

Verhaeghe, P. (2013). Medicalisering van psychosociale problemen: een verdoken vorm van disciplineren. In: Devisch, I. Ziek van gezondheid. Voor elk probleem een pil? Antwerpen, De Bezige Bij, pp. 27 - 51.

**Medicalisering van psychosociale problemen:
een verdoken vorm van disciplineren.
Paul Verhaeghe**

‘Mental health is produced socially: the presence or absence of mental health is above all a social indicator and therefore requires social, as well as individual solutions.’
WHO, 2009.¹

Christine Van Broeckhoven is een wereldautoriteit op vlak van onderzoek naar dementie. Naar aanleiding van haar zoveelste wetenschappelijke prijs werd ze in de lente van 2012 geïnterviewd, en tijdens dat gesprek verwijst ze naar het feit dat ze zwaar depressief geweest is (De Standaard, 12 mei 2012). Op de vraag of ze antidepressiva genomen heeft, antwoordde ze: ‘Ik heb dat geweigerd. Omdat ik ook weet dat zulke pillen niet echt werken. [...] Ik had een zware depressie, inclusief zelfmoordneigingen, en ik ben zeker dat ik er niet sneller bovenop zou zijn geraakt met medicatie.’ De reactie van de journalist – ‘Dat is een sterke uitspraak’ – getuigt van zijn verrassing, en dus van het feit dat hij niet op de hoogte is van wat Van Broeckhoven, als topwetenschapster, duidelijk wel weet. Antidepressiva werken nauwelijks, en voor zover ze al een positief resultaat hebben, valt dat grotendeels toe te schrijven aan het placebo-effect.

Dit gebrek aan kennis zouden we nog als toevallig kunnen beschouwen – misschien is de interviewer eerder in andere takken van de wetenschap geïnteresseerd? – ware het niet dat hetzelfde geldt voor de overgrote meerderheid van de artsen en hun patiënten. Hoe kunnen we anders de nog altijd stijgende cijfers verklaren van het aantal voorschriften voor antidepressiva, zowel in Nederland als bij ons? Voor alle duidelijkheid: Van Broeckhoven heeft gelijk. Onderzoek gebaseerd op de resultaten die de farmaceutische firma's zelf hadden ingediend bij de Amerikaanse *Food en Drug Administration* toont dat het verschil tussen antidepressiva en een placebo statistisch minder dan 10 procent is en klinisch grotendeels verwaarloosbaar – ik kom daar later in deze tekst op terug. De vraag is waarom deze vaststelling – die door tien groepen onafhankelijke beoordelaars bevestigd werd – geen aanleiding geeft tot een radicale ommekeer in de behandeling van depressie. Het antwoord daarop vormt het eerste deel van dit artikel, waarna ik een tweede probleem aankaart, met name de hedendaagse verglijding van behandeling naar disciplineren.

Cognitieve dissonantie en de kracht van een paradigma of discours

In deze tijden van ‘evidence based medicine’, ‘best practices’ en ‘guidelines’, telkens gebaseerd op empirisch onderzoek, is dit inderdaad een verrassende vaststelling: er gaapt een kloof tussen wat wetenschappelijk aangetoond is (in voorliggend geval: antidepressiva werken nauwelijks) en de heersende overtuigingen bij artsen en

¹ Eigen vertaling: ‘Mentale gezondheid wordt sociaal geproduceerd: de aan- of afwezigheid van mentale gezondheid is bovenal een sociale indicator en vooronderstelt daarom zowel sociale als individuele oplossingen.’

patiënten ('Mijn arts heeft mij gezegd dat ik die pillen waarschijnlijk voor de rest van mijn leven zal moeten nemen'). Nog ruimer geformuleerd: waarom hebben wij zoveel medicalisering van moeilijkheden – ik vermijd bewust termen zoals ziekte en stoornis – waarbij de werking van frequent voorgeschreven medicijnen hetzij zeer twijfelachtig is (zoals bij depressie), hetzij zeer aspecifiek?² Anders gezegd, vanwaar komt de hedendaagse overtuiging, zowel bij medici als bij leken, dat de overgrote meerderheid van psychologische problemen niets anders zijn dan neurobiologische stoornissen (terwijl er ook daarvoor nauwelijks wetenschappelijke evidentie is) die bijgevolg het best farmacologisch behandeld kunnen worden?

