te richten met behulp van allerlei medicatie. Het dwingende en normerende karakter van gezondheid zorgt ervoor dat zij die gezondheid het meest najagen er het slechtst uitkomen. **Of hoe streven naar gezondheid ziek maakt.**<sup>159</sup>

Net als Paul Verhaeghe en Dirk De Wachter brengt Ignaas Devisch ons tijdsgewricht in verband met de problematiek. “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.”<sup>160</sup> Devisch doelt op wat hij een neoliberale samenleving noemt die gericht is op de maximale mobilisatie van mensen en middelen met het oog op een **allesoverheersend winststreven**. Wat goed is, moet beter.<sup>161</sup> Wat de UGent-professor vooral zorgen baart, is dat de gezondheidszorg mee op dergelijke kar springt en dus niet alleen gezondheidsproblemen bestrijdt, maar ze ook genereert.

Gezondheid draait om zoveel meer dan de individuele klachten 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.<sup>162</sup>

### 5.3. Medicalisering en farmacologisering

Dat is precies wat Paul Verhaeghe in *Het einde van de psychotherapie* (2009) doet. De psychotherapeut stelt treurend vast dat het **hedendaagse discours over menselijk gedrag** ons doet geloven dat het **neurobiologisch gebaseerd en genetisch gestuurd** is, met als gevolg dat het eigenlijke psychologisch onderzoek meer en meer verdwijnt. Moeizame therapeutische gesprekken worden vervangen door gekleurde pilletjes. Psychotherapie maakt plaats voor

---

<sup>158</sup> Devisch, I. (2013b). *Op. Cit.*, p. 117.

<sup>159</sup> IDEM, p. 109, 117.

<sup>160</sup> Devisch, I. (2013a). *Op. Cit.*, p. 19.

<sup>161</sup> IDEM, p. 20.

<sup>162</sup> IDEM, p. 26.

medicijnen.<sup>163</sup> Dit fenomeen wordt vanaf heden aangeduid met de term ‘medicalisering’, dat Ignaas Devisch omschrijft als “het proces waarbij we **steeds meer menselijk gedrag met een louter medische bril begrijpen en analyseren**, met als gevolg dat veel alledaagse activiteiten medische problemen worden”. Leidt die medicalisering er bovendien ook niet toe dat we steeds meer aspecten van ons gedrag als pathologisch of abnormaal beschouwen? Het antwoord schemert door in de toon van zijn vraag.<sup>164</sup> De toenemende medicalisering gaat nog gepaard met een ander fenomeen dat de bovenhand neemt: farmacologisering, **het bestrijden van ziektes met medicijnen**. In sommige gevallen komt het medicijn zelfs voor de ziekte of stoornis, klinkt het cynisch.<sup>165</sup>

Wat Dirk De Wachter – net als Paul Verhaeghe – dwarszit, is de wijdverspreide overtuiging dat fenomenen als depressies breinstoornissen zijn die medicamenteus bestreden moeten worden, terwijl de psychiater dit eerder als een probleem van malcontentement ziet.<sup>166</sup> De veelzeggende cijfers zijn volgens hem dan ook mede het gevolg van ons ‘liberale’ medische systeem, waarbij het nemen van medicatie deel uitmaakt van onze cultuur. “Het lijkt erop dat we zonder medicatie niet meer in de normaliteit kunnen bestaan, dat we medicatie nodig hebben om de ondraaglijke zwaarte van het bestaan te kunnen blijven torsen.” Nog problematischer vindt De Wachter de trend om reeds vroeg met medicalisering te beginnen. Kinderen worden continu geëvalueerd en moeten presteren. “Doordat de evaluerende instantie te sterk vanuit die perfectionistische bril gaat kijken, zal er al gauw een groep ontstaan die uit de boot valt. En die groep wordt gemedicaliseerd, gediagnosticeerd en geëtiketteerd.”<sup>167</sup> Of zoals VUB-filosoof Jean-Paul Van Bendegem het verwoordt: “Mocht ik vandaag een kind zijn, ze hadden me al lang gelabeld met één of andere autismespectrumstoornis.”<sup>168</sup>

Vanwaar die verschuiving naar de wijdverspreide verwachtingen van farmacologische behandelingen? Verhaeghe haalt hier verschillende redenen voor aan. Zo is er de typisch menselijke neiging om eigen problemen en de oplossingen ervoor bij anderen te leggen – in

---

<sup>163</sup> Verhaeghe, P. (2009). *Op. Cit.*, p. 46-47.

<sup>164</sup> Devisch, I. (2013a). *Op. Cit.*, p. 16-17.

<sup>165</sup> IDEM, p. 19.

<sup>166</sup> De Wachter, D. (2012). *Op. Cit.*, p. 134-135.

<sup>167</sup> IDEM, p. 155-156.

<sup>168</sup> Selfslagh, S. (2015). “Mensen vergeten soms de grootste levenswijsheid aller tijden: shit happens”. *De Morgen*, [online] 5 juni. <[http://www.demorgen.be/dmsselect/-mensen-vergeten-soms-de-grootste-levenswijsheid-aller-tijden-shit-happens-a2335372/?utm\\_source=demorgen&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=newsletter&utm\\_content=daily](http://www.demorgen.be/dmsselect/-mensen-vergeten-soms-de-grootste-levenswijsheid-aller-tijden-shit-happens-a2335372/?utm_source=demorgen&utm_medium=email&utm_campaign=newsletter&utm_content=daily)> [Geraadpleegd op 5 juni 2015].



dit geval dus medicatie. Daarnaast wijst de klinisch psycholoog ook op de *constructie* van diagnostische labels, die ervoor zorgen dat afzonderlijke gedragskenmerken, zoals druk zijn en de klas storen, omgedoopt worden tot een entiteit met een veronderstelde medische grond die een dergelijke farmacologische aanpak vraagt. Het huidige discours zorgt er bovendien voor dat er een grote **overdiagnose**<sup>169</sup> is van allerhande stoornissen, die op een enge medische wijze bekeken en behandeld worden.<sup>170</sup> De term ‘stoornis’ vindt Verhaeghe trouwens problematisch. Psychosociale probleemsituaties zoals niet gehoorzamende kinderen, verbranding of burn-out, enzovoort, worden gegroepeerd onder de vage Engelse term *disorder*, ofwel stoornis, en klinken hierdoor al heel wat geloofwaardiger dan het gebruik van het begrip ‘ziekte’. Op die manier dringen menselijke moeilijkheden ongemerkt binnen in een medisch register, met als gevolg dat we de indruk krijgen dat storende gedragingen gecorrigeerd moeten worden. Stoffen in ons brein zouden er de oorzaak van zijn en medicijnen bieden soelaas.<sup>171</sup> Ook de effectiviteit van psychofarmaca wordt volgens de hoogleraar aan de Universiteit van Gent zwaar overschat. Er wordt bijvoorbeeld te weinig rekening gehouden met het **placebo-effect**, de **nevenwerkingen** worden zwaar onderschat, de duurste medicijnen krijgen het meest wetenschappelijke promotie en er is zelfs sprake van niet-gepubliceerde studies omwille van hun ongewenste conclusie. Meer dan de helft van de patiënten zou op eigen initiatief vroegtijdig stoppen met de inname ervan, door de nevenwerkingen en door te weinig positieve resultaten.<sup>172</sup>

Ook Ignaas Devisch gaat op zoek naar verklaringen voor het medicaliseringsfenomeen. De professor in de medische filosofie vat zijn betoog aan met een uitweiding over de zogenoemde overdiagnoses, een term die verwijst naar het ziek verklaren van iemand die niet echt ziek is. Denk aan Dirk De Wachter en zijn kritiek op de DSM-diagnose ‘female sexual dysfunction’, die vrouwen die volgens hem ‘soms’ geen zin hebben in seks toegewezen kunnen krijgen. Of iemand die verlegen is het angstsyndroom toekennen, zoals Devisch zelf aangeeft. Maartje Schermer wijst zelfs op het gevaar van wat zij **overbehandeling** noemt: “Hoe sneller problemen en klachten als ziekte gelabeld worden, hoe meer medische behandelingen er gegeven zullen worden, terwijl dat wellicht niet altijd nodig, en potentieel

---

<sup>169</sup> Dadelijk meer hierover met Ignaas Devisch.

<sup>170</sup> Verhaeghe, P. (2009). *Op. Cit.*, p. 52-53.

<sup>171</sup> Verhaeghe, P. (2013). Medicalisering van psychosociale problemen: een verdoken vorm van disciplineren, in: *Ziek van gezondheid. Voor elk probleem een pil?* Devisch, I. (red.). Antwerpen: De Bezige Bij, p. 34, 35, 40.

<sup>172</sup> Verhaeghe, P. (2009). *Op. Cit.*, p. 60-62.

zelfs schadelijk is”<sup>173</sup>. Dit fenomeen, namelijk medicijnen nemen die we niet nodig hebben, kent uiteenlopende redenen. Een letterlijke weergave: omdat we niet ziek zijn; omdat we ons meer op ons gemak willen voelen; omdat we niet of nauwelijks overwegen dat er ook andere probate middelen bestaan; omdat we zelf geloven dat medicijnen alles oplossen en er dus om vragen, smeken, roepen, eisen; omdat we medicijnen voorgeschreven krijgen als gevolg van overdiagnose; ...<sup>174</sup>

---

<sup>173</sup> Schermer, M. (2013). *Op. Cit.*, p. 118-119.

<sup>174</sup> Devisch, I. (2013b). *Op. Cit.*, p. 102.



Mijn therapeute was in de krokusvakantie op reis en net toen gebeurde het.  
De gedachten kregen me klein. Ik ben verdronken.



Op een zeker moment werd ik overspoeld door een tsunami aan negatieve gedachten. Niemand kon de verwoesting nog herstellen. Mijn mama noch Tine. Een week voor dat dieptepunt waren we al naar mijn psychiater in Jette gegaan om meer medicatie te vragen, want het ging niet meer. Ik had pijn van de stress. Mijn psychiater zei: ‘Als het echt nog erger wordt, kom je terug en dan zetten we je op de PAAZ-afdeling’. In de krokusvakantie was ze op reis en net toen gebeurde het. De gedachten kregen me klein. Ik ben verdronken. Mijn mama en zus hebben dan beslist om naar de dienst Spoedgevallen te gaan. We zijn er om middernacht toegekomen en hebben er tot vier uur ’s ochtends in de wachtzaal gezeten. Het was de hel. Ik was in alle staten, nog altijd aan het verdrinken, zonder reddingsboei of reikende hand. Het ging niet. Mijn familie probeerde wel, maar het ging niet. Na al die uren moest ik mijn verhaal aan een stagiaire vertellen. Erg vermoeiend, want ik was geradbraakt. Mentaal en fysiek, ik had overal pijn van het wenen.

Ik ken het verloop van die nacht niet meer zo goed, ik was niet in staat om alles te volgen. Maar ik ben uiteindelijk niet op de PAAZ-afdeling terechtgekomen, wel bij de baby’tjes. (*lacht*) Op de PAAZ-afdeling zijn er al zo weinig plaatsen en ze laten blijkbaar alleen heel extreme gevallen toe. Mensen die de boel bij elkaar schreeuwen. Thuis was ik zo, maar ik kon dat niet, en nu nog steeds niet, laten zien aan mensen die ik niet goed ken en die ik niet vertrouw. Met als gevolg dat ze mij gewoon in een donkere kamer legden. ‘Laat mij allemaal gerust!’, dacht ik. ’s Ochtends kwam er dan een psychiater langs waar ik nóg eens mijn verhaal aan moest vertellen. Nadien hebben ze me gewoon naar huis gestuurd, ik mocht daar nog wat afzien. Ik kreeg wel vrij zware medicatie mee, waardoor ik er als een zombie bij liep. Dat was niet leuk en het was geen oplossing, maar op dat ogenblik was alles welkom om van mijn gedachten te kunnen vluchten. Ik had eigenlijk gewoon moeten zeggen dat ik er een einde aan wou maken, misschien hadden ze me dan op de PAAZ-afdeling gezet. Moest ik in die wachtzaal een scène hebben gemaakt, zoals een zottin, hadden ze dat waarschijnlijk wel gedaan. Maar ik ben niet zo. Ook dan niet. Ik zat wel in het diepste dal, maar ik zal het nooit aan de buitenwereld tonen. En dat is waarom mensen het ook vaak moeilijk zien.

Nadien zijn we met mijn therapeute Tine actief beginnen te zoeken naar opvang. Er moest aan gewerkt worden. Elke dag, niet één keer in de week een uurtje, zoals voordien. Het was een zoektocht van jewelste, die vooral met veel gesmeek gepaard ging. Na het duizendste intakegesprek ben je het ook wel beu. Uiteindelijk ben ik in een dagcentrum in Leuven terechtgekomen, met verschillende leefgroepen van ongeveer tien mensen. Ik kon er wel pas binnen na een maand. Eerst moest ik thuis nog wat met mijn vingers draaien en geïsoleerd de

tijd doden. Maar ik kwam dus in zo een leefgroep terecht met mensen van verschillende leeftijden, voornamelijk veertigers en vijftigers. Ze hadden allemaal andere problemen, niet enkel autisme. Mijn mama en ik wilden niet dat ik in een vakje geduwd werd en alleen met mensen met autisme samenleefde. Heb ik daar veel aan gehad? Ik weet het eigenlijk niet... Ik ging er dan wel elke dag naartoe, het was pas 's avonds dat ik in een zwart gat viel en terug zwaarmoedig werd. Dat zagen ze niet en ik durfde het ook helemaal niet te laten zien. Puur uit angst. 'Wat gaan ze van mij denken?', dacht ik. Jezelf na al die tijd plots blootgeven, is extreem moeilijk. Mensen moesten me daar echt op wijzen, vooral mijn mama en zus. 'Toon jij jezelf dan wel?', vroegen ze zich af. Dat was niet het geval, met als gevolg dat ze je dan niet kunnen helpen. Ik deed dat echt onbewust en heb het wel geprobeerd, maar als ik niet snel vorderingen zie in iets, haak ik af. Dat is niet goed en dat beseft ik ook, want soms moet je lang volhouden vooraleer je resultaten ziet.

Maar ik ben dus halverwege mijn module in Leuven gestopt omdat ik er het nut niet van inzag (*lacht*) en omdat ik moeilijk kon volhouden. Ik heb toen een intakegesprek gedaan in het psychiatrisch centrum Caritas, in Melle. Een paar maanden later, toen mijn naam bovenaan de wachtlijst stond, kon ik er naartoe. Ik zat er in een jongvolwassenengroep met mensen van zeventien tot eenentwintig jaar die allemaal mentale stoornissen hadden. Ik heb er uiteindelijk zeven maanden gezeten. Die eerste maanden waren doorbijten, maar achteraf bekeken ben ik erg blij dat ik zolang ben gebleven, want ik heb er enorm veel geleerd. Volhouden bijvoorbeeld. Na zeven maanden geef je jezelf ook wel echt bloot. In het Engels zeggen ze: *giving in*, toegeven. Op den duur móét je wel, je kan niet anders. In het begin belde ik nog vaak naar huis als het niet goed ging. Tijdens een gezinsgesprek zei de psycholoog daarop dat ik dat niet meer mag doen omdat ze me op die manier niet konden helpen. Logisch. Ik heb ook beseft dat je het grotendeels zelf moet doen. Ik ben in Melle mensen tegengekomen die op dezelfde golflengte zaten, terwijl dat in het middelbaar het omgekeerde was. Daardoor ben ik terug op zoek gegaan naar activiteiten, of heb ik terug de moed gevonden om weer deel uit te maken van de maatschappij waar ik altijd zo bang van was.

#### 5.4. Het einde van de psychotherapie?

Voorgaand fragment maakt duidelijk hoe de hulpverlening tijdens Emma's crisismoment niet van een leien dakje liep. Zo kon ze enkel terecht op de spoedafdeling, waar ze overigens het grootste deel van de nacht in de wachtzaal moest doorbrengen om nadien haar complexe relaas aan een stagiaire te vertellen. Daarna werd Emma met een flinke dosis medicatie gekalmeerd en, wegens plaatsgebrek in de Psychiatrische Afdeling in een Algemeen Ziekenhuis (PAAZ), te slapen gelegd in de kraamafdeling. Daags nadien mocht ze haar verhaal aan de zoveelste psychiater uit de doeken doen. Dat alles terwijl Emma al enkele jaren met ASS was gediagnosticeerd en over de nodige hulp zou moeten beschikken – buiten haar therapeute die op dat ogenblik op vakantie was, kon ze bij niemand terecht. We zagen reeds in de inleiding van deze masterproef dat de wachtlijsten in de hulpverleningssector de pan uit rijzen, maar het verhaal van Emma drukt ons met de neus op de harde feiten en schrijnende toestanden. Zou de toenemende trend om medicatie voor te schrijven ook te maken hebben met het tekort aan plaatsen op allerlei ziekenhuisafdelingen en in psychiatrische centra?

Net zoals er nieuwe medicatie op de markt komt, met zowel voordelen als ongewenste effecten, zoals we pas gezien hebben, is ook de psychotherapeutische praktijk onderhevig aan veranderingen, nieuwigheden en evoluties. Er werd in dit werk al enkele malen beroep gedaan op klinisch psycholoog en psychoanalyticus Paul Verhaeghe en diens *Het einde van de psychotherapie* (2009). Na verschillende kritieken op de DSM geformuleerd te hebben, zoals we ook met behulp van andere auteurs zagen, verklaart Verhaeghe waarom het einde van de psychotherapie de voorbije jaren ingeluid werd. Eerder leerden we dat de controversiële DSM-gids aanvankelijk in het leven werd geroepen om de psychodiagnostiek wetenschappelijk te onderbouwen. Op dezelfde manier, stelt Paul Verhaeghe, drong zich ook een wetenschappelijk bewijs op over de doeltreffendheid van psychotherapeutische behandelingen.<sup>175</sup> Om de medische wetenschappen en haar toepassingen te beoordelen, doet men beroep op de zogenoemde Randomized Controlled Trials (RCT), wat zoveel betekent als 'toevalsgewijze gecontroleerde toepassingen'. De methodes die de test doorstaan, komen op de lijst van Empirically Supported Treatments (EST), oftewel 'proefondervindelijk ondersteunde behandelingen'. De voorwaarden die worden gesteld om wetenschappelijk bruikbare resultaten op te leveren, zijn niet gering, en de quasi ongewijzigde overname van dit

---

<sup>175</sup> Verhaeghe, P. (2009). *Op. Cit.*, p. 142.

medisch onderzoeksmodel voor de effectiviteitsmetingen van de psychotherapie, maakt de werkwijze helemaal problematisch, aldus Verhaeghe. “Kort en krachtig luidt de RCT-basismethodologie als volgt: **identieke therapeuten, identieke behandelingen, identieke patiënten.**”<sup>176</sup> En dat levert sterke beperkingen op. Psychotherapeutische methodes kunnen enkel geëvalueerd worden indien ze op voorhand aan een aantal eisen voldoen. Hieronder een overzicht van die eisen, voorzien van Paul Verhaeghes kritiek:

- 1) Het moet mogelijk zijn de behandeling te standaardiseren

Hierdoor worden individuele verschillen tussen **therapeuten** meteen ook geminimaliseerd. Verwijzend naar de Amerikaanse psychiater Irvin Yalom en diens *Scherprechter van de liefde: tien ware verhalen uit een psychotherapeutische praktijk* (1989), stelt Verhaeghe dat psychotherapie niet werkt volgens strak afgebakende voorschriften. Elke behandeling is anders omdat ook elke cliënt anders is. Standaardisering onderwerpt de patiënt aan geijkte interventies, waarbij de therapeutische relatie geen relatie is, maar een puur instrumentele verhouding. Freud vergeleek het met een schaakspel: je kent de openingszet en het einde, maar daartussen liggen ontelbare variaties.

- 2) De behandeling duurt idealiter tussen de zes en de zestien sessies, zodat andere factoren het resultaat niet kunnen beïnvloeden

Het effect van een **behandeling** blijkt recht evenredig met de lengte van de behandelduur. In die zin is het effect van de zogenoemde *short term psychotherapies* ook meestal ‘short term’.

- 3) De selectie van patiënten en andere behandelmethodes die in het onderzoek als vergelijkingspunt dienen, moeten zoveel mogelijk identiek zijn

In de praktijk betekent dit dat de **patiënten** slechts aan één stoornis (conform de DSM) mogen lijden. Comorbide patiënten<sup>177</sup> (twee op de drie) vliegen eruit, wat volgens Verhaeghe bovendien nog een argument is om te stellen dat de DSM-opsplitsingen verkeerd zijn. Kortweg gesteld: slechts een beperkt aantal patiënten, die eerder uitzondering dan regel vormen, komt aan bod.

---

<sup>176</sup> Verhaeghe, P. (2009). *Op. Cit.*, p. 145, 146, 148.

<sup>177</sup> Comorbiditeit is het gelijktijdig vóórkomen van verschillende stoornissen bij één patiënt. (In: Vandereycken, W. en van Deth, R. (2004). *Op. Cit.*, p. 248.)

Het gevolg van deze vereisten? De grote meerderheid van de psychotherapieën kan niet beoordeeld worden. Toch is Verhaeghe ervan overtuigd dat een andere methodologie om psychotherapieën bij patiënten te kunnen evalueren, zowel denkbaar als mogelijk is. Helaas worden er andere conclusies naar voren geschoven, met ingrijpende consequenties: zorgverzekeraars weigeren bijvoorbeeld behandelingen te vergoeden die niet gewogen kunnen worden, of opleidingsinstituten gaan zich exclusief toeleggen op een beperkt aantal kortdurende therapieën. Een veralgemeende toepassing van voornoemde *verhandboekte* behandelingen zal tot de conclusie leiden dat psychotherapie niet werkt, besluit Paul Verhaeghe, die hieronder schetst hoe deze hulpverleningsvorm van haar hoogdagen kon terugvallen naar een dieptepunt.<sup>178</sup>

In de hoogtijdagen van de psychotherapie heerste de overtuiging dat psychische moeilijkheden allemaal het gevolg waren van een foute opvoeding binnen foute maatschappelijke omstandigheden. Dit leidde tot de veronderstelling dat al die moeilijkheden corrigeerbaar waren via psychotherapie. [...] Ten gevolge van dergelijke opvattingen breidde het toepassingsveld van de psychotherapie zich uit naar de bijna volledige psychiatrie [...]. Zestig jaar later ging men vol therapeutisch optimisme mensen ‘genezen’. De ontzuivering volgde nauwelijks één generatie later. Ondanks een duidelijk symptoomreducerend effect binnen een ontegensprekelijk meer humane aanpak bleven definitieve behandelingsresultaten uit. In een aantal gevallen was het resultaat nu juist wat de antipsychiatrie bestreden had: een levenslang verblijf in therapeutische instellingen, die weliswaar de allures kregen van een alternatieve minimaatschappij.<sup>179</sup>

Het hoeft dus niet te verbazen dat er extreme tegenbewegingen ontstonden. Psychische verstoringen zouden allesbehalve psychotherapeutisch behandelbaar zijn en de farmacologische aanpak werd de hemel in geprezen. Waar psychotherapeutische mogelijkheden vroeger overschat werden, worden ze vandaag onderschat, besluit Paul Verhaeghe.<sup>180</sup> Toch hoeft het ene (medicatie) het andere (hulpverlening zoals psychotherapie) allesbehalve uit te sluiten. Het vaak aangehaalde voorbeeld van een diagnose als depressie moet in veel gevallen op een andere manier aan kritiek onderworpen worden dan pakweg ASS. Zo valt een depressie wel weg te werken, terwijl een autismespectrumstoornis blijvend is. Emma zelf wordt zowel met medicatie als met therapie behandeld. Uit een volgend fragment zal blijken dat ze aan beide middelen veel gehad heeft. Belangrijk voor het slagen van de therapie is volgens Paul Verhaeghe trouwens de relatie met de therapeut. Het eerste en

---

<sup>178</sup> Verhaeghe, P. (2009). *Op. Cit.*, p. 148-155, 158.