De kloof tussen kennis en overtuiging en de daaruit voortvloeiende praktijk wil ik in drie stappen bespreken, waarbij ik een beweging zal maken van een meer beperkte naar een meer uitvoerige verklaring. De eerste stap betreft een psychologisch mechanisme dat tegenwoordig bekend staat als 'cognitieve dissonantie'. Dit verklaart waarom wij bepaalde kennis weigeren op te nemen, en – bij uitbreiding – andere overtuigingen quasi kritiekloos slikken. De tweede stap betreft een sociaalpsychologische lezing van de manier waarop wetenschappelijke overtuigingen functioneren, zoals uitgewerkt door Thomas Kuhn (1970) met zijn idee van paradigma. Ten slotte plaats ik dit in de derde stap ruimer historisch en antropologisch, aan de hand van de discours-theorie van Michel Foucault (2004). Wat zijn de heersende ideologische opvattingen, en hoe wordt de bijbehorende macht uitgeoefend? Foucault brengt mij bij het tweede onderwerp van deze tekst, de hedendaagse verglijding van psychosociale hulpverlening naar medische behandeling en uiteindelijk naar disciplineren.

Deze volgorde in mijn tekst – eerst aantonen wat de grond van de medicalisering is, en daarna ingaan op het moreel beladen karakter van de behandelingen – vind ik noodzakelijk, omdat ik hoop daarmee een aantal lezers te doen stilstaan bij hun overtuigingen inzake de huidige gezondheidszorg. Ik vrees evenwel dat mijn hoop grotendeels een illusie is – wie dit boek leest, zal dat doen omdat hij of zij reeds een bepaalde overtuiging heeft ('Pillen werken niet altijd, en worden veel te vaak voorgeschreven'). Afgaande op het aantal voorschriften voor medicijnen en de gehanteerde richtlijnen koestert een meerderheid vandaag de dag een tegenovergestelde opvatting ('Gelukkig hebben we nu efficiënte medicijnen voor ziektes zoals depressie en ADHD.'). Precies op grond van die overtuiging zullen zij dit boek nooit ter hand nemen. Daarmee ben ik meteen aanbeland bij een bepaald psychologisch mechanisme, de zogenaamde cognitieve dissonantie.

Dit mechanisme is voor iedereen vrij herkenbaar: wij ordenen onze opvattingen zo coherent en zo consistent mogelijk, waardoor we een voorspelbaar en bijgevolg veilig wereldbeeld kunnen behouden. Als gevolg daarvan merken we onmiddellijk elke vorm van informatie op die bijdraagt tot ons consistent zelf- en wereldbeeld ('Zie je wel!'), en – nog veel belangrijker – vermijden we informatie die het omgekeerde effect zou kunnen hebben. Worden we toch geconfronteerd met tegenstrijdige informatie, dan proberen we die tegenstrijdigheid weg te redeneren, of toch minstens te minimaliseren, ten einde onze overtuiging te kunnen behouden. Even een literaire illustratie. Een van de hoofdfiguren uit Irvin Yalom's boek *Het*

² Een voorbeeld van dat laatste betreft het gebruik van neuroleptica bij kinderen met een zogenaamde gedragsstoornis. Onder invloed van deze medicijnen vertonen deze kinderen inderdaad veel minder gedragsproblemen (Timimi, 2011, p.96). Dat is niet zo verwonderlijk als je weet dat deze groep psychofarmaca een verlamrend effect hebben op zo ongeveer alles, dus ook op storend gedrag. Dit betekent natuurlijk niet dat ze iets aan de oorzaak veranderen. Bovendien veroorzaken zij na verloop van tijd vrij gevaarlijke neveneffecten, waardoor de behandelaar steeds moet afwegen wat de relatieve winst is van een dergelijke aanpak.

raadsel Spinoza, is de nazi Rosenberg. Als nazi is hij overtuigd van de inferioriteit van het joodse ras, een overtuiging waarvoor hij zich beroept op het verondersteld wetenschappelijk sociaaldarwinisme van zijn tijd.³ Tezelfdertijd moet hij toegeven dat de jood Spinoza, voor wie hij een bewondering koestert, geniaal is. De daaruit ontstane dissonantie probeert hij op te lossen door ontkenningen ('Spinoza was vermoedelijk geen echte jood') en rationalisaties ('Uitzonderingen bevestigen de regel').

Het voorbeeld is een uitzondering, omdat Rosenberg, ondanks zijn overtuigingen, toch Spinoza leest. In het merendeel van de gevallen slagen wij erin gevaarlijke informatie op voorhand te vermijden: we lezen enkel die kranten en die auteurs die aansluiten bij onze opvattingen, de andere schuiven we terzijde als achterhaald, verkeerd, niet-bewezen, enzovoort. We doen dat zonder daar bij stil te staan, want ondanks de benaming – *cognitieve* dissonantie – werkt dit mechanisme voornamelijk affectief.⁴ Het gaat over een buikgevoel op grond waarvan wij intuïtief beslissen of iets 'goed' of 'slecht' is (en dus niet: juist of fout). De titel van een boek, de afbeelding op een kaft, het gebruik van bepaalde woorden of de verwijzing naar een bepaalde auteur volstaat om onze blik af te wenden ('Freud? Niet wetenschappelijk.') of aan te trekken ('Breinonderzoek? Boeiend!'). Op die manier kunnen we onze overtuigingen voor waar blijven aannemen en zelfs overdag rustig verder blijven slapen.

Paradigma's beheersen ons denken

Het fenomeen van cognitieve dissonantie illustreert hoe moeilijk wij het hebben met informatie die onze heersende opvattingen en ons bijbehorend zelf- en wereldbeeld weerlegt. Het verklaart niet vanwaar dat zelf- en wereldbeeld en de dominantie ervan komen. Willen we dat begrijpen, dan kunnen we beter te rade gaan bij Thomas Kuhn en zijn paradigmatheorie (1970). Hij bestudeerde de evolutie van wetenschap, met ondermeer het volgende resultaat. Wanneer een bepaalde wetenschappelijke theorie en bijbehorende praktijk overtuigende resultaten geboekt heeft én aansluit bij de tijdsgeest, wordt dit voor zo ongeveer iedereen de 'normaalwetenschap' en meteen ook de norm. Alles wat haar tegenspreekt, wordt beschouwd hetzij als een fout van de wetenschapper, hetzij als een verwaarloosbare uitzondering. Gevolg daarvan is dat de centrale opvattingen – het paradigma – niet in vraag hoeven gesteld te worden. In zekere zin is dit de collectief-wetenschappelijke versie van cognitieve dissonantie. Pas wanneer er teveel contradicties optreden wordt die normaalwetenschap in vraag gesteld, met als gevolg een wetenschappelijke revolutie en een shift inzake paradigma – waarna alles van voor af aan kan herbeginnen.

Dat de kracht van een paradigma zeer ver gaat, mag blijken uit de geschiedenis van Ignaz Semmelweis (1818 – 1865). Als arts in Wenen werd hij

³ Het sociaaldarwinisme is een ideologische lezing van Darwin, die beweert dat sociaal-culturele vooruitgang het product is van conflict en competitie tussen groepen en dat daarom de sociaal bevoorrechte klassen (personen met geld en macht) een biologische superioriteit hebben in de strijd om het bestaan. Deze theorie werd o.a. gebruikt om de koloniaties 'wetenschappelijk' te rechtvaardigen. Een recente heropleving van dit sociaaldarwinisme berust op een ideologische lezing van Dawkins ('The Selfish Gene'), waarbij het selectie criterium niet langer de groep maar het individu is.

⁴ De aanduiding '*cognitieve* dissonantie' voor een psychologisch proces dat hoofdzakelijk affectief is, illustreert op zich al de kracht van een bepaald paradigma, in dit geval het cognitivisme binnen de hedendaagse psychologie. Ruimer bekeken is dit paradigma een eigentijdse vertaling van het accent op de ratio, de rede, met een daarbij aansluitend mensbeeld. Wie 'redeloos' is, 'déraisonable', die is gek.

getroffen door de hoge mortaliteit van vrouwen na hun bevalling in het ziekenhuis: maar liefst één op de vier stierf. Hij stelde vast dat de mortaliteit nog beduidend hoger lag wanneer artsen een vrouw tijdens de bevalling assisteerden wanneer ze bij wijze van spreken rechtstreeks van de autopsiekamer kwamen, waar ze een overleden moeder hadden onderzocht. Vandaar zijn hypothese: deze artsen brengen iets – hijzelf noemde het ‘lijkstof’ – van de overledene op de gezonde vrouw over, waardoor deze laatste eveneens ziek werd. Als voorzorgsmaatregel verplichtte Semmelweis zijn assistenten hun handen grondig schoon te schrobben, liefst met bleekwater (!). Het sterftcijfer daalde al snel onder de één procent ... en Semmelweis werd ontslagen, de man hield er een depressie aan over. Zijn aanpak kreeg geen gehoor, omdat die nu eenmaal indruiste tegen het toen heersende paradigma, dat ziektes voortkomen uit kwalijke luchten, de zogenaamde miasmatheorie. Het was nog een halve eeuw wachten tot het werk van de Franse bacterioloog Louis Pasteur voor een ander paradigma zou zorgen, met virussen en bacteriën als ziekteverwekkers.