<sup>179</sup> IDEM, p. 160-161.

<sup>180</sup> IDEM, p. 161-162.



**allerbelangrijkste therapeutische doel** is immers **de uitbouw van een werkzame therapeutische relatie**. Die verhouding is niet vanzelfsprekend, vermits mensen hun problemen moeilijk onder woorden kunnen brengen, aldus de psychoanalyticus. De relatie die de therapeut met de patiënt uitbouwt, blijft gedurende de volledige behandeling cruciaal. Essentieel om zulke relatie tot stand te brengen, is dat de therapeut informatie aanbiedt en niet opdringt. “Zolang dit niet het geval is, vertoont de interactie een typisch kenmerk: de patiënt luistert nauwelijks naar inhoud en betekenis van wat de ander zegt, maar beoordeelt alles in functie van de eigen basisangst. Concreet betekent dit dat hij of zij veel meer luistert naar vorm, stijl en toonhoogte van onze interventies dan naar wat wij inhoudelijk te vertellen hebben, en dit in combinatie met een voortdurende aandacht voor alle non-verbaal gedrag.”<sup>181</sup> Hoewel Emma zelf meermaals aanhaalde dat ze sociaalvaardig en verbaal sterk is, wat een voordeel zou moeten opleveren voor de uitbouw van een vruchtbare therapeutische relatie, wierp ze ook op hoe de informatie die haar therapeute gaf op een zeker moment allesbehalve doordrong.

Soms voel ik me niet goed in mijn vel en droom ik dat ik ook wel eens maatje 36 wil hebben, of een ander soort kledij wil dragen. Als ik op het internet surf en op mensen met gekke talenten bots, dan stimuleert me dat omdat ik ook zo iets wil kunnen. Ook als ik een mooie vrouw zie of met de perfecte job geconfronteerd word, begin ik te zweven. Mijn therapeute moet me dan wakker schudden. Ze countert mij met sterke argumenten, in die mate dat ik haar gelijk moet geven. Het is eigenlijk pas sinds kort dat ik zo wakker geschud wordt en niet meer streef naar de perfectie. Het dringt eindelijk door. Niet dat ik die informatie voordien bewust negeerde, maar vroeger ging het er in mijn ene oor in en in mijn andere oor uit.<sup>182</sup>

In het creëren van een dragende therapeutische verhouding mag de therapeut zelf ook niet over het hoofd gezien worden. De sleutel tot een werkzame verhouding is erkenning, aldus Paul Verhaeghe. Veeleer dan meteen te komen opdraven met pasklare antwoorden, moeten therapeuten **erkennen dat er vragen of problemen zijn waarop ze niet meteen concrete antwoorden hebben**. Zij moeten immers voelen wat anderen voelen en de volgende stap is het onder woorden brengen van het probleem. Sommige groepen mensen vereisen een behandeling die omgekeerd is aan de klassieke aanpak en therapeuten hebben de verantwoordelijkheid een werkzame, niet op voorhand gegeven verhouding uit te bouwen. Dit kost tijd en mislukkingen zijn dan ook allesbehalve uitzonderingen. Paul Verhaeghe stelt zelfs dat therapeuten moeten helpen om letterlijk de hulpvraag te verwoorden alvorens er gedacht

---

<sup>181</sup> Verhaeghe, P. (2009) *Op. Cit.*, p. 204, 206, 207.

<sup>182</sup> Emma (2015). *Gesprek 2*. Geïnterviewd door Sven De Boeck, 16 februari, zie digitale bijlagen p. 13-31.

kan worden aan antwoorden. Daarbij is het, zoals eerder duidelijk werd, noodzakelijk dat de patiënt niet in een passieve positie geduwd wordt met zogenoemde verhandboekte oplossingen die volgens therapeuten de oplossingen voor de problemen zijn.<sup>183</sup>

---

<sup>183</sup> Verhaeghe, P. (2009) *Op. Cit.*, p. 207-208, 216-217.



Ik heb mezelf overgegeven aan de hulpdiensten.  
Het gesprek dat we hier nu voeren, is het resultaat van jarenlange therapie.



Mijn familieleden leefden altijd met mij mee. Ze zochten vaak naar oplossingen en probeerden me recht te helpen. Ze ondersteunden me, praatten over mijn problemen en zochten naar oplossingen. Maar als het over een mentale beperking gaat, moet je alles op tafel leggen om te bewijzen dat je hulp nodig hebt. Nu heb ik bijvoorbeeld een VAPH-erkenning, een bewijs dat je recht hebt op specifieke hulp. Om dat te verkrijgen, zijn we van de ene naar de andere dienst gelopen. Telkens moest ik mijn verhaal weer doen om die erkenning te krijgen, niet simpel. Waar wij allemaal hebben gezeten... *(zucht)* Toen ik in het tweede middelbaar zat, ging mijn zus naar een therapeute. Zij had het op den duur niet meer nodig, maar stelde mij voor om er eens mee te gaan praten over de dingen die speelden. In de ogen van de therapeute waren dat dan vooral dagelijkse puberproblemen waarover ik me geen zorgen moest maken: er niet bij horen, je zorgen maken over wat anderen denken over jou, gepest worden, ... Er werd niet echt verder gekeken en er gingen geen alarmbellen af. Zo heb ik er ongeveer vier jaar therapie van gehad, wat eigenlijk niet veel vruchten afwierp. Het was niet het soort therapie dat ik nodig had. En de therapeute had nooit gemerkt dat ik autisme had. Dat vind ik wel vrij straf. Zo professioneel was het allemaal niet.

Maar mijn familie noch ikzelf wisten iets af van die wereld. Totdat mijn zus orthopedagogie is gaan studeren. Ze heeft heel veel geleerd over beperkingen en mentale ziektes. Mijn zus en moeder hadden dus wel wat vermoedens omtrent autisme. Het is daarom dat we iets grondiger op zoek gingen naar therapie. Zo zijn we voor een zestal maanden bij een praktijk met meerdere therapeuten beland. Ik had er al een beter gevoel bij. Alles werd op een heel andere manier benaderd en er kwamen ook gezinsgesprekken aan te pas, maar het klikte niet tussen mijn mama en de therapeut. Omdat ik sterkere antidepressiva nodig had, heeft zij ons doorverwezen naar een psychiater, omdat enkel psychiaters medicatie mogen voorschrijven. Het is daar dat er voor de eerste keer sprake was van autisme. Via die psychiater ben ik vervolgens doorverwezen naar de psychiatrische afdeling van het UZ Jette, waar ik allerlei onderzoeken onderging. Ik legde veel mentale tests af, over hoe je bijvoorbeeld op bepaalde situaties reageert. Ik moest ook enorm veel meerkeuzevragen oplossen. Of ik kreeg een aantal kaartjes en ik moest de juiste volgorde aanwijzen. Het ging van makkelijk naar moeilijk. Actie/reactie, wat gaat er aan een bepaalde situatie vooraf, welke dingen mag je in zekere gevallen niet uit het oog verliezen, enzovoort. Op basis van de verschillende tests kreeg ik een score. En zo zijn we het te weten gekomen.

Ik heb mezelf overgegeven aan de hulpdiensten. Het gesprek dat we hier nu kunnen voeren, is het resultaat van jarenlange therapie. Zeker ook in het psychiatrisch centrum in Melle, dat was

intensief. Het is jezelf echt tegenkomen. Honderd keer als het moet. Ik heb er aan al mijn heikele punten gewerkt. 'It was the best of times, it was the worst of times', zei Charles Dickens. Die quote is erg van toepassing op mijn verblijf in het centrum. Op sommige dagen dacht ik: 'Het gaat niet meer, ik ben hier weg. Ze helpen mij hier niet'. Maar het merendeel van de tijd wou ik er niet weg. Ik heb er veel vriendschappen aan overgehouden. De mensen die er zitten, dragen ook bij aan de therapie. Je ziet ze maandenlang op dagelijkse basis. Ik heb er zeven maanden gezeten. Normaal duurt een module drie maanden, maar ik had al die tijd nodig om tot het punt te komen waarop ik nu zit. Mezelf blootgeven, dingen loslaten en aanvaarden, ... Dat gaat echt niet op drie maanden tijd. De meesten hebben er dan ook veel langer gezeten.

Hoe meer informatie ik over autisme kreeg, hoe meer confronterend het voor mij werd. Maar dat is net eigen aan therapie: het móét confronterend zijn, anders heeft het geen nut. De kunst is om ermee om te kunnen gaan en om het te verwerken. Zelfkennis is het begin van alle wijsheid, wordt wel eens gezegd, maar dat vind ik niet echt. Je kunt het wel allemaal weten, maar om er dan iets aan te doen... Dat vind ik verschrikkelijk moeilijk. Met dat ene uurtje professionele hulp per week kon ik dat niet. Ondertussen heb ik al die informatie leren verwerken: in de psychiatrische centra, met mijn psychiater, door medicatie, ... Kortom, door een goede balans te vinden en tijd te nemen om aan mezelf te werken, zonder mezelf te vergelijken met leeftijdsgenoten die bijvoorbeeld al een diploma van het hoger onderwijs of de universiteit hebben.

## 6. Pijnpunten in de hulpverlening. Hoe kan het beter?

We zagen onder andere met Dirk De Wachter en Ignaas Devisch hoe onze maatschappij diagnostische kenmerken van de borderlinestoornis vertoont en hoe het ijverige streven naar gezondheid zelfs ziekte in de hand wekt. Meer geestelijke ontevredenheid of ziekte betekent ook meer medicatie, maar evenzeer meer vraag naar therapie. Beide fenomenen werden zopas besproken. Zo beschrijft Paul Verhaeghe met spijt de teloorgang van de psychotherapie. Ook uit Emma's verhaal blijkt hoe de hulpverlening niet altijd vlot verliep. Toch constateert ze vandaag dat de combinatie van medicatie en jarenlange therapie haar in staat stelde de informatie over haar diagnose te verwerken. Na het land rondgereisd te hebben, op zoek naar gepaste hulp, en na verschillende mislukte therapieën, bleek een maandenlang verblijf in een psychiatrisch centrum uiteindelijk de beste oplossing.

Zo wordt het ook stilaan duidelijk hoezeer de problematiek van deze masterproef doordrongen is van de paradoxaliteit. Tot hiertoe hoorden we voornamelijk verschillende stemmen van psychologen, psychiaters, psychoanalytici, psychotherapeuten en andere vaklui met kennis van zaken over classificatiesystemen, psychiatrische diagnoses, medicalisering en hulpverlening. Hoewel voorgaande uiteenzettingen zich louter beperken tot kritieken, formuleren deze opgesomde specialisten tevens alternatieven, verbeteringen, suggesties, voorstellen en pleidooien. Ook via de media krijgen we geregeld van verschillende partijen – politici, geestelijke gezondheidsverstrekkers en mensen met een diagnose – te horen wat er scheef zit en hoe het beter kan. Daarom worden in dit hoofdstuk dergelijke commentaren en bijhorende aanbevelingen gebundeld.

### 6.1. Verschuiving in het vertoog en nadruk op het diagnostisch proces

Laten we beginnen met Paul Verhaeghe, die in het besluit van *Het einde van de psychotherapie* herhaalt dat niet alleen geestelijke welzijnsproblemen exponentieel toenemen, maar dat ze ook verschillen van klassieke klachten en symptomen. In dat opzicht is de gewone psychotherapeutische aanpak gedoemd om te mislukken. Nieuwe problemen vragen immers om andere oplossingen. Toch, zo beweert de klinisch psycholoog, zou een nieuwe vorm van psychotherapie weinig soelaas bieden. “De veronderstelling dat de hulpverleningssector iets kan veranderen aan het maatschappelijke luik van die stoornissen, is natuurlijk een illusie.” Wat we nodig hebben, is een **verschuiving in het vertoog**, aldus

Verhaeghe.<sup>184</sup> Ondanks zijn uiterst kritische houding tegenover de huidige gang van zaken houdt de professor echter geen betoog voor een terugkeer naar wat hij een ‘naïeve’ antipsychiatrie noemt, de beweging die ontstond in de jaren 60 en die zich afzette tegen de gangbare praktijken in de psychiatrie. “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 de omgekeerde redenering hanteer. [...] Niet elke psychiatrische stoornis valt zomaar te herleiden tot psychosociale moeilijkheden.”<sup>185</sup> Bij psychosociale problemen gaat het om twee soorten problemen die met elkaar samenhangen: problemen die te maken hebben met gevoelens en gedachten (psychisch) en problemen die te maken hebben met andere mensen of instanties (sociaal).<sup>186</sup> Met zulke moeilijkheden worstelen, betekent daarom echter nog niet dat men een psychiatrische stoornis heeft (het dominante discours dat Verhaeghe bekritiseert). Uit voorgaand citaat blijkt verder ook dat Verhaeghe psychiatrische stoornissen niet wil reduceren tot psychosociale problemen, een belangrijke nuance.

Daarnaast stelt Verhaeghe nog dat er constant gedebatteerd dient te worden over de aard en omvang van de maatschappelijke regelgeving. En dat is volgens hem moeilijk wanneer een maatschappij disciplineert met het gebruik van ziekte-labels en het toedienen van psychofarmaca.<sup>187</sup> Veeleer zou men het **diagnostisch proces zijn belang moeten teruggeven**. Dat kan door binnen dat proces te focussen op het diagnosticeren van elementen die doorslaggevend zijn voor het al dan niet slagen van de behandeling: 1) de interpersoonlijke relaties en de mogelijke therapeutische verhouding, 2) de mate waarin de patiënt zelf actief zal kunnen deelnemen aan het psychotherapeutisch proces, 3) zijn/haar verbale capaciteiten, en 4) de onderliggende psychische structuur. Verhaeghe licht toe: “De eerste twee elementen zijn algemeen erkend als de meest werkzame factoren in elke behandeling. De mate waarin iemand problemen en emoties kan verwoorden, is bepalend voor de vorm die de behandeling moet aannemen. Het laatste (of iemand psychotisch, neurotisch dan wel pervers is) is diagnostisch zo belangrijk dat dit geen verder commentaar behoeft.”<sup>188</sup> Hierbij aansluitend pleit Nederlands filosoof en psychiater Gerrit Glas voor “**contextgevoelige definities** voor het

---

<sup>184</sup> Verhaeghe, P. (2009). *Op. Cit.*, p. 220-221.

<sup>185</sup> Verhaeghe, P. (2013). *Op. Cit.*, p. 41.

<sup>186</sup> Thuisarts.nl (2015). *Ik heb een psychosociaal probleem*. [online] <<https://www.thuisarts.nl/psychosociale-problemen/ik-heb-psychosociaal-probleem>> [Geraadpleegd op 19 juli 2015].

<sup>187</sup> Verhaeghe, P. (2013). *Op. Cit.*, p. 41-42.

<sup>188</sup> Verhaeghe, P. (2009). *Op. Cit.*, p. 138-139. Voor sommige lezers, waaronder ik, was een commentaar overigens wel wenselijk.

beschrijvende concept van ziekte, in het bijzonder als het gaat om criteria voor de ernst van de stoornis”. Zo zou er na een relatiebreuk pas sprake zijn van een depressie als de symptomen een bepaalde mate van ernst hebben, die overigens kan verschillen afhankelijk van de situatie. Een stoornis dient niet gezien te worden als een verkeerd verlopend proces in onze hersenen, maar veel meer als een proces in interactie met een gelaagde context.<sup>189</sup>

## 6.2. Familiezorg, hechting, zingeving

Een heel ander geluid horen we bij Marian Verkerk, gewoon hoogleraar Zorgethiek aan de Rijksuniversiteit Groningen en aan het Universitair Medisch Centrum Groningen. Als projectleider van een internationaal onderzoeksnetwerk op het gebied van familie-ethiek<sup>190</sup> stelt Verkerk dat de familie de morele taak heeft een ‘mantel’ voor elkaar te zijn. Dat er de afgelopen jaren een stijgende belangstelling voor het concept **familiezorg** op te merken is, blijkt uit het pleidooi van enkele zorgorganisaties die de familie wil verplichten om enkele uren per maand te zorgen voor hun naaste(n)<sup>191</sup>. Toch zijn zulke voorstellen al te vaak taboe. Waarom die verplichting? Hebben we niet lang genoeg gevochten om ons eigen leven vorm te kunnen geven? Vloeit mijn belastinggeld niet door naar de staat, die in de nodige zorg hoort te voorzien? Verkerk houdt de kerk in het midden met haar nadruk op “de gedachte dat er meer tussen morele plicht en vrije keuze bestaat wanneer het gaat om onze morele houding tot zorg”. In een zorgethisch perspectief zijn relationaliteit en persoonlijke autonomie niet zozeer elkaars tegenpool, ze kunnen elkaar net versterken.<sup>192</sup>

De zorgethiek staat een moreel perspectief voor waarin interdependentie en kwetsbaarheid van het menselijke bestaan centraal staan. In het zorgperspectief ligt de nadruk op een relationeel zelf dat zich verbonden weet met anderen. Daarmee onderscheidt het zich van het beeld van het individuele en onafhankelijke zelf dat zich onbegrensd weet. Het kwetsbare en relationele zelf heeft anderen nodig om betekenis en vorm aan zijn leven te kunnen geven. Niet het recht op vrijheid in de betekenis van een recht op niet-inmenging staat moreel centraal, maar de vraag naar welke verantwoordelijkheid wij jegens elkaar en onszelf dragen staat voorop. Vanuit een

---

<sup>189</sup> Glas, G. (2013). *Op. Cit.*, p. 141.

<sup>190</sup> Voor meer informatie, zie [www.family-ethics.com](http://www.family-ethics.com).

<sup>191</sup> Het is maar zeer de vraag wie er precies met familie en naasten bedoeld wordt. Bovendien dient er volgens Verkerk ook een oordeel geveld te worden over de morele verantwoordelijkheden jegens familieleden. En die kan enkel vastgesteld worden met aandacht voor specifieke en concrete situaties. (In: Verkerk, M. (2013). Van je familie moet je het maar hebben. Een zorgethische bespiegeling, in: *Komt een filosoof bij de dokter*. Schermer, M., Boenink, M., Meynen, G. (red.). Amsterdam: Boom, p. 244.

<sup>192</sup> Verkerk, M. (2013). *Op. Cit.*, p. 234.



zorgethisch perspectief is daarom familie­zorg – het zich verantwoordelijk weten voor familie – niet een moreel vreemde eend in de bijt.<sup>193</sup>

Het belang van de familie en de invloedrijke rol die ze speelt in de ondersteuning van mensen die een psychiatrische diagnose kregen, verdient nog wat meer toelichting. Zo drukte Emma zich in onze gesprekken vaak uit in de eerste persoon meervoud, waarmee ze aangaf dat haar hele gezin zich inlaat met haar diagnose en de implicaties die ze met zich meebrengt. Vooral haar zus en moeder blijken een klankbord te zijn. Om een inkijk te geven in de gedachten van de meest nabije gezinsleden van iemand die een psychiatrische diagnose kreeg, geef ik ook Emma's moeder Laura het woord.

Het klopt dat de diagnostische uitspraak een geruststellende mededeling is: 'Het kind heeft eindelijk een naam'. Toch blijft het ook confronterend. Het wordt bevestigd, terwijl je als ouder toch hoopt dat het misschien allemaal niet zo erg is. Misschien is het iets anders dat beter te behandelen is? Er komt ook bezorgdheid bij kijken. Hoe gaat mijn kind hier mee om en wat gaat dit nog teweegbrengen in de toekomst? Gaan we gepaste ondersteuning vinden? Waar, wanneer, hoe? Je blijft als ouder met veel vragen en onzekerheden zitten. Ik voel me ook schuldig omdat ik al die jaren in onwetendheid Emma probeerde mee te trekken, te motiveren en zelfs bijna te verplichten tot dingen waartoe ze eigenlijk niet in staat is. Maar door de diagnose kunnen we anders met haar omgaan en dat geeft ons allen meer rust.<sup>194</sup>

De zorg die familieleden voor elkaar dragen, gaat gepaard met **hechting**, volgens Dirk De Wachter de cruciale factor voor de psychiatrie van morgen. De psychiater richt zich niet alleen op familie, vrienden of kennissen maar ook op grotere gehelen als gemeenschappen. "De kwaliteit van de gehechtheid is medeverantwoordelijk voor de kwaliteit van ons mentaliserende vermogen, wat dan weer bepaalt in welke mate we kunnen meevoelen met onze medemens, structuren van verbondenheid en solidariteit met hem kunnen uitbouwen. Dat is essentieel voor de geestelijke gezondheid van de komende generaties. [...] Zoals de moeder haar baby van in de eerste prille momenten het gevoel kan geven dat de baby 'er mag zijn', zo is ook het zich verbonden voelen in een groter geheel, in een meer vertakte structuur of een gemeenschap, bepalend voor de kwaliteit van de gehechtheid."<sup>195</sup>

Met een korte uitstap naar de bekende Vlaamse filosoof Leo Apostel (1925-1995) en diens werk *Hopeloos gelukkig* (1997) pleit De Wachter, in het verlengde van zijn pleidooi voor

---

<sup>193</sup> Verkerk, M. (2013). *Op. Cit.*, p. 234-235.

<sup>194</sup> Laura, (2015). *Vragen thesis*. [email] Bericht aan De Boeck, S. (sven\_deboeck@hotmail.com). Verstuurd op 27 april 2015: 14:14. [Geraadpleegd op 27 april 2015]. Zie bijlagen p. 140.

<sup>195</sup> De Wachter, D. (2012). *Op. Cit.*, p. 267.

meer hechting, ook voor meer aandacht voor **zingeving**. “Zin is [...] een gemeenschapsgebeuren. Zin moet gedragen worden door een cultuur en een traditie om overeind te blijven, houvast te hebben en duurzaam te zijn. Zin kan niet hertaald worden naar een hedonistische ‘fast-short-kicking-new’-cultuur. Zin heeft met verankering en verbondenheid te maken. Zingeving is met andere woorden een fundamenteel sociaal gebeuren.”<sup>196</sup> Eén van de domeinen die ons zingeving kunnen bieden, aldus De Wachter, is de zorgsector:

Ook binnen de hulpverlening lijken de ethische vragen vaak niet meer te (mogen of kunnen) worden gesteld. Wat is een psychiatrisch ziekenhuis in de samenleving van vandaag? Waar zijn we eigenlijk mee bezig? Mogen deze vragen nog gesteld worden? Het beleid lijkt niet – of slechts vaag en in het slechtste geval op de verkeerde manier – met de grote vragen bezig: wat betekent zorg in onze maatschappij? [...] Men zoekt naar ‘situatie-ethiek’ maar niet naar inbedding in een ruimer ethisch perspectief. En toch, veel problemen in de gezondheidszorg hebben wellicht minder met betaling en financiën te maken dan met zin en zingeving. Wanneer men voor een reclame voor een of andere parfum zoveel kan investeren, maar niet of onvoldoende in levenslange zorg voor dementerende bejaarden, is dat dan geen ernstig maatschappelijk probleem?<sup>197</sup>

Vervolgens treedt De Wachter zijn collega Paul Verhaeghe bij, wanneer hij ijvert voor een **herwaardering** van de veelbesproken en controversiële **psychotherapie**. “Laten we een pleidooi houden voor een houding die de twijfel toelaat, de not-knowing positie, het niet-weten. Denken we aan de psychotherapie, die in het dagelijkse discours al te vaak wordt verengd tot psycho-educatie en het debiteren van waarheden, maar die in werkelijkheid als motor dient om ruimte te scheppen voor twijfelen, voor spreken, voor zoeken, voor het niet-geven van een antwoord, en voor het niet-weten aan beide kanten van de gesprekslijn.”<sup>198</sup> In dat opzicht verbaast het niet dat Dirk De Wachter er ten slotte ook de **filosofie** bij betreft. “Hoe zinnig zou in dat verband ook het invoeren van het vak filosofie zijn in het lessenpakket van middelbare scholieren! Of waarom niet vroeger starten en op ruimere schaal gaan filosoferen met kinderen [...], vanuit de overtuiging dat kinderen vaak originele denkbeelden hebben, maar niet worden gestimuleerd om die ideeën te uiten?<sup>199</sup> Hun fascinerende denkwereld moet al snel plaatsmaken voor een ‘volwassen’ denkpatroon”.<sup>200</sup>

---

<sup>196</sup> De Wachter, D. (2012). *Op. Cit.*, p. 226.

<sup>197</sup> IDEM, p. 226-227.

<sup>198</sup> IDEM, p. 227.

<sup>199</sup> Dit kan ik als gewezen leerkracht enkel toejuichen. Zo vroegen 6 tot 12-jarige kinderen oprecht aan hun leerkracht zedenleer waarom ze een hele dag op hun stoel moesten stilzitten, of waarom ze eigenlijk geen pet op

### 6.3. Levinas en de kleine goedheid

Nu we weer bij de filosofie zijn terechtgekomen, is het nuttig om Emmanuel Levinas er terug even bij te halen. Het denken van de filosoof, waarmee ook deze masterproef ingeleid werd, wordt summier uiteengezet in de epiloog van Dirk De Wachter en diens *Borderline Times*. “Los van alle politiek-maatschappelijke tendensen en historische tijdperken, ver van elke filosofische stroming die leidt tot imperatieve levenswijzen, en in een poging om het gevaar van het totalitaire van elke methode te ontwijken, kan de terugkeer naar de zienswijze van de joods-Franse filosoof van Litouwse afkomst Emmanuel Levinas (1906-1995) ook de dag van vandaag een aanzet tot antwoord bieden. In het denken van Levinas zitten belangrijke gedachten vervat over **hechting, engagement, solidariteit en gemeenschapszin**, waarden die broodnodig zijn om weerwerk te bieden tegen de ‘borderlinegesteldheid’ waarin de wereld zich momenteel bevindt.”<sup>201</sup> Zo zagen we eerder al in het eerste hoofdstuk hoe de Ander mijn intimiteit verstoort en mij via die confrontatie met een gevoel van **verantwoordelijkheid** opzadelt. Op die manier roept de Ander solidariteit op met alle andere mensen en dat leidt tot een universele, menselijke verbondenheid, aldus De Wachter.<sup>202</sup> Niet alleen heeft het gelaat van de Ander een universeel karakter, ook wordt het gekenmerkt als ethisch imperatief. De Ander legt immers beslag op mijn vrijheid en grijpt mij in de kern van mijn zelfontplooiing. “Geconfronteerd met de nood en de weerloosheid van de Ander voel ik mij als een beschuldigde, iemand die ten onrechte geniet van zijn bezit, zijn rijkdom, zijn rechten en zijn zekerheden. Deze authentieke schuldervaring mondt uit in het verlangen naar de Ander als zingever van mijn bestaan. De Ander heeft dus niet alleen een functie in de zelfontplooiing van het Ik. De Ander is ook voorwerp van een verlangen als honger zonder einde, als een vuur dat nooit uitdooft. Hoe meer men zich immers inzet voor de ander, hoe groter het appel op verantwoordelijkheid.”<sup>203</sup>

Een ander aspect van Levinas’ gedachtegoed, dat nog niet aan bod kwam in deze masterproef, vloeit voort uit het verantwoordelijkheidsconcept van de joods-Franse filosoof. Zo bespreekt Dirk De Wachter ook het zogenoemde ‘wonder van de kleine goedheid’. Het Goede, zegt Levinas, kan in deze wereld slechts partieel, beperkt en fragmentarisch gerealiseerd worden.

---

mochten zetten. Meteen na mijn op basis van conventies gegeven antwoord, besepte ik dat mijn reactie geen steek hield.

<sup>200</sup> De Wachter, D. (2012). *Op. Cit.*, p. 227.

<sup>201</sup> IDEM., p. 277.

<sup>202</sup> IDEM., p. 279.

<sup>203</sup> IDEM., p. 279-280.

Daarmee bedoelt hij dat sociale, politieke en economische structuren nooit het laatste woord kunnen hebben. Keer op keer moeten ze overschreden worden door de interindividuele verantwoordelijkheid van mens tot mens die boven elk systeem staat en die Levinas met **'kleine goedheid'** aanduidt. Het appel dat van de Ander uitgaat, richt zich op mij en daardoor bezit ik de uniciteit van uitverkorene. Door het unieke verantwoordelijke ik, dat over ieder afzonderlijk mens waakt en opkomt voor de unieke Ander, is de individuele ethische verantwoordelijkheid van de één voor de ander volstrekt onvervangbaar. Deze 'kleine goedheid', die zich uit zich in singuliere, kleine daden van barmhartigheid, streeft ernaar mensen afzonderlijk tot hun recht te laten komen. Dit betekent dat er voortdurend rekening dient gehouden te worden met elke concrete situatie, casus en uniek verhaal. Enkel zo kunnen mensen benaderd worden in hun onherleidbare en onherhaalbare uniciteit in plaats van via exemplarische toepassingen van algemene principes zoals dat bij allerhande structuren wel het geval is. Levinas noemt het een eminente voorzorgsmaatregel tegen elke vorm van ideologie en reductie. Dat de goedheid expliciet klein is, wijst op haar concrete en bescheiden karakter. We hoeven niet te wachten op organisatorische structuren die met oplossingen komen opdraven. Toch heeft de 'kleine goedheid' niet de pretentie om zich als 'grote goedheid' voor te doen en bijvoorbeeld een structuur te vervangen. Het ligt niet in haar ambitie om alles op te lossen, maar wel om een heel concrete, reële daad van barmhartigheid te stellen ten opzichte van een zekere nood van een welbepaalde en unieke Ander.<sup>204</sup> De drie Antwerpse meisjes die onlangs het nieuws haalden omdat ze met *project Benny* een steunactie opzetten om het leven van een dakloze man weer op de rails te krijgen, zijn exemplarisch voor deze 'kleine goedheid'.<sup>205</sup> Ook deze masterproef kan als voorbeeld dienen, in die zin dat het heel concreet een prominente stem geeft aan de met ASS-gediagnosticeerde Emma en andere mensen die een psychiatrische diagnose kregen.

#### **6.4. Wouter Kusters en een positieve waanzin**

Nog talloze andere zienswijzen en aanbevelingen komen van Wouter Kusters. De Nederlandse filosoof maakte tot tweemaal toe een psychotische episode door en verdween in 1987 en 2007 achter slot en grendel in een psychiatrische inrichting. In *Filosofie van de waanzin* (2014) schrijft hij onder andere waar de inhoud van waanzin precies vandaan komt

---

<sup>204</sup> De Wachter, D. (2012). *Op. Cit.*, p. 280-282.

<sup>205</sup> Stassijns, J. (2015). Studentes ontfermen zich over dakloze. *Gazet van Antwerpen*, [online] 28 mei. <[http://www.gva.be/cnt/dmf20150527\\_01701416/studentes-ontfermen-zich-over-dakloze](http://www.gva.be/cnt/dmf20150527_01701416/studentes-ontfermen-zich-over-dakloze)> [Geraadpleegd op 30 mei 2015].

en hoe die in elkaar zit. Kusters hecht geen belang aan het definiëren van termen als normaal of afwijkend en dat geldt evenzeer voor het concept ‘waanzin’. Bijzondere geestestoestanden zijn voor Kusters ook onderdeel van waanzin. Filosofische doordenkingen van wat waanzin eigenlijk is, kunnen echter danig vreemd zijn en dermate ver van de alledaagse wereld dwalen dat ze in waanzin uitmonden. Kusters wijst met andere woorden op de fundamentele verbondenheid van waanzin en filosofie, die helaas ten onrechte vergeten en verborgen is.<sup>206</sup>

De associatie tussen waanzin en filosofie wordt in onze tijd te weinig gelegd. Dit komt allereerst doordat de medische professie erin is geslaagd de waanzin te claimen als het domein van haar expertise, om er vervolgens een medisch en zelfs neurobiologisch probleem van te maken, een hersenziekte. Daarnaast zou een verband tussen waanzin en filosofie suggereren dat iedereen die zich erop beroept een ‘denker’ of een ‘filosoof’ te zijn, een verhoogd risico op waanzin loopt. Dat heeft men liever niet; de filosoof beroemt zich er liever op een koning van inzicht te zijn, zuiver denkend in een tempel van helderheid en licht. De waanzin wordt buiten de deur gehouden als dieptepunt van zinloosheid, broedplaats van schijn en dwaallicht. Uiteindelijk houden zowel medici als filosofen de waanzin het liefst op veilige afstand.<sup>207</sup>

Wouter Kusters, die tijdens zijn studies filosofie in 2007 voor de tweede maal een psychose doormaakte, doet precies het omgekeerde, wanneer hij stelt dat *Filosofie van de waanzin* meer recepten om waanzinnig te worden bevat, dan om **waanzin** te vermijden. Waanzin **wordt** niet verworpen, geïsoleerd, of geclassificeerd, maar veeleer **productief ingezet om de normale ervaring en denkwijze te verbreden**.<sup>208</sup> Kusters bevrijdt de waanzin van haar pejoratieve ondertoon en toont ons hoe ze niet alleen angstaanjagend, maar ook **betekenisvol en aantrekkelijk** kan zijn.<sup>209</sup> In die zin is *Filosofie van de waanzin* dan ook een pleidooi om langer **stil te staan bij bijzondere geestestoestanden en om de positieve waarden eruit te distilleren**.<sup>210</sup> Hoewel Kusters ook erkent dat patiënten een stem hebben in de psychiatrie, zij het als lijdende hulpzoekende persoon, mondige burger, slachtoffer van een ziekte of als drager van emoties, heerst er volgens hem ook een taboe en stilzwijgend spreekverbod op waanzin. “De waanzin mag er niet zijn, uitbarstingen en oprispingen van waanzin worden ‘behandeld’ en de waanzin wordt doodgezwegen. Wanneer hij spreekt, wordt gezegd dat het geen betekenis heeft, dat het uitingen zijn van een stoornis, symptomen van een ziekte, betekenisloze signalen van buiten de taalorde. Hoe meer uitingen van waanzin, hoe meer

---

<sup>206</sup> Kusters, W. (2014). *Filosofie van de waanzin*. Rotterdam: Lemniscaat, p. 23-24.

<sup>207</sup> IDEM, p. 23-24.

<sup>208</sup> IDEM, p. 30.

<sup>209</sup> IDEM, p. 18.

<sup>210</sup> IDEM, p. 406.

medicijnen een patiënt zal krijgen en hoe strakker het regime zal zijn waar hij onder wordt gesteld. De taal en de ervaring van waanzin worden door degenen die zich beroepshalve met de waanzin bezighouden, naar het rijk der zwijgende onzinnen verwezen.”<sup>211</sup>

Om soortgelijke redenen stapte kinder- en jongerentherapeut Tom Verhaeghe uit de jeugdpsychiatrie Fioretti in Gent. Hij kon niet meer aanzien dat psychisch gehavende kinderen en pubers in behandeling dagelijks overmeesterd, geïsoleerd en met medicijnen behandeld worden en zo vaak eerder opgelopen traumatische ervaringen herbeleven. “De maatschappij betaalt om de psychische problemen van [...] jongeren te behandelen. Maar zodra ze die problemen uiten, riskeren ze opsluiting of een strafinstelling. [...] Door een steeds grotere nadruk op repressie, medicatie, isolatie en een tekort aan ervaren mensen gaat het vaker mis. [...] De politie erbij halen, kinderen in de boeien slaan of opsluiten in hun eigen kamer [...] komt vaker voor.” Tom Verhaeghe ziet het liever anders. Bijvoorbeeld bij agressie-incidenten de deur van de isolatiecel openlaten, anderen in veiligheid brengen en het kind laten uitrazen, of het vastnemen in een soort knuffel in plaats van in een houdgreep. Kort gesteld, agressie toelaten om er dan mee aan de slag te kunnen.<sup>212</sup> Andries Verpraet, hoofdpsychiater van kinder- en jeugdpsychiatrie Fioretti, deelt de bezorgdheid van zijn ex-collega maar benadrukt dat agressie toelaten soms betekent dat de veiligheid van het personeel in het gedrang komt. Verpraet pleit ook voor **meer middelen, aandacht, steun, opleidingen en personeel**.<sup>213</sup>

Terug naar Wouter Kusters, die kort zijn bewondering uit voor initiatieven als de Mad Pride Movement. **Waanzinnigen** zijn voor deze patiëntenbeweging niet zielig of onbegrepen, maar net **verlichte voorlopers met wijselijke inzichten**.<sup>214</sup> “Mad Pride is an arts, culture, and heritage festival created by psychiatric survivors, consumers, mad people, and folks the world has labeled ‘mentally ill’”, zo omschrijft de organisatie zichzelf. **De levens en bijdragen van geesteszieken zijn waardevol en verdienen het om gevierd te worden**, luidt het credo. De beweging pleit voor **rechten**, verzet zich **tegen discriminatie** en mikt op het **ontwikkelen en versterken van ‘gekke gemeenschappen’**. Dat doet ze mede door labels als *mad*, *crazy*,

---

<sup>211</sup> Kusters, W. (2014). *Op. Cit.*, p. 470.

<sup>212</sup> Debusschere, B. (2015). Therapeut klaagt aan: Jeugdpsychiatrie bezorgt jongeren vaak méér trauma's. *De Morgen*, [online] <<http://www.demorgen.be/binnenland/therapeut-klaagt-aan-jeugdpsychiatrie-bezorgt-jongeren-vaak-meer-trauma-s-a2342773/>> [Geraadpleegd op 12 juli 2015].

<sup>213</sup> Debusschere, B. (2015). “Isolatie en medicatie schaden kinderen”: te harde aanpak in jeugdpsychiatrie? *De Morgen*, [online] <<http://www.demorgen.be/binnenland/-isolatie-en-medicatie-schaden-kinderen-te-harde-aanpak-in-jeugdpsychiatrie-a2342772/>> [Geraadpleegd op 12 juli 2015].

<sup>214</sup> Kusters, W. (2014). *Op. Cit.*, p. 663.

*lunatic*, *maniac* en *psycho* te gebruiken maar evenzeer te verwerpen. “The Mad Pride approach celebrates mad identities, communities, and cultures including our individual and collective strengths, confronts the shame we are made to feel about our psychiatric histories and experiences of madness, resists the oppression we encounter within aspects of psychiatric/mental health systems and society, reminds us and others that as mad people we have rights to be ourselves – just like everyone else.” De Mad Pride Movement organiseert jaarlijks in verschillende steden en landen een cultureel festival waar ‘gekken’ hun unieke ervaringen, betekenisgevingen en cultuuruitingen tentoonspreiden en huldigen.<sup>215</sup>

Kusters geeft ook nog enkele concrete aanbevelingen mee aan mensen die zich beroepshalve over waanzinnigen in psychiatrische inrichtingen ontfermen. “Ten eerste zouden ze eens een middel moeten proberen dat ‘psychoso-mimetisch’ is, bijvoorbeeld mescaline of lsd. Wanneer men bedacht blijft op de verschillen tussen de mescaline- en lsd-roes en ‘echte psychoses’, zouden **experimenten met lsd, mescaline of andere psychoso-mimetica** eigenlijk onderdeel moeten zijn van de opleiding tot psychiater [...]. Of men nu bang van, bezorgd om, geïnteresseerd in of geobsedeerd door de waanzin is, dergelijke psychoso-mimetische middelen kunnen veel leren over de waanzin. Een tweede soort middelen voor werkers in de geestelijke gezondheidszorg zouden middelen als zyprexa of haldol zijn, maar enkel en alleen opdat men beter weet wat anderen meemaken die dergelijke middelen krijgen voorgeschreven. *Let them eat cake!*”<sup>216</sup> Wouter Kusters is bijlange niet de enige die voor **psychedelica binnen de psychiatrie** pleit. Ben Sessa, Brits psychiater en auteur van *The Psychedelic Renaissance* (2012), wil dat zulke **middelen rationeel en grondig onderzocht** worden **voor therapeutisch gebruik in de psychiatrie**. “We gaan heel erg vreemd om met drugs in de samenleving. [...] We schrijven zesjarigen met ADHD amfetamines voor en geven mentaal zieken methadon. MDMA is veel minder toxisch, maar toch controversieel. Voor wetenschappers, artsen en farmacologen is dit heel frustrerend.” Ook de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie vindt dat **middelen als MDMA, ketamine en psilocybine** hun waarde kunnen hebben **binnen de psychiatrie**.<sup>217</sup>

---

<sup>215</sup> Mad Pride Toronto (2014). *About Mad Pride*. [online] <<http://www.madprideto.com/>> [Geraadpleegd op 6 juli 2015].

<sup>216</sup> Kusters, W. (2014). *Op. Cit.*, p. 350-351.

<sup>217</sup> Vandekerckhove, S. (2015). “Geef psychiatrische patiënten partydrugs.” *De Morgen*, [online] <[http://www.demorgen.be/wetenschap/-geef-psychiatrische-patienten-partydrugs-a2193549/?utm\\_source=demorgen&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=newsletter&utm\\_content=daily](http://www.demorgen.be/wetenschap/-geef-psychiatrische-patienten-partydrugs-a2193549/?utm_source=demorgen&utm_medium=email&utm_campaign=newsletter&utm_content=daily)> [Geraadpleegd op 12 juli 2015].

Dat Wouter Kusters niet hoog oploopt met het rijkelijk toedienen van wat hij ‘antimystica’ noemt, komt niet als een verrassing. De Nederlandse filosoof stelt dat achter de onbegrijpelijke taal en handelingen van de psychoot vaak angst wordt verondersteld, die vervolgens het gebruik van psychofarmaca legitimeren. Dat kan op verschillende manieren. “In het beste geval komt de angsthypothese voort uit onwetendheid en een beperkt begripsvermogen: velen kunnen zich eenvoudigweg niet voorstellen dat de onbegrijpelijke toestand van de psychose voor de psychoot zelf helemaal niet zo angstaanjagend is. Zij zullen proberen met de waanzinnige te praten, maar daar niet in slagen, omdat ze ervan uitgaan dat de psychoot zielig is, dat hij lijdt aan zijn ‘ziekte’ en medelijden behoeft. In het slechtste geval fungeert de angsthypothese als legitimatie om – paradoxaal genoeg – met de ander juist geen gesprek aan te gaan en deze met antimystica te drogeren. De angst wordt dan [...] niet als de schaduwzijde van de menselijke vrijheid beschouwd, maar als symptoom of uiting van pathologie – en met iets zieks praat je niet, dat bestrijd je.”<sup>218</sup>

## 6.5. Een luisterend oor en begrip

“Waar komt die diepgewortelde angst vandaan?”, vraagt Brenda Froyen, auteur van *Kortsluiting in mijn hoofd. Over het beest dat psychose heet* (2014), zich af. Haar moedige getuigenis behoeft weinig extra commentaar. “Ligt de **schuld** niet **deels** ook **bij de media**, als zij psychiatrische patiënten afschilderen als gevaarlijke gekken? Wie aan een depressie lijdt, zou weleens een vliegtuig kunnen laten crashen. Wie psychotisch is, stapt misschien een crèche binnen en richt een bloedbad aan. Maar **zovele psychotici**, zoals ik, **zijn heel vredelievend**. We halen het nieuws niet. [...] Hoeveel ruimte is er voor mensen die afwijken van de dunne lijn van normaliteit? Is er plaats voor mensen zoals Jonathan [Jacob, eigen toevoeging], zoals ik, die even verward zijn? Het stijgende aantal collocaties toont onze intolerantie aan. Het torenhoge **stigma zorgt ervoor dat heel wat psychiatrische patiënten in een isolement geraken, geen hulp zoeken**, geen uitweg zien. De hoge zelfdodingscijfers kunnen daarvoor een indicatie zijn. [...] Het klopt. Jonathan Jacob had een psychose. Maar de angstpsychose van de hulpverleners, de politie, de gerechtsarts, de media en van onszelf is zoveel groter. Misschien is het tijd voor wat **gesprekstherapie?**”<sup>219</sup>

---

<sup>218</sup> Kusters, W. (2014). *Op. Cit.*, p. 423-424.

<sup>219</sup> Froyen, B. (2015). Is er wel plaats voor mensen zoals Jonathan, zoals ik? *De Morgen*, [online] 22 mei. <[http://www.demorgen.be/opinie/is-er-wel-plaats-voor-mensen-zoals-jonathan-zoals-ik-a2333432/?utm\\_source=demorgen&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=newsletter&utm\\_content=daily](http://www.demorgen.be/opinie/is-er-wel-plaats-voor-mensen-zoals-jonathan-zoals-ik-a2333432/?utm_source=demorgen&utm_medium=email&utm_campaign=newsletter&utm_content=daily)>



Maar wat als blijkt dat de roep om hulp van potentiële gediagnosticeerden en hun omgeving niet serieus wordt genomen en het verkrijgen van therapie op maat bijgevolg een hele opgave is? Laura, moeder van Emma, wees er in ons gesprek op dat dit het geval was tijdens hun zoektocht naar erkenning en professionele begeleiding. “Nore [zus van Emma, eigen toevoeging] en ikzelf vermoedden dat Emma wel eens ASS kon hebben. We hebben dat ook af en toe subtiel aangehaald bij de psychologen waar Emma al die jaren voorheen al op de sofa ging. Het werd vaak weggelachen en **niet serieus genomen** omdat Emma zich heel goed kon verstoppen. Ze is hard haar best blijven doen om gewoon te kunnen functioneren. Zo hebben we dus ook ondervonden dat je heel voorzichtig moet zijn, want je komt al gauw over als de overbezorgde moeder die dingen ziet die er niet zijn. Toch is het de enige manier om verder te geraken: **zelf blijven aandringen, zoeken en deuren openbreken.**”<sup>220</sup> Een soortgelijke oproep horen we bij de 18-jarige Mirre – ook aan het woord in de inleiding van deze masterproef – die twee jaar geleden met haar mama een noodkreet om psychiatrische hulp slaakte. “[...] Nog altijd vind ik het onbegrip voor mensen met psychologische probleem [sic] zo moeilijk. Mensen begrijpen het niet wat er kan fout gaan.”<sup>221</sup>

Het is vandaag niet alleen al te vaak smeken om gehoor te krijgen in de zorgsector, maar bij uitbreiding in alle geledingen van de maatschappij. De 24-jarige Yasmine vat haar levensloop mooi samen in enkele zinnen. “Mijn jeugd had zorgeloos kunnen zijn aangezien ik alles had om gelukkig te zijn. Maar ik was niet gelukkig. Op mijn achttiende stond ik, samen met mijn leeftijdsgenoten, in een nieuw startblok van het leven. De rest nam een vliegende start maar ik smakte met mijn gezicht tegen de grond. Een klein jaar lang zat ik in vier verschillende instellingen. Op mijn negentiende kreeg ik mijn diagnose en wrong ik me opnieuw in zo’n startblok. Ik ben een jaar kwijtgespeeld, maar ik heb er wel een nieuw leven voor in de plaats gekregen. De medicatie die ik neem maakt de wereld draaglijk voor mij en mij draaglijk voor de wereld. Een vraag die ik geregeld krijg: Heb je er eigenlijk nog veel last van? Ik heb het gevoel dat, wanneer je beperking niet zichtbaar is, je geen beperking hebt. Ooit al eens aan een blinde gevraagd of hij er nog veel last van heeft? Neen. Die heeft er dagelijks last van, dat

---

[Geraadpleegd op 2 juni 2015]. Om er de nadruk op te leggen, heb ik enkele termen in het citaat zelf vetgedrukt weergegeven.