Het paradigma dat vandaag in de medische wetenschap de overhand heeft, is gebaseerd op de grote ontdekkingen van de vorige eeuw, zoals mooi beschreven door James Le Fanu, een Britse wetenschapsjournalist (2000). Uit zijn werk blijken minstens twee dingen: de grote ontdekkingen zijn nagenoeg nooit het resultaat van doelgericht onderzoek, wel nagenoeg steeds een neveneffect bij onderzoek met een ander doel, in combinatie met een toevallige samenloop van omstandigheden. Bij wijze van anekdote: penicilline is ontdekt omdat iemand zijn afwas niet gedaan had in combinatie met gunstige weersomstandigheden voor schimmelontwikkeling. Een tweede conclusie die uit zijn overzicht blijkt, is dat de meest tot de verbeelding sprekende ontdekkingen te maken hebben met werkzame stoffen, medicijnen dus, die op korte tijd voor spectaculair resultaat zorgen. Antibiotica en ontstekingsremmers zijn daar de belangrijkste voorbeelden van.

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

In het kielzog daarvan ontstaat al snel een bepaalde misvatting, met name dat we de werkzaamheid van ongeveer alle medicijnen kennen en dat die naadloos aansluit bij onze kennis van het ziekteproces als dusdanig. Ondanks het therapeutisch succes en de toename van onze kennis hebben we, zoals Le Fanu uiteen zet, nog steeds meer vraagtekens dan antwoorden. Ook heel wat hedendaagse medische behandelingen berusten op een beredeneerde ‘trial and error’ aanpak. Dergelijke nuanceringen blijven evenwel buiten de normaalwetenschap, alhoewel de meerderheid van de praktijkvoerende artsen er zich wel van bewust is.

Die nuanceringen verdwijnen volledig wanneer we de overstap maken naar de farmaceutische industrie. Als commercieel bedrijf hebben zij maar één doel, het maken van winst, met publiciteit als voornaamste instrument. Vanzelfsprekend sluit die publiciteit doelbewust aan bij het hedendaagse paradigma, waarbij in het geval van psychofarmaca het stofjesmodel uitgedrukt wordt in termen van ‘chemical imbalances’. Daarbij wordt stevast de volgende boodschap gesuggereerd: de oorzaak van bepaalde mentale problemen – ‘stoornissen’ – hebben we ontdekt, die ligt in de hersenen. Ongemerkt ontstaat er daarbij een uiterst belangrijke

herdefiniëring, via de vage term *disorder*, stoornis. Veel van de probleemsituaties zijn psychosociaal van aard, denk maar aan mensen die onder de werkdruk bezwijken, kinderen die niet meer gehoorzamen, agressie in het verkeer. Mochten deze moeilijkheden benoemd worden als een *ziekte*, dan zouden heel wat mensen daar de nodige kritische vragen bij stellen. Via de neutrale term 'disorder' vermijdt men die kritische reactie, terwijl de invulling van 'disorder' gaandeweg steeds meer medisch wordt. Immers, de oorzaak ligt toch in het teveel of te weinig voorhanden zijn van bepaalde stofjes in ons brein? Dan kan de behandeling toch best gebeuren met een letterlijk doeltreffend medicijn dat rechtstreeks op die oorzaak inwerkt? Op tal van websites kunnen we via kleurrijke computeranimaties zien hoe die stoffen hun gezondmakende invloed uitoefenen in en op onze hersenen.

Voor leken is de overtuigingskracht van dergelijke beelden en de bijbehorende informatie enorm, ook al omdat die vandaag zo ongeveer overal voorhanden zijn, van het internet tot de reclame in bushokjes.⁵ Professionals uit de gezondheidssector worden overtuigd met de verwijzing naar een aantal empirische studies die de effectiviteit van de farmacologische behandeling aangetoond zouden hebben. Opvallend: het zijn steeds dezelfde studies waarnaar verwezen wordt, en die duidelijk een massale verspreiding gekregen hebben. Onderzoek dat vragen stelt bij die effectiviteit of die zelfs weerlegt, krijgt slechts een fractie van die aandacht. Twee bekende voorbeelden betreffen de psychofarmacologische behandeling van depressie en ADHD.