<sup>220</sup> Laura, (2015). *Vragen thesis*. [email] Bericht aan De Boeck, S. (sven\_deboeck@hotmail.com). Verstuurd op 27 april 2015: 14:14. [Geraadpleegd op 27 april 2015]. Zie bijlagen p. 140.

<sup>221</sup> Van Puymbroek, R. (2015). Mirre: “Ik durfde de straat weer over.” *De Morgen*, [online] 20 maart. <<http://www.demorgen.be/wetenschap/mirre-ik-durfde-de-sstraat-weer-over-a2259217/>> [Geraadpleegd op 21 maart 2015].

hoef je niet te vragen. Wel, ook ik heb er dagelijks last van.”<sup>222</sup> Waarna Yasmine, gediagnosticeerd met een pervasieve ontwikkelingsstoornis, nauwgezet beschrijft hoezeer ze geprikkeld wordt tijdens haar twee kilometer lange wandeling van haar kot naar het huis van haar vriend. Ook Laura, moeder van Emma, getuigt over **ergerlijke reacties** uit haar omgeving. “Zo’n diagnose staat niet op iemands voorhoofd geschreven. Ik moest echt leren omgaan met onaangename reacties, commentaren en vragen van de omgeving. Zowel de jaren voordat Emma de diagnose kreeg als nu. Voordien wou ik het vaak verantwoorden en verduidelijken, maar met de jaren heb ik geleerd hoe hiermee om te gaan en hoe daar gepast op te reageren. Ik praat er alleen nog over met mensen waarvan ik voel dat ze oprecht interesse tonen en willen luisteren of helpen waar mogelijk. Het kan ook zo’n deugd doen om eens te **praten met ervaringsdeskundigen**, mensen die ‘dezelfde taal’ spreken.”<sup>223</sup>

Zo’n ervaringsdeskundige zou de Amerikaan Patrick Corrigan, klinisch psycholoog, drager van een psychiatrisch label en tevens onderzoeker in stigmabestrijding kunnen zijn. Corrigan werkt al dertig jaar met mensen met psychische problemen en ziet hoe moeilijk het voor hen is om een job, partner of appartement te vinden. Hij stelt dat de **vooroordelen omtrent een psychiatrisch label** ervoor zorgen dat **mensen die een behandeling nodig hebben daar niet altijd gebruik van maken omdat ze vrezen gestigmatiseerd te zullen worden** door het diagnostische etiket dat mogelijk volgt. De Amerikaan ziet weinig heil in overheidsinvesteringen in voorlichtings- en bewustmakingscampagnes op tv, radio en internet en wil liever dat overheden **financiële middelen in de mensen zelf investeren**. De beste manier om attitudes en gedragingen te veranderen, aldus Corrigan, is **mensen met psychische problemen**, of die hun problemen overwonnen hebben, **in contact te brengen met de gemeenschap**, ze aan het woord te laten en hun ervaringen te laten delen met anderen. **Positieve verhalen** blijven vandaag maar al te vaak onderbelicht en daar spelen de media een grote rol in. “Je kunt het psychiatrisch stigma natuurlijk niet alleen wegwerken door alleen patiënten te laten zeggen ‘Hey, er is niets mis met mij’. Je hebt een extra duw nodig. **Mensen met een psychische problematiek moeten** bijvoorbeeld ook **geholpen kunnen worden op**

---

<sup>222</sup> Dierickx, Y. (2015) “Zo wordt de wereld draaglijk voor mij en ik draaglijk voor de wereld.” De Morgen, [online] 23 maart. <[http://www.demorgen.be/nieuws/-zo-wordt-de-wereld-draaglijk-voor-mij-en-ik-draaglijk-voor-de-wereld-a2261869/?utm\\_source=demorgen&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=newsletter&utm\\_content=daily](http://www.demorgen.be/nieuws/-zo-wordt-de-wereld-draaglijk-voor-mij-en-ik-draaglijk-voor-de-wereld-a2261869/?utm_source=demorgen&utm_medium=email&utm_campaign=newsletter&utm_content=daily)> [Geraadpleegd op 2 juni 2015].

<sup>223</sup> Laura, (2015). *Vragen thesis*. [email] Bericht aan De Boeck, S. (sven\_deboeck@hotmail.com). Verstuurd op 27 april 2015: 14:14. [Geraadpleegd op 27 april 2015]. Zie bijlagen p. 140.

**het werk.** [...] Dat kan het verhuizen naar een bureau in een prikkelarme ruimte zijn, maar evengoed tijd in het werkschema voorzien om naar een psycholoog of psychiater te gaan.”<sup>224</sup>

Over dat werk kunnen we nog even uitweiden. In het eerste hoofdstuk van deze masterproef werd immers kort verwezen naar de Nederlandse restaurantketen *Brownies & Downies*, die mensen met het syndroom van Down tewerkstelt. Dat mensen met een mentale beperking een plaats vinden op de arbeidsmarkt valt enkel toe te juichen. Alleen schort er vanalles aan het Nederlandse concept. Ten eerste is de naam stigmatiserend. Net zoals mensen met het Downsyndroom geen *mongolen* zijn (ik verwijs naar het eerste hoofdstuk), is het ook ongepast om hen *Downies* te noemen. Dit omdat ze op die manier ‘verdingelijkt’ of gereïficeerd worden, zoals we zagen in het vierde hoofdstuk. Tevens worden deze mensen gereduceerd tot een totaliteit die doet vergeten dat ze nog heel wat meer zijn dan hun diagnose, wat dan weer in het eerste hoofdstuk met behulp van Emmanuel Levinas duidelijk werd. Verder vervalt ook het argument dat de naam van de keten goed bekt al snel, wanneer blijkt dat een **diagnose wordt gebruikt voor commerciële doeleinden**. Allard Claessens van Downsyndroom Vlaanderen merkt eveneens op dat het in een inclusieve samenleving niet zou mogen verbazen om in een horecazaak iemand met het syndroom van Down achter de toog te zien staan. “Het zou vooral moeten aantonen dat die persoon het talent heeft om de bediening te verzorgen of in de keuken te werken.”<sup>225</sup> Mits naamsverandering en **inclusie van allerlei soorten capabele werknemers** en niet uitsluitend mensen met het syndroom van Down, kan dergelijk commercieel initiatief volgens ons pas echt floreren.

## 6.6. Efficiënte en menselijke bijstand

In tegenstelling tot de opwerping van de Amerikaan Patrick Corrigan, die stelt dat mensen die voordeel hebben bij een behandeling daar niet altijd gebruik van maken omdat ze vrezen gestigmatiseerd te zullen worden, kozen Emma en haar familie er wel voor om voluit voor professionele hulp te gaan. Emma’s moeder Laura vraagt zich zelfs af waarom ze niet veel eerder doorduwde om een diagnose te verkrijgen, zodat er op veel jongere leeftijd gericht

---

<sup>224</sup> Van Garderen, F. (2015) “Een psychisch probleem? Kom uit de kast.” *De Morgen*, [online] 10 juni. <<http://www.demorgen.be/lifestyle/-een-psychisch-probleem-kom-uit-de-kast-a2353951/>> [Geraadpleegd op 10 juni 2015].

<sup>225</sup> Delchambre, A. (2015). *Brownies & Downies: lachen of pochen met syndroom van Down?* *De Morgen*, 30 juni. [online] <<http://www.demorgen.be/wetenschap/brownies-downies-lachen-of-pochen-met-syndroom-van-down-a2380555/>> [Geraadpleegd op 1 juli 2015].

gezocht kon worden naar de gepaste ondersteuning.<sup>226</sup> Maar ook dan zou blijken dat de **wachlijsten in de hulpverleningssector** hoog oplopen. Vandaag duurt het bijvoorbeeld gemiddeld 104 dagen voor de begeleiding van een jongere bij een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg begint. Wachttijden bij thuisbegeleidingsdiensten voor jongeren met ASS bedragen gemiddeld tussen de twee en de drie jaar, rapporteert De Morgen.<sup>227</sup> Om iets te doen aan die lange wachttijden komt zorggroep Eclips op de proppen met **gratis online hulpverlening**. Via een online platform kunnen patiënten en hulpverleners met elkaar communiceren. Zo leidt een eerste vragenlijst tot een huisbezoek of online opvolging. Minister van Welzijn Jo Vandeurzen (CD&V) juicht het initiatief toe en zet de komende jaren zelfs in op de **uitbouw van een kwaliteitsvolle online hulpverlening**, die complementair kan zijn met andere hulpvormen. Toch merkt de minister terecht op dat online hulpverlening **niet de oplossing** kan zijn voor de lange wachlijsten.<sup>228</sup> Ook de website [www.ikmaakklik.be](http://www.ikmaakklik.be) is nog niet zo lang terug te vinden op het internet. De vzw Huishouden richtte het initiatief op om meer kinderen van ouders met psychische problemen vroegtijdig de weg te laten vinden naar informatie, lotgenoten en partners in de hulpverleningssector.<sup>229</sup>

Een ander kwalijk gevolg van het grote plaatsgebrek is ten slotte de opsluiting in de gevangenis van mensen die eigenlijk geïnterneerd moeten worden in geestelijke gezondheidscentra. In 2013 ging het om een aantal van 1143, ongeveer tien procent van de totale gevangenispopulatie.<sup>230</sup> De Belgische staat werd eerder dit jaar al voor de 22<sup>e</sup> keer door het Europees Hof voor de Rechten van de Mens veroordeeld voor deze praktijken.<sup>231</sup> Het

---

<sup>226</sup> Laura, (2015). *Vragen thesis*. [email] Bericht aan De Boeck, S. (sven\_deboeck@hotmail.com). Verstuurd op 27 april 2015: 14:14. [Geraadpleegd op 27 april 2015]. Zie bijlagen p. 140.

<sup>227</sup> Belga. (2015). Recordaantal jongeren klopt aan voor crisishulp. *De Morgen*, [online] 25 mei. <[http://www.demorgen.be/binnenland/recordaantal-jongeren-klopt-aan-voor-crisishulp-a2336431/?utm\\_source=demorgen&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=newsletter&utm\\_content=daily](http://www.demorgen.be/binnenland/recordaantal-jongeren-klopt-aan-voor-crisishulp-a2336431/?utm_source=demorgen&utm_medium=email&utm_campaign=newsletter&utm_content=daily)> [Geraadpleegd op 26 mei 2015].

<sup>228</sup> Grommen, S. (2015). Psychische hulp vindt u voortaan gratis online. *De Morgen*, [online] 1 juni. <<http://www.demorgen.be/wetenschap/psychische-hulp-vindt-u-voortaan-gratis-online-a2344377/>> [Geraadpleegd op 1 juni 2015].

<sup>229</sup> Belga/AVE. (2015). Nieuwe website voor kinderen van ouders met psychische problemen. *Knack*, [online] 18 maart. <[http://www.knack.be/nieuws/gezondheid/nieuwe-website-voor-kinderen-van-ouders-met-psychische-problemen/article-normal-542445.html?utm\\_source=Newsletter-19/03/2015&utm\\_medium=Email&utm\\_campaign=Newsletter-RNBGEZHNNL&M\\_BT=13334664167673](http://www.knack.be/nieuws/gezondheid/nieuwe-website-voor-kinderen-van-ouders-met-psychische-problemen/article-normal-542445.html?utm_source=Newsletter-19/03/2015&utm_medium=Email&utm_campaign=Newsletter-RNBGEZHNNL&M_BT=13334664167673)> [Geraadpleegd op 8 juli 2015].

<sup>230</sup> Hoge Raad voor de Justitie. (2014). Persbericht: “Haal geïnterneerden weg uit de gevangenis.” *Hoge Raad voor de Justitie*, [online] 7 mei. <<http://www.hrj.be/nl/content/persbericht-haal-geinterneerden-weg-uit-de-gevangenis-eric-staudt-hrj>> [Geraadpleegd op 12 juli 2015].

<sup>231</sup> Saerens, Z. & Heymans, P. (2015). België nu al 22 keer veroordeeld voor “slechte behandeling geïnterneerden”. *Deredactie.be*, [online] 3 februari. <<http://deredactie.be/cm/vrtnieuws/binnenland/1.2228139>> [Geraadpleegd op 12 juli 2015].

bedrag dat de staat als schadevergoeding aan de geïnterneerden moest betalen – in februari dit jaar nog vijftien keer 15.000 euro aan alle acht geïnterneerden – is een peulenschil in vergelijking met de financiële middelen die nodig zijn om **in structurele oplossingen, bijvoorbeeld nieuwe infrastructuur, te investeren**. De documentaire *La Nef des Fous*<sup>232</sup> (2014) geeft een schrijnende inkijk in het leven tussen de vier muren in de psychiatrische vleugel van de gevangenis van Vorst. Van behandeling is er weinig sprake. Een perspectief hebben de geïnterneerden al evenmin. Cineaste Ellen Vermeulen toont op gelijke wijze hoe vijf geïnterneerden hun dagen vullen in de gevangenis in Merksplas. 9999, de naam van haar documentaire, staat voor de datum van vrijlating van de geïnterneerden zoals weergegeven in hun dossier: 31/12/9999.<sup>233</sup>

---

<sup>232</sup> Foucault schrijft in *Geschiedenis van de waanzin* (1961) hoe ‘krankzinnigen’ in de renaissance op het narrenschip of *Nef des Fous* gezet werden en als zwervers van de ene naar de andere stad werden vervoerd. Tijdens hun ‘reis’ werden ze vaak aan schippers, kooplui of pelgrims toevertrouwd of ‘meegegeven’. Een soort van uitwijzingsmaatregel, speculeert Foucault, vermits de krankzinnigen soms ook in ziekenhuizen werden opgenomen en dus niet altijd weggejaagd werden. Op andere plekken werden ze dan weer eenvoudigweg in de gevangenis geworpen. (In: Foucault, M. (1961). *Op. Cit.*, p. 17-19.)

<sup>233</sup> 9999, (2015). *Home*. [online] <<http://www.9999themovie.com/>> [Geraadpleegd op 12 juli 2015].

Het euthanasieverhaal van Christophe, 28 jaar

# Tussen woede, wanhoop en dood

Na een jarenlange strijd tegen psychotische depressies stapte Christophe De Vos op 2 augustus 2013 uit het leven door euthanasie. Hij was 28. Dit is het verhaal van zijn leven, zijn ziekte en zijn dood, en van zijn uitputtend gevecht in - en met - de Belgische psychiatrie. 'Hoe raar het ook klinkt: zijn sterven was mooi en sereen', getuigt zijn familie een jaar na zijn overlijden. 'Wij zijn ervan overtuigd dat Christophe ongeneeslijk ziek was, maar ook dat hij beter begeleid had moeten worden.'

DOOR ILSE DEGRYSE ▶

'Van bij zijn geboorte zijn we op zoek gegaan naar een multidisciplinair team dat Christophe zowel fysiek als mentaal kon begeleiden. Een team dat hem als volwaardig mens zou behandelen. Men heeft de mond vol over geïntegreerde zorgverlening, maar wij hebben ze nooit gevonden. Ze stoppen iedereen in vakjes en geven ze een catalogusnummer, want daar hangen de uitkeringen aan vast, maar de holistische visie op de mens ontbreekt totaal. We hebben het gevoel dat er door Christophes lichamelijke problematiek nooit echt de gepaste aandacht is geweest voor zijn mentale aandoening. Toen rond zijn twintigste de depressie voor de eerste keer de kop opstak, vroegen we aan de psychologen en agogen van Home Diepenbroek in Wetteren wat we daarmee moesten doen, of ze ons misschien konden doorverwijzen naar een psychiater. Zij zeiden dat ze geen weet hadden dat andere 'cliënten' van hen – dat woord alleen al – psychische problemen hadden. Wij hadden het gevoel alleen te staan. Achteraf hebben we gemerkt dat meerdere van hun 'cliënten' bij de psychiater liepen, we ontmoetten hen geregeld in de spreekkamer. Maar ze wilden het gewoon niet zien.'

'We zaten ook in het oudercomité van die school. We hebben daar – en ook op de andere school waar Christophe heeft gezeten – meermaals gevraagd hoe ze het leven zagen voor de jongeren die ze begeleiden, hoe ze dachten hen voor te bereiden op een zinvolle deelname aan de maatschappij. Dat zijn toch geen domme vra-

gen? Intussen is het misschien anders, maar wij hebben nooit een serieus antwoord gekregen.'

'Christophe heeft ook nooit een goeie plek gevonden in de psychiatrie. Hij zat in een rolstoel, dus stopten ze hem maar in de zaal die 'toevallig' toegankelijk voor hem was. Het was zo amateuristisch en geïmproviseerd allemaal. In het Sint-Alfons in Gent zat hij samen met de zwaarste gevallen. Ze konden hem niet bij de drugsverslaafden steken, niet bij de alcoholici en dus zat hij bij patiënten met de mentale leeftijd van drie jaar, die met een pampers aanliepen en hun uitwerpselen over de muren uitsmeerden... Het was een samenraapsel van mensen die ze elders niet kwijt konden. Het personeelstekort in de psychiatrie is schrijnend. En dus geven ze de patiënten maar pillen, ze spuiten ze plat. Als de patiënt de hele dag wil slapen, dan is dat maar zo.'

'We zullen ons blijven afvragen waarom er niet meer moeite is gedaan om Christophe psychologisch te begeleiden, met gesprekstherapie of intensieve bezigheidstherapie. Was er dan geen enkele psycholoog, agoog of psychiater in heel België te vinden die met hem over zijn existentiële angsten kon praten? In plaats daarvan pompten ze hem vol met antidepressiva, om hem koest te houden, terwijl in al die bijsluiters staat dat die de suïcidale neigingen kunnen verergeren. Als we zijn psychiaters daarover aanspraken, wuifden ze onze zorgen weg. 'Dat is allemaal klinisch getest', kregen we te horen.' Ze laten zich brainwashen door de farma-industrie.'

## 7. Nussbaum en sociale rechtvaardigheid

Voorgaand fragment<sup>234</sup> uit de schokkende getuigenis van de nabestaanden van Christophe De Vos, een 28-jarige man die jarenlang vocht tegen psychotische depressies en op 2 augustus 2013 door middel van euthanasie uit het leven stapte, wijst ons op enkele uitwassen in de psychiatrie die ook in deze masterproef aan bod kwamen: een onnauwkeurige diagnose, plaatstekort, hokjesdenken, onbegrip, farmacologisering, enzovoort. Ook ver buiten onze landsgrenzen vinden we voorbeelden terug van schrijnende toestanden in de psychiatrie. Zo geeft de Chinese regisseur Wang Bing in zijn documentaire *'Til madness do us part (2013)*<sup>235</sup> hallucinerende taferelen weer in een psychiatrische instelling in de Zuid-Chinese provincie Yunnan. De talloze kritieken, commentaren en suggesties die we in het vorige hoofdstuk bespraken, geven weer op welke manier ervaringsdeskundigen komaf willen maken met enkele pijnpunten in en omtrent de geestelijke gezondheidszorg. Allen ijveren zij op meer rechtvaardigheid in de sector. Merk trouwens op dat rechtvaardigheid voor Emmanuel Levinas één van de voorwaarden voor het goede is, zoals we in het eerste hoofdstuk kort zagen.

Een reden te meer dus om deze masterproef af te ronden met de Amerikaanse Martha Nussbaum, hoogleraar rechtsfilosofie en ethiek aan de University of Chicago. In haar aan John Rawls (1921-2002) opgedragen werk *Grensgebieden van het recht. Over sociale rechtvaardigheid* (2006) gaat ze immers op zoek naar concrete denkbeelden over sociale rechtvaardigheid. Dat doet Nussbaum met een praktische filosofie toegespitst op drie urgente problematieken in onze hedendaagse maatschappij: rechten voor dieren, voor volkeren uit de derde wereld en voor mensen met een fysieke en mentale handicap. In het hoofdstuk *Invaliditeit en sociaal contract* buigt de filosofe zich over laatstgenoemd probleem. “Kinderen en volwassenen met mentale stoornissen zijn staatsburgers. Iedere fatsoenlijke samenleving moet zich bekommeren om hun behoefte aan zorg, onderwijs, zelfrespect, activiteiten en vriendschap.”<sup>236</sup> Uit eerder gegeven voorbeelden – denk aan de zopas aangehaalde getuigenis van Christopes familie of de documentaire van Wang Bing, maar ook vele andere gevallen

---

<sup>234</sup> Degryse, I. (2014). Het euthanasieverhaal van Christophe, 28 jaar. Tussen woede, wanhoop en dood. *Knack*, 22 oktober 2014, p. 37-45. Het fragment dat hier weergegeven werd is terug te vinden op pagina 45.

<sup>235</sup> De documentaire liet een beklijvende indruk achter en daarom schreef ik er een reportage over. De Boeck, S. (2014). *Alle gekheid op een stokje. De psychiatrie in Yunnan*. (niet gepubliceerd) Brussel, 7 p. Zie bijlagen p. 141-147.

<sup>236</sup> Nussbaum, M. (2006a). Invaliditeit en sociaal contract, in: *Grensgebieden van het recht. Over sociale rechtvaardigheid*. (vert. uit het Engels door Diderich, P. en van Kappel, R., 2006) Amsterdam: Ambo, p. 94.

die in deze masterproef aan bod kwamen – blijkt duidelijk dat dit, ook in België, nog steeds niet (altijd) het geval is.

Vooraleer we bij Nussbaums eigen denkbeelden aanbelen, nemen we een kleine omweg via het werk van John Rawls. Ondanks haar sympathie voor de invloedrijke Amerikaanse filosoof formuleert Nussbaum ook heel wat kritieken op zijn rechtvaardigheidstheorie. Haar eigen ideeën over rechtvaardigheid brengen ons vervolgens zelfs even bij de Canadese filosoof Marshall McLuhan en diens anti-omgevingen, waarna we leren hoe een rechtvaardige samenleving niet opgevat kan worden in termen van wederkerig voordeel. Ten slotte bespreken we de theorie waarvoor Nussbaum in filosofische kringen, maar ook ver daarbuiten, bekend staat: de vermogensbenadering.

### **7.1. Kritiek op sociaalcontracttheorieën**

Nussbaum verwijst in het begin van haar betoog naar de zogenoemde sociaalcontracttheorieën van denkers als John Locke (1632-1704) en John Rawls. Vroege sociaalcontractdenkers, waaronder Thomas Hobbes (1588-1679), diezelfde John Locke, Jean-Jacques Rousseau (1712-1778) en Immanuel Kant (1724-1804), gingen in hun politieke filosofie uit van een wetteloze maatschappij, ook wel een ‘natuurstaat’ genoemd, waaruit om verschillende redenen een samenleving is ontstaan waarbij er wetten, overeenkomsten en *contracten* gelden. Hoe die natuurstaat er precies uitziet, waarom er wetten nodig zijn, wie de ideale ‘contractanten’ of samenstellers van de wet zijn, hoe deze wetten tot stand (kunnen) komen en wat zulke wetten inhoudelijk (kunnen) voorstellen, wordt uiteraard hevig bediscussieerd in het werk van voorgenoemde denkers. Belangrijker om Nussbaums theorie te begrijpen, is een korte toelichting bij de belangrijkste hedendaagse sociaalcontractdenker John Rawls, die de contracttheorie met zijn *A Theory of Justice* (1971) nieuw leven inblies.<sup>237</sup>

Beïnvloed door Immanuel Kant stelt Rawls dat mensen de capaciteit hebben om te redeneren vanuit een universeel standpunt. Dat betekent dat ze over de morele capaciteit beschikken om onpartijdig te oordelen. Rawls vertrekt in zijn gedachte-experiment vanuit wat hij de ‘oorspronkelijke positie’ noemt, een abstractere versie van de ‘natuurstaat’ zoals we die bij klassieke contractdenkers aantreffen. In deze oorspronkelijke positie bevinden mensen zich achter een ‘sluier der onwetendheid’, die ervoor zorgt dat iedereen ontdaan wordt van allerlei

---

<sup>237</sup> Cudd, A. (2012). Contractarianism. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, [online] 2 augustus. <<http://plato.stanford.edu/archives/win2013/entries/contractarianism/>> [Geraadpleegd op 29 mei 2015].



soorten kennis over zichzelf zoals geslacht, ras, leeftijd, sociale status, talenten, gebreken, enzovoort. Omdat iedereen zich in dezelfde situatie bevindt en niemand weet hoe zijn of haar situatie er in de toekomst zal uitzien, zal er op basis van ieders gelijke rationele keuzes een volstrekt rechtvaardige samenleving uitgetekend worden. Vanzelfsprekend worden er dus ook principes of wetten doorgevoerd die voordelig zijn voor individuen die in de minst voordelige maatschappelijke posities terechtkomen, bijvoorbeeld het systeem van de sociale zekerheid. Nog van belang voor het vervolg met Nussbaum, is dat deze reguleringsvormen in Rawls' gedachte-experiment op het meest basale niveau van een samenleving worden ingericht.<sup>238</sup>

In *Grensgebieden van het recht. Over sociale rechtvaardigheid* vult Nussbaum enkele hiaten op die ze in het werk van John Rawls terugvindt. Laatstgenoemde stelt bijvoorbeeld in *Political Liberalism* (1993) dat we politieke basisprincipes adequaat kunnen ontwerpen zonder rekening te houden met 'abnormale' stoornissen, fysiek of mentaal en tijdelijk of permanent. Het soort verschil waardoor sommige mensen onder de zogenoemde 'vermogensgrens' – niet 'normaal en volledig samenwerkend' – terechtkomen, wordt echter pas in het wetgevende stadium behandeld, *nadat* de fundamentele politieke instituties zijn ontworpen.<sup>239</sup> Nussbaum stelt hier tegenover dat dergelijke geïdealiseerde, rationele benaderingen niet goed toepasbaar zijn. De 'contractanten' die de basisstructuur van de samenleving ontwerpen, worden immers voorgesteld als vrij, gelijk en onafhankelijk, waardoor "mentale stoornissen en verwante beperkingen alleen maar kunnen worden behandeld als een overweging *achteraf*. Met als gevolg dat mensen met mentale stoornissen niet behoren tot degenen voor wie en met wie de fundamentele instituties van een samenleving worden opgezet."<sup>240</sup> **Theorieën met politieke principes die doelen op wederkerig voordeel schieten tekort en zijn onrechtvaardig**, concludeert de Amerikaanse filosofe, die het hiermee ook redelijk acht Rawls ervan te verdenken dat hij het onder andere over doven, blinden, rolstoelgebruikers, mensen met psychische stoornissen, of cognitieve en andere ontwikkelingsstoornissen had.<sup>241</sup> Stappen we mee in Nussbaums analyse van Rawls' theorie, dan moeten we inderdaad ook vaststellen dat iemand als Emma niet snel de mogelijkheid zou hebben om de fundamentele politieke instituties van een samenleving mee

---

<sup>238</sup> Friend, C. (s.d.). Social Contract Theory: John Rawls' A Theory of Justice. *Internet Encyclopedia of Philosophy*, [online] s.d. <<http://www.iep.utm.edu/soc-cont/#H3>> [Geraadpleegd op 29 mei 2015].

<sup>239</sup> Nussbaum, M. (2006a). *Op. Cit.*, p. 103-104.

<sup>240</sup> IDEM, p. 94.

<sup>241</sup> IDEM, p. 94, 105.

uit te denken, terwijl zij als gediagnosticeerde net ervaringsdeskundige is in ASS en dus met kennis van zaken over een belangrijk maatschappelijk fenomeen spreekt.

Nussbaum onderscheidt verder twee urgente problemen binnen het thema van stoornissen en beperkingen<sup>242</sup>.

1. De kwestie van de **eerlijke behandeling** van mensen met stoornissen, van wie velen ongebruikelijke sociale voorzieningen behoeven, waaronder bepaalde soorten van zorg, als ze een volkomen geïntegreerd en productief leven willen leiden.
2. De **lasten voor de mensen die zorg verlenen** aan mensen die van hen afhankelijk zijn. Deze mensen hebben heel veel dingen nodig: erkenning dat wat ze doen effectief is, allerlei vormen van menselijke én financiële bijstand, en daarnaast mogelijkheden voor dankbaar, lonend werk en deelname aan het sociale en politieke leven. De problematiek rond seksespecifieke rechtvaardigheid komt hier ook aan bod, omdat het merendeel van de zorg voor afhankelijke mensen voor rekening van vrouwen is. Bovendien is een groot deel van deze zorgverlening arbeid, die door de markt echter niet als arbeid wordt erkend en dus onbetaald blijft. Dit legt enorme lasten op de schouders van vrouwen, waarbij hun productiviteit en hun bijdrage aan het burgerlijke en politieke leven ernstig wordt gereduceerd.

Beide problemen kunnen mooi samengevat worden met het verhaal van Marc Beek, die twee jaar na de geboorte van zijn dochter Charlotte de diagnose autisme – nu autismspectrumstoornis – kreeg en onlangs zijn verhaal deed in *De Standaard* (22/05/2015). Onder de titel ‘De zorg voor mijn dochter zie ik als een job’<sup>243</sup> lezen we onder meer hoe energievretend de zorg voor Charlotte is en hoezeer dit een impact heeft op zijn gezinssituatie. Door zijn diagnose verdient de vader enerzijds zelf een eerlijke behandeling met niet alleen sociale voorzieningen – Marc Beek kreeg immers een psychiatrische diagnose toegewezen – maar ook financiële bijstand – tegelijkertijd voedt hij zijn van hem afhankelijke dochter op. Hoewel Martha Nussbaum met het tweede probleem voornamelijk mikt op mensen die hulp verlenen *aan* mensen met mentale stoornissen, en dus niet op mensen *met* mentale stoornissen

---

<sup>242</sup> Nussbaum, M. (2006a). *Op. Cit.*, p. 95.

<sup>243</sup> Plets, G. (2015). Een vader met autisme getuigt: ‘De zorg voor mijn dochter zie ik als een job’. *De Standaard*, [online] 22 mei. <[http://www.standaard.be/cnt/dmf20150521\\_01692129](http://www.standaard.be/cnt/dmf20150521_01692129)> [Geraadpleegd op 23 mei 2015] en Plets, G. (2015). ‘In wezen ben ik, door het vaderschap, een mindere mens geworden.’ *De Standaard*, [online] 23 mei. <[http://www.standaard.be/cnt/dmf20150521\\_01692751](http://www.standaard.be/cnt/dmf20150521_01692751)> [Geraadpleegd op 23 mei 2015].

die hulp verlenen aan bijvoorbeeld hun kinderen, verdient het verhaal van Marc Beek zeker de nodige aandacht. Want wat met volwassen gediagnosticeerden die dagelijks voor hun gezin moeten zorgen? Zorg die, door hun stoornis, misschien meer tijd en energie in beslag neemt dan gemiddeld? Beschikken zij over voldoende erkenning, financiële bijstand, enzovoort? Meer nog, belemmert dit hun andere vermogens zoals werkgelegenheid in andere sectoren, politieke participatie, lichamelijke en emotionele gezondheid niet?

De gezondheid, de (burgerlijke) participatie en het zelfrespect van heel wat mensen zijn afhankelijk van de keuzes die omtrent bovenstaande vraagstukken gemaakt worden. Een van de voornaamste taken van een rechtvaardige samenleving bestaat er dan ook in om te voorzien in de behoeftebevrediging die de waardigheid van de ontvangers waarborgen, reageert Nussbaum op de hierboven vermelde problemen.<sup>244</sup> “Als mensen een coöperatieve regeling treffen met het oog op wederkerig voordeel zullen ze zich alleen willen verbinden met mensen van wie ze naar verwachting beter zullen worden, en niet met mensen die ongebruikelijke en kostbare aandacht opeisen zonder ook maar iets bij te dragen aan het maatschappelijk product, waardoor ze het welzijnsniveau van de samenleving doen dalen.”<sup>245</sup> Bovendien benadrukt Nussbaum, in een reactie op John Rawls’ theorie, dat mensen met stoornissen en de daarmee samenhangende beperkingen niet onproductief zijn. “Ze leveren op veel manieren een bijdrage aan de samenleving, wanneer de samenleving de omstandigheden creëert waarin ze dat kunnen doen.”<sup>246</sup>

## 7.2. Anti-omgevingen

Dat laatste kunnen we mooi illustreren met behulp van de Canadese filosoof Marshall McLuhan (1911-1980) en zijn anti-omgevingen. McLuhan, bekend voor uitspraken als ‘the medium is the message’ en concepten als ‘global village’, schrijft dat media een uitgestrekt concept is dat niet louter beperkt wordt tot wat wij definiëren als televisie, radio, kranten, enzovoort, maar evenzeer een wiel, kunstwerk of politieke partij kan zijn. Deze media creëren volgens hem allerlei omgevingen. We zien echter veelal de inhoud van die omgevingen, de vorm ervan gaat aan ons voorbij. Op dezelfde wijze spreekt McLuhan over figuur en grond. Laatstgenoemde is daarom altijd op de achtergrond en valt nooit rechtstreeks te benaderen. Wel is het mogelijk om de grond-als-omgeving zoveel mogelijk naderbij te komen door zélf

---

<sup>244</sup> Nussbaum, M. (2006a). *Op. Cit.*, p. 97.

<sup>245</sup> IDEM, p. 99.

<sup>246</sup> IBIDEM.

een grond te creëren. Zo'n grond definieert de filosoof als een 'anti-omgeving'. Een anti-omgeving is met andere woorden een nieuw medium in reactie op een bestaand medium. De **creatie** van zulke omgevingen **vereist een zekere sensibiliteit of intellectuele attitude**. Anti-omgevingsconstructeurs dienen in zekere zin 'abnormaal' te zijn. Willen zij de heersende 'vorm' of 'grond' onthullen, dan moeten ze er tot op zekere hoogte aan kunnen ontsnappen en buiten het gangbare discours (gaan) staan. Door hun sterke waarnemingsvaardigheden zijn ze in staat om een belangrijke commentaar te leveren op het heersende bestel. Wat blijkt nu? McLuhan beschouwt kunstenaars, maar ook jongeren en '**psychiatrische patiënten**' als **uitstekende bezitters van voorgenoemde capaciteiten**. Door hun talenten laten deze vertegenwoordigers van het afwijkende de effecten van corresponderende media-omgevingen zien. Net zoals Picasso met zijn kubistische schilderijen brak met de dominante perspectivistische weergave en zo impliciet de effecten van de elektrische technologie toonde, creëert Emma met haar verhaal en zelfgemaakte kunstwerken een eigen anti-omgeving.<sup>247</sup> Met de woorden van Wouter Kusters: "Wat de psychiater een uiting van schizofrene regressie noemt, kan door een kunsthandelaar als opperste creatieve expressie worden aangemerkt."<sup>248</sup>



---

<sup>247</sup> Van Den Eede, Y. (2012). Een soort van mediatherapie – *begrijpen*, in: *Cursus hedendaagse cultuurfilosofie*. (niet gepubliceerd), p. 81-83.

<sup>248</sup> Kusters, W. (2014). *Op. Cit.*, p. 586.

“Ik kreeg van mijn therapeute in het psychiatrisch centrum in Melle de opdracht om met waskrijt en olieverf iets te maken waar een cirkel in voorkwam”, becommentarieert Emma haar schilderij. “Ik moest zowel iets binnen als buiten de cirkel tekenen en het resultaat moest een contrast weergeven. De persoon waar je naar kijkt, ben ik. Ik zit achter glas en kijk naar buiten omdat ik graag zou ontsnappen uit waar ik me op dat ogenblik bevind. Helaas houdt het glas me tegen, ik word erdoor gestopt. Ik heb specifiek voor glas gekozen omdat ik alles zie van de buitenwereld. Ik wil veel bereiken en zie het ook voor me, maar kan de mentale stap niet zetten. Ik bots tegen van alles en nog wat, in dit geval de glazen muur of het glazen plafond. Ik zie het allemaal, alles wat ik wil, maar toch bots ik altijd. Vandaar ook de handen. Het blauw heb ik gebruikt om het effect van het glas beter weer te geven. Alles wat er rond mij gebeurde, was donker, duister, en zwart. Er is veel chaos, maar naarmate je verder wegstapt, wordt het fel, licht, zomers en aantrekkelijk. De lichtstralen van de zon weerspiegelen het licht aan het einde van de tunnel. Ik zou veel liever daar zitten dan in de chaos. Ik wou de zwarte muur rondom mij dus maar al te graag doorbreken. Ik zag dat iedereen gelukkig was en wou dat ook zijn, maar het leek allemaal zo ver weg. Ik had al die andere obstakels zoals het glas, de donkere gedachtegang, de chaos, enzovoort, rond mij gebouwd, dus het was ook best een verre weg. Je kunt het dan wel zien en willen, ik kon het mentaal noch fysiek opbrengen...”<sup>249</sup>

Samenvattend komen we met Wouter Kusters tot het volgende: “Mensen zijn [...] altijd gefascineerd gebleven door degenen die zich in de gestichten bevonden. Er is angst voor het vreemde en onbegrijpelijke, maar daarnaast is in de waanzin nog steeds iets heiligs te ontwarren: hemelse inspiratie, extase of creativiteit. Met de in zichzelf lachende gek voelt men medelijden of afkeer, maar soms wordt ook vermoed dat hij iets vat wat anderen ontglipt. Manisch uitzinnige opwinding vermoeit, maar maakt soms ook jaloers wanneer men zelf zo weinig bewogen wordt door de dingen. Psychotische gedachtesprongen lijken bizar en onbegrijpelijk, maar zijn fascinerend door de originele associaties en vergezochte verbanden.”<sup>250</sup>

---

<sup>249</sup> Emma (2015). *Gesprek 3*. Geïnterviewd door Sven De Boeck, 26 april, zie digitale bijlagen p. 32-41.

<sup>250</sup> Kusters, W. (2014). *Op. Cit.*, p. 578.

### 7.3. Problematiek van wederkerig voordeel

Terug naar Martha Nussbaum. Wat verder in de tekst beargumenteert de Amerikaanse filosoof waarom precies mensen met ernstige mentale stoornissen een acuut probleem vormen voor de bij de theorie behorende vaste onderdelen van dat wederkerig voordeel. In de inleiding van het hoofdstuk *Invaliditeit en sociaal contract* haalt Nussbaum drie voorbeelden aan van mensen met mentale stoornissen<sup>251</sup>, waar ze met haar praktische filosofie regelmatig op terugvalt. De idee van de burger als productief vermeerderaar van het maatschappelijke welzijn bezwijkt onder de last van een confrontatie met het leven van Jamie, Sesha en Arthur, aldus Nussbaum. “Geen van deze drie zal economisch productief zijn op een manier die de samenleving ook maar een beetje compensatie biedt voor de kosten die ze moeten dragen voor hun vorming en scholing.”<sup>252</sup> Zo zullen de omvangrijke maatschappelijke kostenposten van bijvoorbeeld medische verzorging en onderwijs niet ‘terugbetaald’ kunnen worden in de economische betekenis van het woord. Sommigen onder hen zouden wel ‘productief’ kunnen zijn in de gebruikelijke economische betekenis, maar ook dat staat allesbehalve vast. Er moeten inderdaad vragen worden gesteld over hoeveel de staat bijvoorbeeld in Arthurs speciale onderwijsvoorzieningen behoort te investeren. “Maar de idee van een **maatschappelijke samenwerking** waarbij Arthur, Jamie en Sesha de mogelijkheid krijgen in de samenleving te participeren en waarbij ze zowel een opleiding krijgen als met passende middelen in hun ontwikkeling worden gesteund, moet **niet uitsluitend** worden gezien **in termen van wederkerig voordeel**, zoals deze idee van oudsher wordt geïnterpreteerd.”<sup>253</sup> Dergelijke opvatting over wat de voornaamste basis voor maatschappelijke samenwerking is, is verkeerd. Het **profijt** dat de omgang met en de volledige ondersteuning van Jamie, Arthur en Sesha de samenleving oplevert, is immers **veelsoortig en diffuus**, aldus Nussbaum, die haar stelling krachtig ondersteunt<sup>254</sup>:

1. Op de eerste plaats omvat dit – hiervoor gaat Nussbaum te leen bij John Stuart Mill – ‘het voordeel dat een van de meest universele en alomvattende van alle menselijke relaties wordt gereguleerd door **rechtvaardigheid** in plaats van onrechtvaardigheid’. De waardigheid van mensen met mentale stoornissen wordt hierdoor gerespecteerd en

---

<sup>251</sup> Nussbaums neefje Arthur heeft het syndroom van Asperger en Gilles de la Tourette, Sesha heeft een aangeboren hersenverlamming en ernstige mentale retardatie, terwijl Jamie geboren is met het syndroom van Down.

<sup>252</sup> Nussbaum, M. (2006a). *Op. Cit.*, p. 118.

<sup>253</sup> IBIDEM.

<sup>254</sup> IDEM, p. 119.

hun menselijk potentieel wordt ook ontwikkeld, of het nu van maatschappelijk ‘nut’ is of niet.

2. Het voordeel van het begrip voor de mensheid en haar diversiteit, die het resultaat is van een omgang met mentaal gehandicapte mensen op basis van **wederkerig respect en reciprociteit**
3. De grote **waarde** die alle voornoemde interacties en relaties hebben **voor mensen met mentale beperkingen zelf**, mensen die zonder speciale maatschappelijke ondersteuning eenzelfde leven zouden leiden als voorheen, namelijk geïsoleerd en gestigmatiseerd.

#### **7.4. Capabilities approach of vermogensbenadering**

De *capabilities approach* of vermogensbenadering die Nussbaum in het spoor van Nobelprijswinnaar Amartya Sen ontwikkelt, geeft betere resultaten in vergelijking met theorieën die doelen op wederkerig voordeel. Nussbaum vat dit theoretisch paradigma samen als “een poging tot het theoretiseren over fundamentele sociale rechtvaardigheid en een comparatieve inschatting van levenskwaliteit”.<sup>255</sup> De nadruk in deze benadering ligt op **reële, afzonderlijke en individuele menselijke vermogens** en op het basale principe van **iedere persoon – niet groep – als doel op zich**.<sup>256</sup> Het totale gemiddelde welzijn volstaat niet meer, want respect voor menselijke vermogens en zelfbepaling zijn prioritair. Termen als **vrijheid en keuze** zijn cruciale termen in de vermogensbenadering. De bevolking dient immers te beschikken over kansen of substantiële vrijheden waarvan mensen al dan niet gebruik kunnen maken.<sup>257</sup> “Omdat deze benadering uitgaat van een conceptie van de persoon als een sociaal dier wiens vaardigheid niet ontspruit aan een geïdealiseerde rationaliteit, biedt ze een adequatere conceptie van het **volledig en gelijkwaardig burgerschap van mensen met fysieke en mentale stoornissen, en van de mensen die hen verzorgen**”, stelt Nussbaum specifiek over de mensen waar het in deze masterproef om draait.<sup>258</sup> De op het eerste gezicht

---

<sup>255</sup> Nussbaum, M. (2011). De essentiële capabilities, in: *Mogelijkheden scheppen. Een benadering van de menselijke ontwikkeling*. (vert. uit het Engels door van Kappel, R., 2012) Amsterdam: Ambo, p. 38.

<sup>256</sup> Nussbaum, M. (2006b). Vermogens en beperkingen, in: *Grensgebieden van het recht. Over sociale rechtvaardigheid*. (vert. uit het Engels door Diderich, P. en van Kappel, R., 2006) Amsterdam: Ambo, p. 188.

<sup>257</sup> Nussbaum, M. (2011). *Op. Cit.*, p. 38.

<sup>258</sup> Nussbaum, M. (2006a). *Op. Cit.*, p. 94, 97.

eenvoudige vraag die we ons moeten stellen luidt dus als volgt: wat kunnen mensen daadwerkelijk doen en zijn, en over welke reële mogelijkheden beschikken ze?<sup>259</sup>

Dergelijke vermogensbenadering zal echter alleen succesvol zijn “als ze een complexere politieke psychologie bevat die duidelijk maakt hoe een samenwerking die niet wordt begrepen in termen van wederkerig voordeel kan worden gehandhaafd, en een persoonsopvatting die niet uitsluitend oog heeft voor kantiaanse rationaliteit maar ook voor wat er mooi en waardig is aan een persoon”. De theorie moet uit de volgende onderdelen bestaan<sup>260</sup>:

1. Een politieke psychologie
2. Een politieke conceptie van de persoon
3. Een politieke theorie van het goede
4. Een visie op rechtvaardiging

Nussbaum probeert de problematiek vanuit een ander gezichtspunt te benaderen door essentiële politieke rechten of goederen te beschrijven vanuit een politieke conceptie van de persoon. Er wordt **prioriteit verleend aan de waarde van de mogelijkheden die mensen hebben om een goed leven te leiden**. De uiteenzetting over politieke rechtvaardiging, volgt pas *na* het betoog over wat een menswaardig leven mogelijk maakt.<sup>261</sup> Alle burgers moeten immers in en door onze politieke basisprincipes als gelijken worden ondersteund, ook al kost dat een heleboel geld, aldus de filosofe.<sup>262</sup>

Nussbaums versie van de vermogensbenadering omvat ook een specifieke lijst met **tien essentiële vermogens**, die we keurig neergeschreven terugvinden in *Creating Capabilities: The Human Development Approach* (2011).<sup>263</sup> Een uitgekledede weergave geeft een idee van de vermogens waarover het gaat: een menselijk leven van normale duur leiden, een goede lichamelijke gezondheid hebben, lichamen onschendbaar zijn (met o.a. vrijheid van verplaatsing), zintuiglijk waarnemen, gehecht zijn aan mensen en dingen (gevoelens), een conceptie van het goede vormen (praktische rede), sociale banden ontwikkelen, leven met zorg voor en in relatie tot de natuur, lachen en spelen en, ten slotte, de eigen omgeving

---

<sup>259</sup> Nussbaum, M. (2011). *Op. Cit.*, p. 10.

<sup>260</sup> Nussbaum, M. (2006a). *Op. Cit.*, p. 137.

<sup>261</sup> IDEM, p. 137-138.

<sup>262</sup> Nussbaum, M. (2006b). *Op. Cit.*, p. 177.