Selectieve herhaling als bewijsvoering

In 2011 publiceerde Stijn Vanheule een artikel waarin hij kritische kanttekeningen maakt over de diagnostiek en de behandeling van psychologische moeilijkheden bij kinderen, waarbij hij zich beroept op hedendaags empirisch onderzoek. Hetzelfde tijdschrift publiceerde in een daarop volgende nummer een reactie van elf (!) hoogleraren en academici die zijn opmerkingen proberen te weerleggen. Opvallend is dat ze daarbij nooit ingaan op de door Vanheule geciteerde kritische onderzoeksstudies. Dit is een perfecte weerspiegeling van het hedendaagse paradigma en van de dwingende manier waarop normaalwetenschap werkt: gegevens die haar tegenspreken, worden genegeerd, en een kritische collega wordt in groep platgewalst. ADHD is een lichamelijke aandoening waarvan de oorzaak min of meer bekend is; de 'best practice' behandeling gebeurt met medicijnen, en wie daaraan twijfelt is niet goed bezig. In ongeveer alle paradigmabevestigende artikels wordt er verwezen naar de in 1999 opgestarte 'Multimodal Treatment Study of ADHD'. Dit is een longitudinaal onderzoek waarvan de eerste resultaten inderdaad uitwezen dat een behandeling met methylphenidaat (rilatine) de beste resultaten gaf. Het is dat besluit waar voorstanders van medicatie ook vandaag nog naar blijven verwijzen.

Wat ze niet vermelden, is dat bij de vervolgmetingen van hetzelfde onderzoek heel andere resultaten uit de bus kwamen. Bijvoorbeeld dat de resultaten van de

⁵ Bij ons is reclame voor medicijnen verboden, in de VS niet. Bepaalde firma's maken daar handig gebruik van. Christopher Lane (2007) brengt het ronduit onthutsende verhaal hoe SmithKline onder de dekmantel van neppatiëntenorganisaties doelbewust het Amerikaanse publiek sensibiliseerde voor een nieuwe 'stoornis' ('Social anxiety disorder'), o.a. met posters in bushokjes. De onderliggende boodschap: 'You're not shy, you're sick' ['Je bent niet verlegen, je bent ziek'], en er bestaat daar een pil voor. Paroxetine werd onder verschillende merknamen een van hun meest winstgevendende producten.

eerste metingen methodologisch erg betwistbaar zijn. Bijvoorbeeld dat de inderdaad aanvankelijk positieve resultaten van een farmacologische behandeling niet behouden bleven, en dat de negatieve neveneffecten hoe langer hoe duidelijker werden. Zo wegen kinderen uit de medicatiegroep gemiddeld 3 kg minder en zijn ze 4 cm kleiner (MTA studie 1999, Breggin 2000, Jensen et al, 2007 – geciteerd in Timimi, 2011, pp. 91-93). Het meer recente besluit naar aanleiding van hetzelfde onderzoek laat een heel ander geluid horen: 'De studie die het vaakst geciteerd werd om te 'bewijzen' dat ADHD met medicatie behandeld moet worden als eerstelijnszorg, heeft ontdekt dat een dergelijke behandeling (in vergelijking met niet-medicinale eerstelijnszorg) de slechtste resultaten geeft en de grootste noodzaak aan extra school ondersteuning.' (Ibidem).⁶

Hetzelfde verhaal geldt zo mogelijk nog meer voor antidepressiva. In tegenstelling tot de huidige overtuigingen is er geen enkel wetenschappelijk bewijs dat depressie veroorzaakt wordt door een serotonine onevenwicht (Moncrieff, 2011; Goldacre, 2012, pp.256-59). Bovendien is er meer dan voldoende evidentie om de werkzaamheid van antidepressiva ernstig te betwijfelen. Toch blijft het paradigma overeind, op grond van wat Kirsch (2011) 'the dirty little secret' uit de farmaceutische literatuur noemt. Om een medicijn op de markt te mogen brengen in de VS en bij uitbreiding in het Westen, moet een bedrijf twee positieve 'trials' (proefopzetten bij patiënten) kunnen voorleggen. Wat het brede publiek niet weet, is dat bedrijven zoveel trials mogen opzetten als ze maar willen, zij het dat ze die allemaal ook moeten indienen bij de Amerikaanse officiële controle instantie, de *Food and Drug Administration (FDA)*. Eens de goedkeuring verkregen, zorgen de farmaceutische bedrijven ervoor dat de twee positieve onderzoeksresultaten massaal verspreid worden; de andere verdwijnen in een digitale lade, zodat de buitenwereld enkel het hoera verhaal verneemt.