<sup>263</sup> Nussbaum, M. (2011). *Op. Cit.*, p. 39.



politiek en materieel vormgeven.<sup>264</sup> Deze tien vermogens fungeren als een drempelniveau. Ze zijn **allen noodzakelijk om in menselijke waardigheid te leven**.<sup>265</sup> Ontbeert een burger een vermogen, dan is er sprake van sociale onrechtvaardigheid.<sup>266</sup> De Amerikaanse filosoof omschrijft de vermogensbenadering niet als een alomvattende morele theorie, maar als een **politieke theorie over basisrechten**. De voorwaarden voor een rechtvaardige samenleving – opgelijst in de reeks van tien fundamentele rechten en vrijheden voor alle burgers – zijn een soort opsomming van **grondwettelijke waarborgen** die Nussbaum vergelijkt met de Bill of Rights<sup>267</sup> van de Amerikaanse grondwet.<sup>268</sup> Bovendien hoopt ze met de vermogensbenadering, in navolging van datgene wat de ontwerpers van de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens (UVRM) beoogden, op een ‘overlappende, internationale consensus’ onder burgers, over grenzen van traditie en religie heen.<sup>269</sup>

Toch dienen de vermogens niet als een alternatief voor de UVRM, zo blijkt uit emailverkeer met de filosoof<sup>270</sup>. Verder zijn de **vermogens** ook **niet onderling inwisselbaar**: “tekortkomingen op het ene gebied kunnen niet simpelweg worden gecompenseerd door mensen een grotere hoeveelheid van een ander vermogen te geven”. Wel staat de lijst met **vermogens open voor wijzigingen**. Minder flexibel daarentegen is dat de intieme en basale rol die zorg in het leven van de verzorgden speelt, zich zou moeten uitstrekken over het hele scala van de menselijke vermogens.<sup>271</sup> Tevens is het belangrijk om erop te wijzen dat de vermogens **sociale minima** zijn **die zich niet richten op ongelijkheden boven** zulke **sociale ondergrens** of bodem. Het is de taak van de samenleving om de persoon in een positie te brengen waarin deze volledig *vermogend* is, niet met het oog op maatschappelijke productiviteit, maar omdat het menselijk gesproken simpelweg goed is. “Alle burgers behoren de kans te krijgen het complete scala van menselijke vermogens te ontwikkelen op het niveau

---

<sup>264</sup> Nussbaum, M. (2011). *Op. Cit.*, p. 57-59.

<sup>265</sup> IDEM, p. 56.

<sup>266</sup> IDEM, p. 66.

<sup>267</sup> De term ‘Bill of Rights’ wijst op de eerste tien amendementen van de Amerikaanse grondwet, die onder andere persoonlijke vrijheden garanderen.

<sup>268</sup> Nussbaum, M. (2006b). *Op. Cit.*, p. 139.

<sup>269</sup> IDEM, p. 146.

<sup>270</sup> “[...] It is not accurate to say that the CA [capabilities approach, eigen toevoeging] is an alternative to the Universal Declaration, since the idea of capabilities is conceptually distinct from the idea of rights.” (In: Nussbaum, M., martha\_nussbaum@law.uchicago.edu (2015). *Question: Capabilities approach versus UDHR*. [email] Bericht aan De Boeck, S. (sven\_deboeck@hotmail.com). Verstuurd op 14 januari 2015: 20:25. [Geraadpleegd op 14 januari 2015]. Zie bijlagen p. 148.

<sup>271</sup> Nussbaum, M. (2006b). *Op. Cit.*, p. 148-150.

dat in hun omstandigheden tot de mogelijkheden behoort, en ook om het soort vrijheid en onafhankelijkheid te genieten dat in hun omstandigheden mogelijk zou moeten zijn.”<sup>272</sup>

In tegenstelling tot ‘welgeordende samenlevingen’ waarin burgers wel een ruime verzameling moreel gekleurde doelen hebben, maar waarin ze pas achteraf goede redenen bedenken voor de volledige participatie van mensen met stoornissen – denk aan de zogenoemde contractdenkers waar Nussbaum kritiek op geeft – is de vermogensbenadering van meet af aan moreel en sociaal gekleurd, aldus de Amerikaanse filosofe. Mensen worden immers bij voorbaat gezien als “wezens die samenwerken op grond van een breed scala aan motieven, waaronder de liefde voor rechtvaardigheid zelf, maar vooral op grond van een moreel gekleurd medeleven met degenen die minder mogelijkheden hebben om een fatsoenlijk en menswaardig bestaan te leiden. [...] De vermogensbenadering staat dus open voor het gebruik van een visie op samenwerking waarin **rechtvaardigheid en participatie van meet af aan** worden behandeld als **doelen met een intrinsieke waarde** en waarin wordt uitgegaan van de gedachte dat **mensen bijeen** worden **gehouden door vele altruïstische banden**, naast banden van wederkerig voordeel.”<sup>273</sup>

---

<sup>272</sup> Nussbaum, M. (2006b). *Op. Cit.*, p. 190.

<sup>273</sup> IDEM, p. 140, 142.

## Slotwoord

Het idee voor deze masterproef is ontstaan uit het persoonlijke verhaal van de 22-jarige Emma. Emma kende een moeilijke jeugd en werd op haar achttiende gediagnosticeerd met een autismespectrumstoornis (ASS). In dit werk werden enkele problematieken in kaart gebracht die gepaard gaan met het krijgen van dergelijk etiket. Hoe is het om met een psychiatrische diagnose te leven? Hoe gaan gediagnosticeerden daar mee om? Wat zijn de gevolgen van het krijgen van zulke diagnoses? Welke fenomenen gaan hier zoal mee gepaard? Waar mogelijk hingen we onze bevindingen op aan het relaas van Emma. In dat verband is het van belang om erop te wijzen dat er nu en dan inderdaad (inhoudelijke) tegenstrijdigheden in haar verhaal vervat zaten. Veeleer dan deze te willen corrigeren, werd ervoor gekozen om zo dicht mogelijk bij Emma's bedenkingen te blijven. Het perspectief van iemand met een psychiatrische diagnose op de problematiek primeerde op de strenge rechtlijnigheid van de opwerpingen. Tijdens de gesprekken en interviews bleek immers al snel dat ook het bredere onderwerp complex is en talrijke tegenstrijdigheden bevat.

Zo zagen we in het eerste hoofdstuk hoe Emma zich in haar pubertijd nogal 'anders' voelde en ook door 'anderen' uitgesloten werd. We probeerden met de joods-Franse filosoof Emmanuel Levinas het concept van 'de Ander' beter te vatten en keken onder meer naar diens voorwaarden om tot de ethische notie van 'het goede' te komen. Het begrip verantwoordelijkheid speelde hier een belangrijke rol in. Eveneens leerden we dat relaties met anderen daarbij onontbeerlijk zijn. Deze bedenkingen werden toegepast op het relaas van Emma, maar al gauw botsten we op nieuwe vragen. Vanaf wanneer en in welke mate zijn adolescenten bijvoorbeeld verantwoordelijk voor het pest- en uitsluitingsgedrag dat ze stellen? Levinas' opvattingen over vrijheid zijn evenzeer doordrongen van de ambivalentie en deden ons de vraag stellen of en in welke mate mensen met een psychiatrische diagnose wel over het absolute vermogen beschikken om keuzes te maken en hun eigen leven vorm te geven. Verder lieten we zien dat mensen die met een psychiatrische diagnose leven meer zijn dan de maatschappelijke rol die ze daardoor vaak toebedeeld krijgen. De manier waarop gediagnosticeerden worden ontmenselijkt en worden gereduceerd tot algemeenheden, kan in overeenstemming met Levinas' denken als totalitair gezien worden. De filosoof zette zich ook duidelijk af tegen een dergelijk denken. Gezien het opzet van dit werk, namelijk mensen met een psychiatrische diagnose in een positiever daglicht stellen en een luidere stem geven,

verbaast het niet dat we de fundamentele andersheid van ieder individu enkel kunnen onderschrijven en benadrukken.

Het tweede hoofdstuk begon met een fragment over Emma waaruit bleek dat ze de wereld niet kon vatten. De joodse filosoof Martin Buber ging daar in *Ik en Jij* (1923) dieper op in en schreef op pöetisch-wijsgerige wijze over onder andere die relatie tussen mens en wereld. De beschouwingen van Buber bleken veel moeilijker toepasbaar op het verhaal van Emma, maar uitweidingen over diens denken brachten ons bij de Amerikaanse film *The Truman Show* (1998). Emma gaf immers aan zich hierin te herkennen. Ook de ‘onbetrouwbaarheid’ en ‘vervreemding’ waarover Buber het had, vielen met haar verhaal te rijmen. Net zoals Levinas op het belang van menselijke relaties wees, benadrukte Buber verder de relevantie van de notie van wederkerigheid. Die bracht ons ter afronding bij Emma’s liefde voor kinderen en dieren, die ze vooral lief lijkt te hebben omwille van hun eerlijkheid en onvermogen om te oordelen over haar eigenzinnige karakter of psychiatrische diagnose.

Na twee filosofische onderdelen volgde een inhoudelijke stijlbreuk, vermits het derde hoofdstuk de psychiatrische diagnoses in vraag stelde. Het inleidende fragment van Emma toonde aan dat ze eerst dacht dat ze manisch-depressief was, wat reeds wees op het later besproken fenomeen ‘comorbiditeit’ (gelijktijdig meerdere stoornissen vertonen) of de meer problematische inwisselbaarheid van sommige diagnoses (“Was het nu een depressie, borderlinestooris of ASS?”). Ook kregen we een inzicht in wat er allemaal veranderde toen Emma haar diagnose kreeg. Ze leerde wat ASS zoal inhoudt, kreeg therapie en kon zo haar gedragingen en gevoelens beter plaatsen. Tegelijk botste ze op ongeloof in haar omgeving omdat haar persoonlijkheidskenmerken, onder andere sociaalvaardig zijn, niet stroken met wat doorgaans met ASS vereenzelvigd wordt. Dat zag ze ook aan de eenzijdige berichtgeving in de media. Op de koop toe worstelde Emma met het dilemma of ze de mensen rondom haar al dan niet moest inlichten over de diagnose. Al deze informatie bracht ons ertoe om met een vergrootglas naar het (proces van) diagnosticeren te kijken. Zo gaven we een fragment weer uit het verslag van het psychodiagnostisch onderzoek dat bij Emma werd uitgevoerd. Zelf gaf Emma aan het document te zwart-wit te vinden. Verder bespraken we het controversiële handboek *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), het in de praktijk veelvuldig gebruikte instrument voor diagnose en statistiek van psychische aandoeningen. Over het zwart-witkarakter van psychiatrische diagnoses valt zeker iets te zeggen: men heeft de diagnose tenslotte of men heeft ze niet. Anderzijds is enige behoedzaamheid ook welgekomen, vermits voor verschillende stoornissen ook de mate van ernst bepaald moet

worden. Vervolgens keken we naar de talloze kritieken die klinisch psycholoog en psychoanalyticus Paul Verhaeghe op het handboek formuleerde. Ondanks zijn uiterst kritische en relevante opwerpingen, mist zijn betoog soms wat nuance of voorzichtigheid. Bijgevolg vragen we ons af of zijn bedenkingen niet meer gehoor zouden krijgen indien Verhaeghe een minder offensieve schrijfstijl zou hanteren met beweringen die makkelijker te verifiëren zijn.

De bespiegelingen in het derde hoofdstuk lieten ons toe om in een volgend gedeelte dieper in te gaan op het fenomeen van diagnosticeren en tevens op kritieken die de Nederlandse filosofen Gerrit Glas en Trudy Dehue daarop uitten. Eerstgenoemde merkte terecht op dat het definiëren van ziekten en stoornissen om meer draait dan het louter registreren en optellen van klachten en verschijnselen. Dehue legde daarentegen uit hoe een fenomeen als reïficatie ons doet vergeten dat het definiëren van stoornissen gepaard gaat met menselijke besluitvorming, wat afbreuk doet aan de complexiteit van de problematiek. Omdat het al dan niet krijgen van een diagnose betekent dat men ‘ziek’ dan wel ‘gezond’ is, gaven we eerst wat meer duiding bij beide begrippen. Dat bracht ons bij een uiteenzetting over drie verschillende theorieën, die aantoonde dat we op vele wijzen naar het begrip ‘ziekte’ kunnen kijken. Eén daarvan is het sociaal-constructivisme, een paradigma waar we met VUB-onderzoekster Jasmina Sermijn iets dieper op gingen. In dat opzicht kwam ook de Franse filosoof Michel Foucault kort aan bod. Die weidde immers uit over ‘discours’ en ‘macht’, twee belangrijke noties die ons in staat stelden de hele problematiek rond het diagnosticeren beter te begrijpen. Wat hier voornamelijk aangetoond werd, is dat psychiatrische diagnoses geen vanzelfsprekende en op zichzelf staande realiteiten zijn, maar wel sociale en talige constructies die steeds afhankelijk zijn van tijd, ruimte en context en die voortdurend in vraag gesteld zouden moeten worden. Toch beschikt het heersende psychiatrische diagnostische discours over de grote macht om regels en procedures voor te schrijven die de eigenschap ‘waar’ toegeschreven krijgen. Alternatieve discourses verdwijnen door dit hele mechanisme ten onrechte naar de achtergrond. Vraag is of we ooit van deze ambiguïteit, waarbij het ene discours de andere discourses uitsluit, afgeraken.

Omdat het er in het hedendaagse tijds kader sterk op lijkt dat steeds meer mensen met geestelijke gezondheidsproblemen kampen en/of ‘ziek zijn’, gingen we in het vijfde hoofdstuk op zoek naar enkele oorzaken van dit fenomeen. Zo zochten we naar verklaringen met auteurs als Dirk De Wachter en Ignaas Devisch, die in hun betoog met de vinger wezen naar onder meer het postmodernisme, het kapitalisme, het (neo-)liberalisme, de consumptiemaatschappij en dergelijke meer. Naast dergelijke bredere maatschappijkritieken

werden ook de door Foucault ontwikkelde concepten van macht en discours genoemd, evenals de uitbreiding van het begrip ‘ziekte’. En aangezien mensen die een diagnose kregen, recht hebben op een behandeling, keken we verder nog naar twee behandelingsvormen: medicatie en therapie. De aangehaalde auteurs bekritiseerden het stijgende gebruik van psychofarmaca, dat volgens hen onterecht de plaats van therapie heeft ingenomen. Stellen dat het ene de plaats van het andere inneemt, lijkt ons echter nogal sterk geformuleerd. Verder werd de effectiviteit van menig middelengebruik in vraag gesteld en ter afsluiting van het hoofdstuk vertelden we met Paul Verhaeghe waarom de psychotherapie naar de achtergrond is verdwenen ten voordele van de farmacologische aanpak. Voorgenoemde auteurs wezen in hun betoog ook de DSM-gids aan als oorzaak voor de toenemende trend om psychiatrische diagnoses toe te kennen en om medicatie voor te schrijven. Of en in welke mate dat het geval is, is maar zeer de vraag. Maarten Boudry beweerde op het einde van hoofdstuk vier dat de DSM hier alvast geen schuld aan heeft. Volgens ons spelen andere factoren hier mogelijk ook een rol in: overrijverige psychiaters en psychologen, maar eveneens lange wachtlijsten in de hulpverlening en het plaatstekort op allerlei ziekenhuisafdelingen en in psychiatrische centra.

Emma vertelde in het zesde hoofdstuk hoe jarenlange therapie haar in staat stelde beter om te gaan met haar psychische moeilijkheden. De medicatie die ze kreeg, speelde daar eveneens een rol in. Toch zagen we dat de hulpverlening bijlange na niet altijd vlot verliep. Hoewel Emma al jarenlang met ASS was gediagnosticeerd, was het vechten om gepersonaliseerde hulp te krijgen. Daarom werden in dit gedeelte verschillende stemmen gebundeld die wantoestanden aanklaagden, maar die evenzeer alternatieven, suggesties en voorstellen formuleerden. Er werd onder meer gepleit voor meer aandacht voor het diagnostisch proces en contextgevoelige definities; familiezorg, hechting en zingeving; een ‘kleine goedheid’ die zich uit in bescheiden maar concrete daden van barmhartigheid; een positief begrip van alles wat met ‘waanzin’ te maken heeft alsook meer aandacht, middelen, begrip en efficiëntie in en voor de geestelijke gezondheidszorg. Alle opwerpen van vaklui en ervaringsdeskundigen verdienen een grondig debat. Hierdoor blijven we ons ook steeds de vraag stellen of het huidige discours met bijhorende praktijken wel het beste discours is.

Omdat de geestelijke gezondheidssector overduidelijk met nog heel wat onrechtvaardigheden kampt, ronden we deze masterproef af met een filosofisch hoofdstuk over sociale rechtvaardigheid. We zagen met de Amerikaanse filosofe Martha Nussbaum dat politieke theorieën die uitgaan van vrije, gelijke en onafhankelijke ‘contractanten’ die de basisstructuur van een samenleving ontwerpen, ontoereikend zijn. Dit omdat mensen met mentale

stoornissen en de hulp die ze verdienen hierdoor pas behandeld worden als een overweging *achteraf*. Verder bespraken we hoe een rechtvaardige samenleving niet opgevat kan worden in termen van wederkerig voordeel of economische productiviteit, wat mensen met mentale stoornissen maar al te vaak zou uitsluiten en tevens het welzijnsniveau van de samenleving naar beneden zou halen. Niet alleen verdienen deze mensen een eerlijke behandeling, ook de zorgverleners verdienen erkenning en menselijke en financiële bijstand. Vervolgens leerden we dat mensen met stoornissen op veel manieren een maatschappelijke bijdrage kunnen leveren die veelsoortig en diffuus is, op voorwaarde dat de samenleving daar omstandigheden voor creeërt. Met een uitstapje naar de Canadese filosoof Marshall McLuhan vertelden we bijvoorbeeld hoe mensen met een psychiatrische diagnose vaak over bijzondere capaciteiten beschikken die hen in staat stellen om zogenoemde ‘anti-omgevingen’ te scheppen. Zo zagen we ook hoe Emma haar verhaal transformeerde tot een creatief schilderij. Ten slotte zetten we Nussbaums vermogensbenadering kort uiteen, een theoretisch paradigma dat fundamentele sociale rechtvaardigheid poogt te theoretiseren. In de lijst met tien vermogens die we opsomden, zijn heel wat elementen terug te vinden die erop wijzen dat mensen met een mentale stoornis maar al te vaak op sociale onrechtvaardigheid botsen. Een maatschappij met een hoog aantal zelfdodingen (versus “een menselijk leven van normale duur leiden”), met gedwongen opsluitingen en isolaties (versus “lichamelijk onschendbaar zijn”), met plaatstekorten en wachtlijsten die de “goede gezondheid” van velen in het gedrang brengen, en met stigmatiseringen van mensen met een psychiatrische diagnose (versus “sociale banden” en “de eigen omgeving vormgeven”), heeft nog massaal veel werk voor de boeg.

Samenvattend kunnen we stellen dat psychiatrische diagnoses constructies zijn die afhankelijk van verschillende factoren als tijd, ruimte en context in het leven worden geroepen. Of iets al dan niet tot een psychiatrische diagnose wordt omgedoopt, hangt dus niet alleen af van de wetenschap, maar ook van het heersende discours en allerlei machtsmechanismen. Het proces van diagnosticeren en de soms onvoorspelbare gevolgen daarvan, dienen continu in vraag gesteld te worden. Lang niet iedereen heeft even veel invloed of macht om zijn of haar stem te laten horen. Vandaag stellen we vast dat mensen die een psychiatrische diagnose hebben gekregen maar al te vaak gestigmatiseerd en naar de achtergrond verdrongen worden in het debat over de problematiek. Deze masterproef probeert daar op bescheiden wijze verandering in te brengen door onder andere het woord te geven aan de met ASS-gediagnosticeerde Emma, maar evenzeer door mensen met een mentale stoornis in een positiever daglicht te stellen. *Vive la folie!*

## Bibliografie

### Boeken

American Psychiatric Association (2013a). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)*. (vert. uit het Engels in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2014). Amsterdam: Boom, 1216 p.

Buber, M. (1923). *Ik en Jij*. (vert. uit het Duits door Storm, M., 2003). Utrecht: Erven J. Bijleveld, 178 p.

De Wachter, D. (2012). *Borderline Times: Het einde van de normaliteit*. Tiel: Uitgeverij Lannoo nv, 296 p.

Devos, R. (2004). *Macht en verzet. Het subject in het denken van Michel Foucault*. Kapellen: Uitgeverij Pelckmans, 160 p.

Foucault, M. (1961). *Geschiedenis van de waanzin*. (vert. uit het Frans door Heering-Moorman, C.P., 1984). Meppel: Boom, 292 p.

Keij, J. (1993). *Eenvoudig gezegd: Levinas. Een nieuwe blik op mens en wereld*. Kampen: Kok Agora, 168 p.

Kusters, W. (2014). *Filosofie van de waanzin*. Rotterdam: Lemniscaat, 760 p.

Levinas, E. (1961). *De totaliteit en het oneindige: essay over de exterioriteit*. (vert. uit het Frans door De Boer, T. en Bremmers, C., 1987). Baarn: Ambo, 384 p.

Sermijn, J. (2008). *Ik in veelvoud – Een zoektocht naar de relatie tussen mens en psychiatrische diagnose*. Leuven: Acco, 104 p.

Vandereycken, W. en van Deth, R. (2004). *Psychiatrie: Van diagnose tot behandeling*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 281 p.

Veyne, P. (2008). *Foucault, de denker, de mens*. (vert. uit het Frans door Oosthout, H., 2010). Kampen: Uitgeverij Klement, 200 p.

Walravens, E. (2012). *De verwondering: Een geschiedenis van de westerse filosofie van Thales tot Nietzsche*. Brussel: VUBPRESS, 254 p.



Willemsen, H. (1992). *Woordenboek filosofie*. Assen: Van Gorcum & Comp. B.V., 509 p.

### Hoofdstukken en artikels

American Psychiatric Association (2013b). *Highlights of Changes from DSM-IV to DSM-5*. [online] S.l.: American Psychiatric Publishing, 19 p. <<http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>> [Geraadpleegd op 14 mei 2015].

Devisch, I. (2013a). Proloog, in: *Ziek van gezondheid. Voor elk probleem een pil?* Devisch, I. (red.). Antwerpen: De Bezige Bij, p. 15-26.

Devisch, I. (2013b). Zorg, loop, kies, slik, werk en overdonder. Over de keerzijde van onze gezondheidspolitiek, in: *Ziek van gezondheid. Voor elk probleem een pil?* Devisch, I. (red.). Antwerpen: De Bezige Bij, p. 101-120.

Dehue, T. (2013). Definities die oorzaken worden. Over reïficeren als borgpen van een politiek ideaal, in: *Komt een filosoof bij de dokter*. Schermer, M., Boenink, M., Meynen, G. (red.). Amsterdam: Boom, p. 175-187.

Glas, G. (2013). Over context en waarden bij psychiatrische diagnostiek, in: *Komt een filosoof bij de dokter*. Schermer, M., Boenink, M., Meynen, G. (red.). Amsterdam: Boom, p. 129-142.

Nussbaum, M. (2006a). Invaliditeit en sociaal contract, in: *Grensgebieden van het recht. Over sociale rechtvaardigheid*. (vert. uit het Engels door Diderich, P. en van Kappel, R., 2006). Amsterdam: Ambo, p. 92-138.

Nussbaum, M. (2006b). Vermogens en beperkingen, in: *Grensgebieden van het recht. Over sociale rechtvaardigheid*. (vert. uit het Engels door Diderich, P. en van Kappel, R., 2006). Amsterdam: Ambo, p. 139-193.