De relativiteit van een dergelijke bewijsvoering werd duidelijk toen een onderzoeksgroep geleid door Kirsch bij de FDA alle trials opvroeg, en een analyse van de resultaten maakte *gebaseerd op de volledige dataset* (nota bene: van onderzoek uitgevoerd door de farmaceutische industrie). Resultaat: statistisch beschouwd is er een overeenkomst van 82 % tussen de effecten van een placebo en het medicijn. Als Kirsch en zijn medewerkers vervolgens naar de klinische effecten keken, bleken er zelfs géén verschillen meer te zijn. Ze vonden dit resultaat zelf zo verrassend dat ze voor alle zekerheid hun conclusies voorlegden aan twaalf onafhankelijke onderzoeksgroepen – elk van hen kwam tot hetzelfde besluit (Kirsch, 2011).

In de marge daarvan werd ook nog een ander effect zichtbaar. Niet alleen is de therapeutische effectiviteit beperkt, er zijn ook heel wat negatieve gevolgen wanneer iemand stopt met het gebruik. Bekende abstinentieverschijnselen zijn evenwichtsstoornissen, maag- en darmklachten, griepachtige toestanden (vermoeidheid, spierpijn, afwisselend koud en warm), neurologische verstoringen en slaapmoeilijkheden (Double, 2011). De ironie wil dat nogal wat mensen het gebruik van antidepressiva herstarten om toch maar verlost te worden van die abstinentieverschijnselen, en dus niet om hun zogezegd terugkerende depressie te bestrijden... Dat ze die medicijnen levenslang moeten innemen, is bijgevolg een

⁶ Eigen vertaling. Origineel: 'The study that was most widely quoted as the study that 'proved' that ADHD should be treated with medication as a first line treatment has found that such a treatment (when compared to nonmedication based first line treatments) is associated with the worst outcomes and the greatest need of extra school support.'

effect van de pillen zèlf en heeft niets te maken met de veronderstelde hardnekkigheid van hun depressie.

Wie nu verwacht dat er op grond van dergelijk onderzoek een mentaliteitswijziging ontstaan is, en dat wetenschappers op zoek gaan naar betere verklaringsmodellen, die komt bedrogen uit. De kracht van het paradigma mag blijken uit de volgende paradoxale boodschap komende van de gezaghebbende *American Psychiatric Association*: [‘Er vallen] geen pathologische laesies te onderscheiden [...] die als betrouwbare of voorspelbare aanduidingen zouden kunnen dienen voor een mentale stoornis. [...] uiteindelijk zal aangetoond worden dat mentale stoornissen niets anders zijn dan stoornissen van intercellulaire communicaties of onderbroken neurale circuits’ (APA 2003, geciteerd in Double, 2011).⁷ De onder auspiciën van hetzelfde APA opgestelde dominante psychiatrisch-diagnostisch handboek, de DSM 5.0, vertoont volgens de British Psychological Association hetzelfde euvel: ‘Dergelijke diagnostische systemen beantwoorden niet aan de criteria voor echte medische diagnoses. Ze duiden wel degelijk storende of gestoorde mensen aan, maar beantwoorden niet aan de criteria voor een categorisatie zoals vereist binnen het medische of wetenschappelijke veld (met slechts een paar uitzonderingen, zoals dementia)’ (BSP, 2011).⁸ De wetenschappelijke bewijsvoering ontbreekt, zoveel is duidelijk. Maar dit doet geen afbreuk aan de paradigmatische overtuiging.

De twee voorbeelden betreffen het onderzoek naar de effectiviteit van psychofarmaca en bijgevolg de altijd al moeilijke schemerzone tussen lichaam en geest. Wie verwacht dat de zaken in de ‘echte’ geneeskunde anders liggen, komt bedrogen uit. Ondertussen is meer dan overtuigend aangetoond dat Big Pharma ook binnen de somatische geneeskunde op grote schaal manipulatie en bedrog hanteert, met als gevolg dat zelfs daar woorden zoals ‘evidence based’ en ‘best practice’ erg hol klinken (Goldacre, 2012).