Nussbaum, M. (2011). De essentiële capabilities, in: *Mogelijkheden scheppen. Een benadering van de menselijke ontwikkeling*. (vert. uit het Engels door van Kappel, R., 2012). Amsterdam: Ambo, p. 36-73.

Ravensstein, A. (1999). Wederkerigheid en het heilzame gebod: Buber en Levinas, in: *Een theologisch onderzoek naar het appèl karakter van de relatie God, de ander en ik*. Zoetermeer: Uitgeverij Meinema, p. 157-182.

Schermer, M. (2013). Wat is ziek, wat is gezond? Over verschillende begrippen van ziekte, in: *Komt een filosoof bij de dokter*. Schermer, M., Boenink, M., Meynen, G. (red.). Amsterdam: Boom, p. 115-128.

Van Den Eede, Y. (2012). Een soort van mediatherapie – *begrijpen*, in: *Cursus hedendaagse cultuurfilosofie*. (niet gepubliceerd), 159 p.

Verhaeghe, P. (2013). Medicalisering van psychosociale problemen: een verdoken vorm van disciplineren, in: *Ziek van gezondheid. Voor elk probleem een pil?* Devisch, I. (red.). Antwerpen: De Bezige Bij, p. 27-55.

Verkerk, M. (2013). Van je familie moet je het maar hebben. Een zorgethische bespiegeling, in: *Komt een filosoof bij de dokter*. Schermer, M., Boenink, M., Meynen, G. (red.). Amsterdam: Boom, p. 233-245.

## Websites

9999, (2015). *Home*. [online] <<http://www.9999themovie.com/>> [Geraadpleegd op 12 juli 2015].

American Psychiatric Association (2015). *DSM: History of the manual*. [online] <<http://www.psychiatry.org/practice/dsm/dsm-history-of-the-manual>> [Geraadpleegd op 14 mei 2015].

Cudd, A. (2012). Contractarianism. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, [online] 2 augustus. <<http://plato.stanford.edu/archives/win2013/entries/contractarianism/>> [Geraadpleegd op 29 mei 2015].

Deyoung, N. (s.d.). *The DSM-I and DSM-II*. [online] <<https://sites.google.com/site/psych54000/early-dsm>> [Geraadpleegd op 14 mei 2015].

Deyoung, N. (s.d.). *The DSM-III and DSM-IV*. [online] <<https://sites.google.com/site/psych54000/early-dsm>> [Geraadpleegd op 14 mei 2015].

Friend, C. (s.d.). Social Contract Theory: John Rawls' A Theory of Justice. *Internet Encyclopedia of Philosophy*, [online] s.d. <<http://www.iep.utm.edu/soc-cont/#H3>> [Geraadpleegd op 29 mei 2015].

Mad Pride Toronto (2014). *About Mad Pride*. [online] <<http://www.madprideto.com/>> [Geraadpleegd op 6 juli 2015].

Participle! (2015). *Autisme in cijfers*. [online] S.d. <<http://www.participle-autisme.be/go/nl/autisme-begrijpen/wat-is-autisme/autisme-in-cijfers.cfm>> [Geraadpleegd op 21/05/2015].

Seksueel misbruik door hulpverleners (s.d.). *Algemeen*. [online] <<http://www.seksueelmisbruikdoorhulpverleners.be/index.html>> [Geraadpleegd op 15 juli 2015].

Thuisarts.nl (2015). *Ik heb een psychosociaal probleem*. [online] <<https://www.thuisarts.nl/psychosociale-problemen/ik-heb-psychosociaal-probleem>> [Geraadpleegd op 19 juli 2015].

World Health Organization (2015). *Constitution of WHO: principles*. [online] <<http://www.who.int/about/mission/en/>> [Geraadpleegd op 16 mei 2015].

## **Nieuwsbronnen**

Amkreutz, R. (2015). Soms is het leven gewoon kut. *De Morgen*, [online] 1 juni. <[www.demorgen.be/dmsselect/soms-is-het-leven-gewoon-kut-a2344796/?utm\\_source=demorgen&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=newsletter&utm\\_content=daily](http://www.demorgen.be/dmsselect/soms-is-het-leven-gewoon-kut-a2344796/?utm_source=demorgen&utm_medium=email&utm_campaign=newsletter&utm_content=daily)> [Geraadpleegd op 1 juni 2015].

Belga (2015). Recordaantal jongeren klopt aan voor crisishulp. *De Morgen*, [online] 25 mei. <[http://www.demorgen.be/binnenland/recordaantal-jongeren-klopt-aan-voor-crisishulp-a2336431/?utm\\_source=demorgen&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=newsletter&utm\\_content=daily](http://www.demorgen.be/binnenland/recordaantal-jongeren-klopt-aan-voor-crisishulp-a2336431/?utm_source=demorgen&utm_medium=email&utm_campaign=newsletter&utm_content=daily)> [Geraadpleegd op 25 mei 2015].

Belga/AVE (2015). Nieuwe website voor kinderen van ouders met psychische problemen. *Knack*, [online] 18 maart. <[http://www.knack.be/nieuws/gezondheid/nieuwe-website-voor-kinderen-van-ouders-met-psychische-problemen/article-normal-542445.html?utm\\_source=Newsletter-19/03/2015&utm\\_medium=Email&utm\\_campaign=Newsletter-RNBGEZHNNL&M\\_BT=13334664167673](http://www.knack.be/nieuws/gezondheid/nieuwe-website-voor-kinderen-van-ouders-met-psychische-problemen/article-normal-542445.html?utm_source=Newsletter-19/03/2015&utm_medium=Email&utm_campaign=Newsletter-RNBGEZHNNL&M_BT=13334664167673)> [Geraadpleegd op 8 juli 2015].

Belga/RR (2015). Jongeren wachten gemiddeld 107 dagen op psychische behandeling. *Knack*, [online] 24 juni 2015. <[http://www.knack.be/nieuws/gezondheid/jongeren-wachten-gemiddeld-107-dagen-op-psychische-behandeling/article-normal-581283.html?utm\\_source=Newsletter-25/06/2015&utm\\_medium=Email&utm\\_campaign=Newsletter-RNBGEZHNNL&M\\_BT=13334664167673](http://www.knack.be/nieuws/gezondheid/jongeren-wachten-gemiddeld-107-dagen-op-psychische-behandeling/article-normal-581283.html?utm_source=Newsletter-25/06/2015&utm_medium=Email&utm_campaign=Newsletter-RNBGEZHNNL&M_BT=13334664167673)> [Geraadpleegd op 24 juni 2015].

Boudry, M. (2012). Iedereen psychiatrisch patiënt? *De Morgen*, [online] 6 december. <<http://www.demorgen.be/lifestyle/iedereen-psychiatrisch-patient-a1544741/>> [Geraadpleegd op 05/06/2015].

De Boeck, S. (2014). *Alle gekheid op een stokje. De psychiatrie in Yunnan*. (niet gepubliceerd) Brussel, 7 p.

Debusschere, B. (2015). “Isolatie en medicatie schaden kinderen”: te harde aanpak in jeugdpsychiatrie? *De Morgen*, [online] <<http://www.demorgen.be/binnenland/-isolatie-en-medicatie-schaden-kinderen-te-harde-aanpak-in-jeugdpsychiatrie-a2342772/>> [Geraadpleegd op 12 juli 2015].

Debusschere, B. (2015). Therapeut klaagt aan: Jeugdpsychiatrie bezorgt jongeren vaak méér trauma's. *De Morgen*, [online] <<http://www.demorgen.be/binnenland/therapeut-klaagt-aan-jeugdpsychiatrie-bezorgt-jongeren-vaak-meer-trauma-s-a2342773/>> [Geraadpleegd op 12 juli 2015].

Degryse, I. (2014). Het euthanasieverhaal van Christophe, 28 jaar. Tussen woede, wanhoop en dood. *Knack*, 22 oktober 2014, p. 37-45.

Delchambre, A. (2015). Brownies & Downies: lachen of pochen met syndroom van Down? *De Morgen*, [online] 30 juni. <<http://www.demorgen.be/wetenschap/brownies-downies-lachen-of-pochen-met-syndroom-van-down-a2380555/>> [Geraadpleegd op 1 juli 2015].

Deredactie.be (2012). Nu ook geval van seksueel misbruik door therapeut. *Deredactie.be*, [online] 9 oktober. <<http://deredactie.be/cm/vrtnieuws/regio/vlaamsbrabant/1.1451812>> [Geraadpleegd op 15 juli 2015].

Desmet, L. (2015). “De maatschappij denkt te veel in regeltjes.” *De Morgen*, [online] 1 juni. <<http://www.demorgen.be/binnenland/-de-maatschappij-denkt-te-veel-in-regeltjes-a2344115/>> [Geraadpleegd op 1 juni 2015].

Dierickx, Y. (2015) “Zo wordt de wereld draaglijk voor mij en ik draaglijk voor de wereld.” *De Morgen*, [online] 23 maart. <[http://www.demorgen.be/nieuws/-zo-wordt-de-wereld-draaglijk-voor-mij-en-ik-draaglijk-voor-de-wereld-a2261869/?utm\\_source=demorgen&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=newsletter&utm\\_content=daily](http://www.demorgen.be/nieuws/-zo-wordt-de-wereld-draaglijk-voor-mij-en-ik-draaglijk-voor-de-wereld-a2261869/?utm_source=demorgen&utm_medium=email&utm_campaign=newsletter&utm_content=daily)> [Geraadpleegd op 2 juni 2015].

EM (2015). Meisje (17) met psychiatrische problemen in politiecel: “Onaanvaardbaar”. *De Morgen*, [online] 17 maart. <[http://www.demorgen.be/wetenschap/meisje-17-met-psychiatrische-problemen-in-politiecel-onaanvaardbaar-a2254635/?utm\\_source=demorgen&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=newsletter&utm\\_content=daily](http://www.demorgen.be/wetenschap/meisje-17-met-psychiatrische-problemen-in-politiecel-onaanvaardbaar-a2254635/?utm_source=demorgen&utm_medium=email&utm_campaign=newsletter&utm_content=daily)> [Geraadpleegd op 17 maart 2015].

EVG, VHN (2015). Vier vragen. Start van proces over dood Jonathan Jacob. *De Standaard*, [online] 6 januari. <[http://www.standaard.be/cnt/dmf20150106\\_01459313](http://www.standaard.be/cnt/dmf20150106_01459313)> [Geraadpleegd op 14 mei 2015].

Froyen, B. (2015). Is er wel plaats voor mensen zoals Jonathan, zoals ik? *De Morgen*, [online] 22 mei. <[http://www.demorgen.be/opinie/is-er-wel-plaats-voor-mensen-zoals-jonathan-zoals-ik-a2333432/?utm\\_source=demorgen&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=newsletter&utm\\_content=daily](http://www.demorgen.be/opinie/is-er-wel-plaats-voor-mensen-zoals-jonathan-zoals-ik-a2333432/?utm_source=demorgen&utm_medium=email&utm_campaign=newsletter&utm_content=daily)> [Geraadpleegd op 2 juni 2015].

Grommen, S. (2015). Psychische hulp vindt u voortaan gratis online. *De Morgen*, [online] 1 juni. <<http://www.demorgen.be/wetenschap/psychische-hulp-vindt-u-voortaan-gratis-online-a2344377/>> [Geraadpleegd op 1 juni 2015].

Hoge Raad voor de Justitie. (2014). Persbericht: “Haal geïnterneerden weg uit de gevangenis.” *Hoge Raad voor de Justitie*, [online] 7 mei. <<http://www.hrj.be/nl/content/persbericht-haal-geïnterneerden-weg-uit-de-gevangenis-eric-staudt-hrj>> [Geraadpleegd op 12 juli 2015].

Knack (2015) Bent u fit in het hoofd? 10 tips om uw mentale veerkracht te verbeteren. *Knack*, [online] 28 mei. <<http://www.knack.be/nieuws/gezondheid/bent-u-fit-in-het-hoofd-10-tips->

om-uw-mentale-veerkracht-te-verbeteren/article-normal-573933.html?utm\_source=Newsletter-28/05/2015&utm\_medium=Email&utm\_campaign=Newsletter-RNBGEZHNNL&M\_BT=13334664167673> [Geraadpleegd op 1 juni 2015].

Melis, E. (2015). “Fabeltje dat CVS-patiënten lui of depressief zijn moet verdwijnen.” *De Morgen*, [online] 12 mei. <<http://www.demorgen.be/binnenland/-fabeltje-dat-cvs-patienten-lui-of-depressief-zijn-moet-verdwijnen-a2318244/>> [Geraadpleegd op 13 mei 2015].

NPO Geschiedenis (2002). *Dennendal*. [online] <<http://www.npogeschiedenis.nl/andere-tijden/afleveringen/2002-2003/Dennendal.html>> [Geraadpleegd op 15 juli 2015].

Plets, G. (2015). Een vader met autisme getuigt: ‘De zorg voor mijn dochter zie ik als een job’. *De Standaard*, [online] 22 mei. <[http://www.standaard.be/cnt/dmf20150521\\_01692129](http://www.standaard.be/cnt/dmf20150521_01692129)> [Geraadpleegd op 23 mei 2015].

Plets, G. (2015). ‘In wezen ben ik, door het vaderschap, een mindere mens geworden.’ *De Standaard*, [online] 23 mei. <[http://www.standaard.be/cnt/dmf20150521\\_01692751](http://www.standaard.be/cnt/dmf20150521_01692751)> [Geraadpleegd op 23 mei 2015].

Saerens, Z. & Heymans, P. (2015). België nu al 22 keer veroordeeld voor “slechte behandeling geïnterneerden”. *Deredactie.be*, [online] 3 februari. <<http://deredactie.be/cm/vrtnieuws/binnenland/1.2228139>> [Geraadpleegd op 12 juli 2015].

Selfslagh, S. (2015). “Mensen vergeten soms de grootste levenswijsheid aller tijden: shit happens”. *De Morgen*, [online] 5 juni. <[http://www.demorgen.be/dmselect/-mensen-vergeten-soms-de-grootste-levenswijsheid-aller-tijden-shit-happens-a2335372/?utm\\_source=demorgen&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=newsletter&utm\\_content=daily](http://www.demorgen.be/dmselect/-mensen-vergeten-soms-de-grootste-levenswijsheid-aller-tijden-shit-happens-a2335372/?utm_source=demorgen&utm_medium=email&utm_campaign=newsletter&utm_content=daily)> [Geraadpleegd op 5 juni 2015].

Stassijns, J. (2015). Studentes ontfermen zich over dakloze. *Gazet van Antwerpen*, [online] 28 mei. <[http://www.gva.be/cnt/dmf20150527\\_01701416/studentes-ontfermen-zich-over-dakloze](http://www.gva.be/cnt/dmf20150527_01701416/studentes-ontfermen-zich-over-dakloze)> [Geraadpleegd op 30 mei 2015].

Vandamme, F. (2015). ‘Sensory Overload’: AP-studenten zetten autisme in de kijker. In: *Den Triangel*, [online] 24 maart. <<http://dentriangel.be/?p=5560>> [Geraadpleegd op 6 mei 2015].

Vandekerckhove, S. (2015). "Geef psychiatrische patiënten partydrugs." *De Morgen*, [online] <[http://www.demorgen.be/wetenschap/-geef-psychiatrische-patienten-partydrugs-a2193549/?utm\\_source=demorgen&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=newsletter&utm\\_content=daily](http://www.demorgen.be/wetenschap/-geef-psychiatrische-patienten-partydrugs-a2193549/?utm_source=demorgen&utm_medium=email&utm_campaign=newsletter&utm_content=daily)> [Geraadpleegd op 12 juli 2015].

Vanheule, S. (2014). *Het einde in zicht? Over diagnostiek met de DSM*. Psychoanalysis.be, [online] 20 april. <<http://stijnvanheule.psychoanalysis.be/2014/04/20/438/>> [Geraadpleegd op 23/05/2015].

Van Puymbroek, R. (2015). Mirre: "Ik durfde de straat weer over." *De Morgen*, [online] 20 maart. <<http://www.demorgen.be/wetenschap/mirre-ik-durfde-de-sstraat-weer-over-a2259217/>> [Geraadpleegd op 21 maart 2015].

Van Puymbroek (2015). Mirre (18): "Er is zo weinig begrip." *De Morgen* [online] 20 maart. <<http://www.demorgen.be/lifestyle/mirre-18-er-is-zo-weinig-begrip-a2259122/>> [Geraadpleegd op 22 maart 2015].

Vlogaert, H. (2014). Hoe de psycholoog zich van ons meester maakt. *De Morgen*, [online] 29 september. <<http://www.demorgen.be/cultuur/hoe-de-psycholoog-zich-van-ons-meester-maakt-a2070244/>> [Geraadpleegd op 30 september 2014].

Vlogaert, H. (2015). Is gezond eten de eetstoornis van deze tijd? *De Morgen*, [online] 31 mei 2015. <<http://www.demorgen.be/wetenschap/is-gezond-eten-de-eetstoornis-van-deze-tijd-a2271401/>> [Geraadpleegd op 20 mei 2015].

VRT (2010). 25 verdachten voor brutaal pesten op het werk. *Deredactie.be*, [online] 18 november. <<http://deredactie.be/cm/vrtnieuws/binnenland/1.907881>> [Geraadpleegd op 2 juli 2015].

VRT Taalnet (2001). Aan alle mongolen van de VRT. *VRT Taalnet*, [online] 17 mei. <[http://www.vrt.be/taal/aan-alle-mongolen-van-de-vrt?HKEY=A14D73C400656CBECEAED42EBA19AA0B&utm\\_source=Selligent&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=140916+-+Taalmail+543&utm\\_content=140916+-+Taalmail+543&utm\\_term=434](http://www.vrt.be/taal/aan-alle-mongolen-van-de-vrt?HKEY=A14D73C400656CBECEAED42EBA19AA0B&utm_source=Selligent&utm_medium=email&utm_campaign=140916+-+Taalmail+543&utm_content=140916+-+Taalmail+543&utm_term=434)> [Geraadpleegd op 13 december 2014].

## **Mondelinge bronnen**

Emma (2015). *Gesprek 1*. Geïnterviewd door Sven De Boeck, 22 januari, zie digitale bijlagen p. 1-12.

Emma (2015). *Gesprek 2*. Geïnterviewd door Sven De Boeck, 16 februari, zie digitale bijlagen p. 13-31.

Emma (2015). *Gesprek 3*. Geïnterviewd door Sven De Boeck, 26 april, zie digitale bijlagen p. 32-41.

## **Emails**

Laura, (2015). *Vragen thesis*. [email] Bericht aan De Boeck, S. (sven\_deboeck@hotmail.com). Verstuurd op 27 april 2015: 14:14. [Geraadpleegd op 27 april 2015]. Zie bijlagen p. 140.

Nussbaum, M., martha\_nussbaum@law.uchicago.edu (2015). *Question: Capabilities approach versus UDHR*. [email] Bericht aan De Boeck, S. (sven\_deboeck@hotmail.com). Verstuurd op 14 januari 2015: 20:25. [Geraadpleegd op 14 januari 2015]. Zie bijlagen p. 148.

Verstrepen, I., iris.verstrepen@sovilvoorde.be (2015). *Krokusrapport*. [email] Bericht aan Schoolteam Oase (schoolteam.oase@sovilvoorde.be). Verstuurd op 16 januari: 11:41. [Geraadpleegd op 16 januari 2015]. Zie bijlagen p. 139.



## **Bijlagen**

### **Bijlage 1**

Verstrepen, I., iris.verstrepen@sovilvoorde.be (2015). *Krokusrapport*. [email] Bericht aan Schoolteam Oase (schoolteam.oase@sovilvoorde.be). Verstuurd op 16 januari: 11:41. [Geraadpleegd op 16 januari 2015].

### **Bijlage 2**

Laura, (2015). *Vragen thesis*. [email] Bericht aan De Boeck, S. (sven\_deboeck@hotmail.com). Verstuurd op 27 april 2015: 14:14. [Geraadpleegd op 27 april 2015].

### **Bijlage 3**

De Boeck, S. (2014). *Alle gekheid op een stokje. De psychiatrie in Yunnan*. (niet gepubliceerd) Brussel, 7 p.



### **Bijlage 4**

Nussbaum, M., martha\_nussbaum@law.uchicago.edu (2015). *Question: Capabilities approach versus UDHR*. [email] Bericht aan De Boeck, S. (sven\_deboeck@hotmail.com). Verstuurd op 14 januari 2015: 20:25. [Geraadpleegd op 14 januari 2015]).

## Krokustrapport - let op: oude niet gebruiken: dit is een aangepaste versie

Postvak IN x

 **Iris Verstrepen** <iris.verstrepen@soviivoorde.be>  
aan schoolteam.asee 

 16 jan. 



Collega's,  
In bijlagen alle documenten nodig voor het krokustrapport 2015.

Richtlijnen cfr. vorige rapporten: zie onder.

Bijzondere leermeesters, LBV, LO, gegevens wik,... --> bezorgen TEN LAATSTE 30/01/2015 aan de klasleerkracht via mail in een word-document klaar om enkel geknipt en geplakt te worden door de klasleerkracht (hoe? zie onder)!

Bijzondere leermeesters die een eigen wiskundegroep of taalgroep hebben, bezorgen het ingevuld rapportblad voor dat vak aan de klasleerkracht van de leerlingen.

### !!! NIEUW !!!

LEREN LEREN: zoals jullie zien werd de nieuwe versie van Leren leren ingevoegd. Bij het herfstrapport 2014 kregen jullie deze later bezorgd en was het nog niet verplicht deze te gebruiken. Nu is het de bedoeling dat iedereen deze gebruikt. Aangezien jullie de slagzinnen waar jullie niet aan werken wissen, heb ik geen aanpassing qua tabel gedaan. (Hij loopt nu over 2 bladzijden en schuift over de kopstekst, maar dat lost zich vanzelf op wanneer je lijnen wegdooit.)

Op de PV van november 2014 vroegen jullie een paar aanpassingen aan het rapport. Deze werden verwerkt in deze versie.

#### Evaluatie vd rapporten op pv 18/11/2014

- Zorg steeds voor de correcte naam (opletten met knippen en plakken).
- Zorgen voor duidelijk onderscheid bij MV (leerstof klaskr. en leerstof meester Jef)
- Sommige lkr. geven tips (heel positief).
- Sommige lkr. noteren een aandachtspunt om aan te werken.

- **Opletten dat je geen negatieve commentaar geeft op een gedrag/werkhouding/resultaat van een lln. dat een gevolg is van zijn/haar specifiek probleem/diagnose, positief blijven verwoorden. Problematiek in kaart brengen.**
- Opletten voor schrijffouten en grammaticale fouten.
- Houden aan bestaande afspraak i.v.m. lettertype en grootte.
- Geen afkortingen gebruiken, veel ouders begrijpen deze niet.
- Niet alleen thema's noteren bij WOV/MV maar ook lesinhouden (denk aan de vaardigheden).

Van: ██████████  
 Onderwerp: **Antw.: Vragen thesis**  
 Datum: 27 april 2015 14:14:23 GMT+02:00  
 Aan: Sven De Boeck  
 2 bijlagen, 149 KB [Bewaar](#) [Geef snel weer](#)

Dag Sven,

Ik probeer al zo volledig mogelijk te antwoorden maar we kunnen er uiteraard later (na je Afrikaans avontuur) op terugkomen natuurlijk.

1) Ja de bedoeling was inderdaad een diagnose want we wisten vooraf dat het testen waren in het kader van ASS. Ik (en ook ████████ hadden reeds lang daarvoor een stil vermoeden en hebben dat ook af en toe subtiel aangebracht aan de psychologen waar ████████ al die jaren daarvoor al gepasseerd was. Vaak werd dit weggelachen en niet 'au serieux' genomen want inderdaad ████████ had al die jaren heel goed kunnen camoufleren, compenseren, en zo hard haar best blijven doen om 'gewoon' te functioneren. Hebben trouwens ook ondervonden dat je hierbij als moeder en familie heel voorzichtig moet zijn want je komt al gauw over als 'de overbezorgde moeder' die dingen ziet die er niet zijn, enz... Nochtans is het de enige manier om verder te geraken, zelf blijven aandringen, zoeken, deuren openbreken, .... Is trouwens een van de redenen waardoor zij op zo'n late leeftijd de diagnose gekregen heeft. Uiteindelijk is er dan toch een psychologe geweest (██████ was toen net nog geen achttien) die na een aantal sessies (ook met het ganse gezin) uit zichzelf en zonder indicaties van onzentege op dat vlak, doorverwezen heeft naar psychiater verbonden aan UZ Jette om de ASS testen te doen. In bijlage vind je een kopie van het verslag van psychodiagnostisch onderzoek van het UZ. De eerste keer dat ik dit las ben ik toch wel een paar dagen over mijn toeren geweest hoor. Intussen ken ik het bijna van buiten 😊

2) Als ik mij goed herinner zijn de gesprekken en testen in het UZ begonnen ergens in april, een aantal gesprekken, daarna denk ik 3 X 1 dag testen in het UZ (mei-juni) + ook een aantal taken/testen welke zij thuis moest afwerken. De uiteindelijke diagnose hebben we dan eind juli gekregen. Al bij al vonden wij dat dit allemaal tamelijk vlot op mekaar volgde en goed werd opgevolgd. We hadden immers vroeger al veel langere wachttijden meegemaakt in onze zoektocht naar gepaste ondersteuning.

3) Hoe voelden wij ons in die periode? Wel eigenlijk al voor een stuk opgelucht, alleen al omwille van het feit dat we eindelijk het gevoel hadden dat er een paar serieuze stappen werden gezet en we misschien op weg waren naar een hopelijk betere ondersteuning. Uiteraard ook wel onzeker en afwachtend: misschien is het allemaal nog niet zo erg of stel dat er iets helemaal anders uit de bus zou komen.... Ook de bezorgdheid van 'hoe gaat ████████ dat opnemen/reageren/verwerken/plaatsen als de diagnose bevestigd wordt?' Wij merkten toen dat het voor ████████ ook al een hele opluchting was dat ze het gevoel had dat haar klachten/probleem dit keer echt ernstig werden genomen en verder onderzocht werden.

4) Hierbij zou ik inderdaad wel een paar bladzijden commentaar kunnen schrijven maar zal mij proberen te beperken tot wat ik en wij als familie hierbij hebben ervaren en nog steeds ervaren. Klopt dat de diagnostische uitspraak voor een stuk een geruststellende mededeling is: 'het kind heeft eindelijk een naam'. Maar toch blijft het voor een stuk ook confronterend want het is dan eindelijk bevestigd en ergens blij je denk ik als ouder toch altijd nog een klein beetje hopen dat het misschien allemaal niet zo erg zal zijn, dat het misschien toch iets anders is dat 'beter' te hanteren/behandelen is, enz... Dus echt wel een dubbel gevoel hoor en ook de bezorgdheid naar je kind toe: hoe gaat zij hier nu mee omgaan en wat gaat dit nog allemaal bij haar teweegbrengen, ....? Gaan we meer gepaste ondersteuning vinden? Waar, wanneer, hoe?

Je blijft ook als ouder met veel vragen en onzekerheden zitten. Grote bezorgdheid ook omtrent je kind haar toekomstperspectieven. Vragen ook zoals 'Waarom niet veel eerder meer druk achter gezet voor diagnose zodat we veel eerder op jongere leeftijd gericht hadden kunnen op zoek gaan naar de gepaste ondersteuning.'

Je voelt je ook een stuk schuldig omdat je al die jaren door onwetendheid heel vaak geprobeerd hebt om ████████ mee te trekken, te motiveren, bijna te verplichten, enz... tot dingen waartoe zij eigenlijk niet in staat is. Je weet nu ook dat je vaak niet op de gepaste manier gereageerd hebt of de dingen vaak verkeerd hebt begrepen op aangepakt. Er is dus enerzijds wel een stuk schuldgevoel hierover maar anderzijds weten we hierdoor nu wel veel meer en kunnen we 'anders' met ████████ omgaan. Geeft haar en ook onszelf voor een stuk meer rust.

Voorlopig nog 1 ding dat ik hierbij toch ook nog wil aanhalen is de reactie en vaak onaangename commentaar of vragen van de omgeving (zowel de jaren voor de diagnose als nu nog steeds). Het staat inderdaad niet op je voorhoofd geschreven en zeker niet bij ████████. Ik heb hier echt moeten leren mee omgaan en had vroeger vaak het gevoel tot verantwoording, uitleg, verklaring, verduidelijking .... Maar zoals ████████ vaak zegt meestal is het uit onwetendheid, nieuwsgierigheid, ongelooft... en vaak goed bedoeld. Ik heb met al die jaren dan ook geleerd om daar mee om te gaan en daar gepast op te reageren en praat hier alleen nog echt over met mensen waarbij je voelt dat zij oprecht interesse tonen en willen luisteren (zelfs vaak willen helpen waar kan). Het kan ook zo'n deugd doen om eens te praten met ervaringsdeskundigen en met mensen die 'dezelfde taal' spreken.

## Alle gekheid op een stokje: de psychiatrie in Yunnan

Met zijn vier uur durende werk *Til madness do us part* (2013) geeft de gevierde Chinese documentairemaker Wang Bing (47) de kijker een beklijvende inkijk in een psychiatrisch centrum in Yunnan, Zuid-China. De provincie, die grenst aan Laos, Vietnam en Myanmar, behoort tot een van de armste regio's in China en dat wordt snel duidelijk wanneer het eerste beeld opduikt. Nog voor ik mij een zithouding weet aan te nemen, word ik stante pede vanuit mijn comfortabele cinemazetje naar een kale kamer gekatapulteerd. Plots sta ik voyeuristisch toe te kijken hoe twee patiënten grappen en grollen onder het laken van hun gedeelde eenpersoonsbed. De vrees voor fysieke ongemakken tijdens deze lange bioscooprit maakt prompt plaats voor een heel ander gevoel van rusteloosheid: de confrontatie met het scherm.



Al snel richt Wang Bing de aandacht op de volledige kamer waar het duo het grootste deel van zijn tijd slijt. We zien een bed of vier, maar stellen tegelijkertijd vast dat er meer mensen dan bedden zijn. Dat moet het zowat zijn wat betreft de aankleding van de ruimte – afgezien van ieders plastieken waskuip, gevuld met persoonlijke spullen zoals een handdoek, wat versnaperingen en in het beste geval ook kleren. Buiten wat voor zich uit te staren, elkaar te plagen, of te proberen slapen, lijken de patiënten niet echt iets te doen. Het lijkt alsof ze van hogerhand de belofte hebben gekregen in leven te kunnen blijven op voorwaarde dat ze de tijd weten te doden. Voor vertier is er geen ruimte. Voor basisbehoeften evenmin. Een

patiënt zet zich recht op bed, trekt zijn kleren uit, gaat op zijn kussen staan en plast onder het toeziend oog van zijn kamergenoten in zijn waskuip. Manneken Pis in de psychiatrie.

Hiermee is de toon van de documentaire gezet. Vast staat dat er nog heel wat hartverscheurende beelden op het scherm zullen verschijnen. "Ik was niet ziek toen ik hierheen kwam. Ik ben dat pas nadien geworden", klinkt het bij een moedeloze patiënt. De aftiteling leert ons dat hij waarschijnlijk gelijk heeft. Het centrum is namelijk niet alleen een bestemming voor geesteszieken. Ook alcoholverslaafden, dieven, voor moord veroordeelden en dissidenten worden er op een hoopje gegooid. "Wat heb ik gedaan om me zo in de nesten te werken?", gaat de relatief jong ogende man verder, waarna hij zijn t-shirt uittrekt en enkele rondjes in het gebouw begint te lopen. Wang Bing – camera in de hand – holt hem achterna en geeft ons een inkijk in het vier verdiepingen tellende, rechthoekige gebouw. Middenin zien we een open vlakke – jawel: zonlicht! Van het panopticum dat door Jeremy Bentham en Michel Foucault zo mooi beschreven wordt, is hier geen sprake. Bewaking? Controle? De tralies perken dan wel de bewegingsvrijheid van de patiënten volledig in, toch lijken met het oog waarneembare structuren die macht in de hand werken verder onbestaande. Niet dat dit resulteert in een humaan zorgbeleid met aandacht voor elk. Integendeel, de patiënten – ik vergiste me even door ze eerst gevangenen te willen noemen – worden volledig aan hun lot overgelaten. Het enige groepsevenement dat me bijblijft uit de 224 minuten durende film, is de uitzending van de nieuwjaarsshow op de Chinese staatszender CCTV. Een door het zorgpersoneel georganiseerde recreatieve activiteit kan dit echter niet genoemd worden.



Wat de patiënten wel nog enige vorm van structuur geeft, is de rinkelende medicatiebel. Dit disciplineringsmechanisme leidt tot een chaotisch

samenkomen in de gang van het gebouw, waar de medische staf ieders artsenuij overhandigt en erop toeziet dat de medicijnen wel degelijk ingeslikt worden. Nadien kan men weer overgaan tot de orde van de dag. Ik zie een man zijn instant noedelsoepje opwarmen en nadien smakelijk opslurpen. Later in de film zal nog blijken dat er wel degelijk maaltijden zijn voorzien, maar los daarvan is het ieder voor zich. De patiënten moeten, op bedlakens na, alles zelf voorzien, tot tandenborstels toe. Een flesje water kost twee yuan, oftewel 25 eurocent. Sommigen mogen van geluk spreken wanneer familie op bezoek komt met een pakketje kleren, fruit, of... sigaretten. Want gerookt wordt er. Ik kijk gefascineerd toe hoe een man, naakt onder de lakens, erg behendig twee sigaretten tegelijk oprookt voor het slapengaan. De peuken zoals we ze doorgaans zien liggen op de stoep naast het plaatselijke bushok, worden door de patiënt vakkundig aangestoken en tot over de tabaksgrens opgerookt – filter inclusief. Intussen gaat zijn kamergenoot uit de kleren, snelt enkele meters verder naar buiten en doet lukraak zijn plasbehoefte. Het verbaast niet waarom de kleren, lakens en muren soms doen denken aan het abstract expressionisme van actionpainter Franz Kline.



Wie er – gezien de omstandigheden – wél keurig bijloopt, is Meng Youlian. In vergelijking met de meerderheid van zijn lotgenoten zit Youlian met zijn twee jaar nog niet zo 'lang' opgesloten in het centrum. Van de bezoeken van zijn aimabele vrouw kunnen velen alleen maar dromen, maar toch is Youlian erg gefrustreerd. Het liefst van al wil hij naar huis. Dat hij daar nog niet klaar voor is, wordt hem meerdere malen door zijn vrouw ingefluisterd, maar dat zal Youlian worst wezen. De verse lakens, propere kleren en een dozijn mandarijntjes interesseren hem niet. Hoe zijn zoon het op school stelt evenmin. Ook de nieuwjaarsboodschappen die vrouwlief voorleest, lijken hem koud te laten... Dan maar een liedje. "Zet dat af!" Youlian heeft er helemaal geen zin in en smeekt herhaaldelijk

om stilte. Zijn immens geduldige vrouw houdt vol en pakt haar spullen rustig in. "Wat wil je volgende keer?", vraagt ze? "Naar huis gaan!", schreeuwt Youlian, die even de controle over zichzelf verliest en zijn vrouw een mep verkoopt. Er volgt een stilte en ik krijg een krop in de keel. "Als ik niet mee naar huis kan, rot dan allemaal op. Ga weg!" Youlians vrouw blijft er stoïcijns bij. Ze wijst hem op zijn agressieve gedrag en maakt duidelijk dat hij nog niet klaar is om naar huis te gaan. Youlians vrouw kent haar man door en door en herstelt de stilte. Ze wacht geduldig af en krijgt hem uiteindelijk toch onder controle. Youlians apathische voor zich uit staren maakt al gauw plaats voor een beschamende blik richting zoon. De conversatie kan beginnen en Youlian zal uiteindelijk zelfs mandarijntjes uitdelen aan andere patiënten.



Wang Bing blijft de kijker boeien door een diepgaande inkijk te geven in de verschillende personages. Lange scènes die inzoomen op patiënten als Youlian worden afgewisseld met meer algemene beelden van het leven in de psychiatrie. Zo zie ik nog hoe de patiënten toch even de buitenkoer betreden tijdens etenstijd. Eten dat ze overigens in hun typisch Chinese hurkzit tot zich nemen, tafels en stoelen zijn er niet. Wanneer de avond valt en enkele patiënten kort voor het slapengaan nog een luchtje scheppen in de gang, komt een lotgenoot naakt uit de kamer gelopen om zich te wassen aan het kraantje waar ze allen bijstaan. De documentaire is dan wel al een poosje aan de gang, gewenning wordt het nooit. Net wanneer mijn billen het na enkele uren stilzitten te verduren krijgen, doet er zich op het scherm iets voor dat mij gebiedt mezelf tot de orde te fluisteren. Yin Tianxing, sinds een maand in het centrum, slaapt met handboeien maar wordt wakker van de pijn. Hij springt uit bed en gaat op zoek naar het zorgpersoneel. "Ik kan niet meer, trek ze uit alstublieft." De man die hij bijna huilend smeekt om de metalen boeien te verwijderen, is echter niet gehaast om zich naar het gelijkvloers te begeven om de sleutel

te gaan zoeken. "Straks, ga eerst nog wat slapen." Na herhaaldelijke smeekbedes wordt Tianxing wandelen gestuurd. Terwijl hij al slapend de pijn probeert te verbijten, krijgt Chen Zhuanyuan een crisis. "Waarom hebben jullie me hierheen gebracht? Dit is verschrikkelijk! Haal me hier vandaan!" Het hele gebouw heeft het geweten. "Ik b n niet gek!" Een oudere patiënt heeft genoeg van het lawaai en wijst Zhuanyuan terecht. "Kop op! Iedereen doet dit in het begin, maar wij hielden tenminste niet."



Daags nadien is Zhuanyuans dochter op bezoek. Ze wil weten hoe haar vader het stelt en of de kamergenoten meevallen. Zhuanyuan is ondertussen gekalmeerd en stelt zijn dochter gerust: iedereen kan het met elkaar vinden. Zijn kamergenoten geven haar vervolgens enkele tips mee. "Koop hem sigaretten, dat helpt de tijd te doden." Zhuanyuan is echter gestopt met roken en drukt zijn dochter op het hart dat hij het zonder sigaretten ook wel zal overleven. Veel liever wil hij dat ze snel weer naar huis keert om moeder te helpen. Zhuanyuans dochter, van haar kant, wil dan weer dat haar vader zich voldoende wast en regelmatig propere kleren aantrekt. Beide zijn enorm emotioneel. De andere patiënten staan erbij en kijken ernaar. Voor een van hen wordt het ook moeilijk. De jonge patiënt smeekt Zhuanyuans dochter om met haar gsm naar zijn vader te mogen bellen. Die had hem immers weken geleden beloofd hem weldra te bezoeken. Tot op heden bleken het slechts woorden. Het wordt nog schrijnender wanneer vader zijn zoon afwimpelt. "Ik zal wel eens langskomen" verzekert hij aan de telefoon. De jongeman voelt meteen dat hij geen bezoek meer hoeft te verwachten. Voor Zhu Xiaoyan ziet de toekomst er iets rooskleuriger uit. Na 11 jaar opsluiting mag hij terug naar de openbare wereld. Zijn vrouw komt hem ophalen en vertelt hoe ze geen cent van de overheid gekregen hebben. Xiaoyan blijft er allemaal erg rustig bij. Ook wanneer de deur van het centrum opent en hij plots op straat staat. Voor de eerste en enige maal verlaten we de



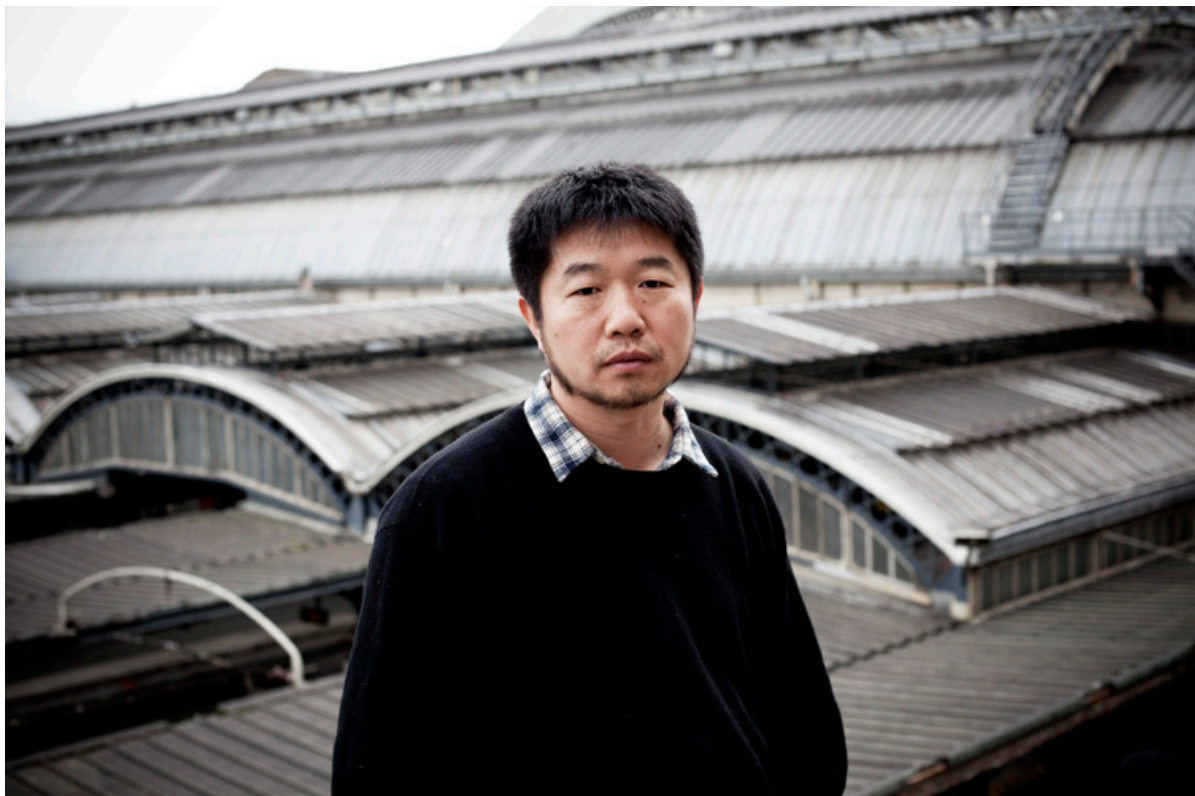
instelling. We zien Xiaoyan langzaam naar huis stappen. Eens aangekomen lijkt het alsof er niets gebeurd is. Xiaoyan zet de tv aan en gaat zitten. "Is het daar zo erg?", onderbreekt zijn vrouw na verloop van tijd de stilte? "Ja." Meer krijgt ze niet uit de mond van haar man. Hoe het verder verloopt, krijgen we niet te zien.

Terug naar het centrum. Wanneer de nacht valt, proberen de patiënten hun zorgen in te ruilen voor een goede nachtrust. Dat op zich lijkt al heel wat, gezien de primitieve omstandigheden waarin deze inwoners van Yunnan in de instelling leven. Bovendien zijn ze ook op hun kamer- of bedgenoten aangewezen. Niet iedereen is immers even happig om op dezelfde tijdstippen in bed te kruipen. Zo zien we een patiënt, die het bed met iemand anders deelt en vredig lijkt te slapen, plots zijn kleren uitdoen. Hij ziet er wat verward uit en begeeft zich naar de gang buiten. Afgaand op de stilte en het ontbreken van mensen, moet het wel diep in de nacht zijn. Na wat heen-en-weergeloopt vult de man zijn waskuip aan het kraantje. Zonder twijfelen giet hij de volle kuip water leeg over zijn hoofd. Vooraleer hij terugkeert naar zijn kamer, doet hij hetzelfde nog eens over. Terwijl een viertal andere mensen liggen te slapen, kruipt hij weer halfnat bij zijn bedgenoot. De patiënt lijkt echter een van zijn kamergenoten geprikkeld te hebben, want een andere man gaat prompt rechtstaan op het bed en begint met zijn schoen op de muur te slaan. "Sterf, sterf, sterf", weerklinkt het onophoudelijk. Hoewel hij het duidelijk op de muggen heeft gemunt, is iedereen in de kamer plots slachtoffer van zijn uitbundige gedrag. Hilariteit alom, maar weg slaap.



Dan maar wat zingen, moet de patiënt die nog aan het opdrogen is gedacht hebben. Het vers, dat meerdere malen wordt herhaald, klinkt buitengewoon positief. "De wereld is van onmetelijke schoonheid", eindigt het falsetto. Opnieuw een kippenvelmoment. Hoe kan iemand die in dergelijke erbarmelijke, mensonterende omstandigheden leeft, met volle overgave poëzie brengen waarvan de inhoud haaks op zijn bestaan lijkt te

staan, vraag ik me stilzwijgend af. Het typeert overigens niet alleen deze man, maar bij uitbreiding alle patiënten. Want wat na 224 minuten opvalt, is dat er naast de niet te onderschatten ellende ook heel wat liefde heerst in het centrum. Afgezien van de handelingen en daden van de patiënten die ik hier beschrijf, moedigen de mensen elkaar ook aan. Ze grappen er wel eens op los, helpen elkaar, delen, enzovoort. Ze zijn erg close. Dat kan ook moeilijk anders, wanneer je samen een bed deelt. Kortom, dit is écht. Wang Bing is er niet alleen in geslaagd om tot in de kern van dit psychiatrisch centrum binnen te dringen, hij gaat zelfs verder en brengt ons in en bij het hart van de patiënten – wat zeg ik, mensen. Deze documentaire toont niet alleen een hoop miserie, armoede en onrecht, maar ook het ware gelaat van, inderdaad, mensen. Mensen zoals u en ik.



Sven De Boeck  
10/11/2014

Van: Martha Nussbaum <martha\_nussbaum@law.uchicago.edu>  
Onderwerp: **Antw.: Question: Capabilities approach versus UDHR**  
Datum: 14 januari 2015 20:25:01 GMT+01:00  
Aan: Sven De Boeck

---

Unfortunately I do not have an electronic copy, so you will have to try to borrow it from another library. But I have written more recent things on capabilities and rights, as you will see from the bibliography in my book *Creating Capabilities*. Anyway, it is not accurate to say that the CA is an alternative to the Universal Declaration, since the idea of capabilities is conceptually distinct from the idea of rights. MN

On 1/14/15 12:33 PM, Sven De Boeck wrote:

Dear Ms. Nussbaum

As a Belgian philosophy student, I am currently working around your capabilities approach.

However, I would like to know what you think of the Universal Declaration of Human Rights, given the fact that the capabilities approach is an alternative on the UDHR.

I found out there is a book chapter published, entitled *Capabilities, Human Rights, and the Universal Declaration*, but my university database doesn't give me access to it.

Therefore, I'd like to ask whether it is possible to send me the chapter or not, or give me any other information that may help me solve my issue.

Thanks in advance

Kind regards

Sven De Boeck  
Free University of Brussels (VUB)