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

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

Ten tweede, in weerwil van dezelfde reclameboodschappen hebben psychofarmaca géén symptoom- of ziektespecifieke actie (zoals bijvoorbeeld insuline bij diabetes). Mochten ze dat wel hebben, dan zouden ze inderdaad deel uitmaken van de klassieke geneeskunde. Dit is niet het geval, dergelijke medicijnen werken zeer ruim in de zin van het onderdrukken van het denken, voelen en gedrag (de ‘downers’) of het bevorderen ervan (de ‘uppers’). Met recht en reden kreeg een van

⁷ Eigen vertaling. Origineel: ‘[there are] no discernible pathological lesions ... that in or of themselves serve as reliable or predictive markers of mental disorder. [...] mental disorders will eventually be proven to represent disorders of intercellular communication or disrupted neural circuitry.’

⁸ Eigen vertaling. Origineel: ‘Diagnostic systems such as these therefore fall short of the criteria for legitimate medical diagnoses. They certainly identify troubling or troubled people, but do not meet the criteria for categorisation demanded for a field of science or medicine (with a very few exceptions such as dementia.)’

de eerste krachtige psychofarmaca als verkoopsbenaming van het Franse Rhône-Poulenc bedrijf 'largactil', zijnde: 'large activité.

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

Foucault: discours en disciplineren

Kuhns paradigmatische theorie biedt een verklaring voor het blijven bestaan van bepaalde overtuigingen in de schoot van de wetenschap in weerwil van evidentie die deze tegenspreken. Een nog ruimere blik, gebaseerd op Michel Foucault, toont dat paradigmatische opvattingen niet onschuldig zijn, integendeel. Ze functioneren als een rechtvaardiging voor het uitoefenen van een anonieme sociaal-politieke macht waarmee een maatschappij disciplinerend kan optreden. Zoals Foucault doorheen zo ongeveer zijn volledig oeuvre aantoont, werkt zowel de rechtvaardiging als de machtoefening zelf via het dominante taalgebruik – het 'discours' – omdat dit ons denken en handelen bepaalt. Als wij sociaal afwijkend gedrag benoemen als zonde, dan is de oplossing biecht en penitentie, desnoods de hel, met de brandstapel als versneld opstapje. Als we sociaal afwijkend gedrag benoemen als een psychiatrische stoornis, dan hebben we het niet meer over effecten op individuen van psychosociale probleemsituaties, wel over te behandelen ziektes van individuen. Dat die behandeling neerkomt op een disciplineren, wordt in dezelfde beweging onzichtbaar. Vergeten we niet dat psychiatrie de enige medische discipline is – inderdaad, discipline – die een behandeling onder dwang kan opleggen.

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

Is er een medicalisering van psychosociale problemen?

Is er vandaag wel een overmedicalisering van psychosociale problemen? Een van de oudste beroepsverenigingen binnen de psychologie is alleszins ook die mening

toegedaan, want dit is een van de belangrijkste kritieken van de *British Psychological Society* op de voorpublicatie van de DSM 5.0 (zie ook hoger):

‘De vermeende diagnoses gepresenteerd in DSM 5.0 zijn duidelijk hoofdzakelijk gebaseerd op sociale normen, met ‘symptomen’ die berusten op subjectieve oordelen, met weinig bevestigende fysieke ‘tekens’ of evidentie van biologische oorzaken. De criteria zijn niet waardenvrij, maar reflecteren veeleer de huidige normatieve sociale verwachtingen. (...) We maken ons zorgen dat (diagnostische) systemen zoals deze gebaseerd zijn op het identificeren van problemen bij individuen. Dit gaat voorbij aan de relationele context en de onvermijdelijke sociale oorzaken van veel van deze problemen.’

Dit sluit aan bij de conclusie van de Wereldgezondheidsorganisatie, zoals blijkt uit het citaat dat ik als opening van deze tekst gebruik.⁹ Er is veel meer bewijs voor een psychosociale causaliteit dan voor genetische en of neurobiologische oorzaken (Boyle, 2011),

De medicalisering van psychosociale problemen blijkt ook uit een merkwaardige omkering: in het taalgebruik klinkt het alsof psychische moeilijkheden de *oorzaak* zijn van sociale ellende en economische problemen. Zo kunnen we in een ‘Depression report’ opgesteld door de *London School of Economics* het volgende lezen ‘Crippling depression and chronic anxiety are the biggest causes of misery in Britain today’ (geciteerd in Boyle, 2011). En in Vlaanderen kregen we in 2012 de boodschap dat het aantal zelfdodingen de Vlaamse economie meer dan 500 miljoen euro op jaarbasis kost (Vlaams preventieplan tegen zelfdoding, DS, 21 januari 2012). Dergelijke redeneringen zijn niet onschuldig; wanneer armoede, werkloosheid, druggebruik, sociale isolatie, geweld voorgesteld worden als *gevolgen* van mentale stoornissen, dan ligt het probleem bij het individu (Smail, 2011). In het omgekeerde geval hebben we te maken met maatschappelijke problemen, die bijgevolg een maatschappelijke aanpak vragen.

Dezelfde redenering, waarbij de focus op de persoon ligt en niet op de omgeving, vinden we helaas ook in de eigenlijke kliniek. Een typisch voorbeeld betreft de manier waarop hulpverleners spreken over bijvoorbeeld mensen met een Borderline Personality Disorder (BPD). Een vaak gehoorde uitdrukking is dat patiënten bepaalde gedragingen en interactiepatronen vertonen *omdat* ze aan BPD lijden. Het daarin veronderstelde causaal verband is duidelijk, met als gevolg dat BPD *in* het individu gesitueerd wordt, als een substantiële ziekte, los van een sociale en historische context. Daartegenover staat de robuuste vaststelling uit talloze onderzoeken dat mensen met het label BPD in meer dan 80% van de gevallen slachtoffer geweest zijn van chronisch misbruik in de kindertijd. Dit betekent dat er meer dan voldoende bewijs is om hun ‘symptomen’ te begrijpen als adaptief gedrag ontwikkeld op grond van hun traumatische relationele geschiedenis (Bourne, 2011, p.83). In plaats van het BPD-label is dan veel correcter te spreken over complexe posttraumatische stressstoornis. Dit gebeurt niet of nauwelijks: BPD is een probleem

⁹ Het citaat uit het WHO-rapport, gebruikt als inleiding, gaat verder als volgt: ‘A preoccupation with individual symptoms may lead to a ‘disembodied psychology’ which separates what goes on inside people’s heads from social structure and context. The key therapeutic intervention then becomes to ‘change the way you think’ rather than to refer people to sources of help for key catalysts for psychological problems: debt, poor housing, violence, crime.’ (‘Een gerichtheid op individuele symptomen kan leiden tot een ‘ontmenselijke psychologie’ die wat in de hoofden van mensen omgaat, loskoppelt van sociale structuur en context. In dat geval wordt de belangrijkste therapeutische interventie het ‘veranderen van de manier waarop je denkt’, en dit veeleer dan mensen te verwijzen naar hulpbronnen voor sleutelfactoren inzake psychologische problemen: schulden, slechte huisvesting, geweld, misdaad.’)

van de patiënt. Behandeling moet dan ook op dat gestoorde individu gericht zijn, met medicatie, training, disciplineren.

Het aspect disciplineren krijgen we nog duidelijker te zien als we de overstap maken naar kinderen, en de vergelijking maken met het dominante vertoog van pakweg een eeuw geleden. In de 19^{de} eeuw hadden we 'Struwwelpeter', het op Heinrich Hoffmanns verhaal gebaseerde cultuurmodel van de stoute jongen die voor galg en rad dreigt op te groeien, waarmee kinderen (en ouders!) bang gemaakt werden. De hulp daarvoor was moraliserend-pedagogisch. Vandaag hebben we jongens met ODD en/of ADHD die zich moeten gedragen, stil moeten zitten, opletten *en die daarvoor medicijnen krijgen*. Wat oorspronkelijk een moreel-pedagogisch probleem was, is tegenwoordig een medische aandoening, een 'brain disorder' (Rapley et al., 2011). Waar disciplineren in het oudere model open en bloot en als dusdanig aangeprezen werd, ligt zij nu verborgen onder een pseudomedisch model en wordt ze uitgeoefend via pillen.

Discours als machtsinstrument

Medicalisering heeft niet alleen te maken met het feit dat er teveel medicijnen voorgeschreven worden ('Onze artsen schrijven teveel antibiotica voor'). Het voornaamste gevolg ervan is de herdefiniëring en de uitbreiding van wat ziekte is. Het gecombineerd effect van een dwingend wetenschapsparadigma (medisch, positief-wetenschappelijk), het bijbehorend taalgebruik ('disorders') en het daarbij aansluitende behandelingsdoel (disciplineren) maakt een niet-medische blik op moeilijkheden die mensen ervaren nagenoeg onmogelijk. Heel veel psychiaters en psychologen zijn zich daarvan nauwelijks bewust, en dit heeft alles te maken met hun opleiding waarin ze leren moeilijkheden te beschouwen als stoornissen en dus als 'ziektes' ter hoogte van het individu. Een van de krachtigste redeneerfouten daarbij is het wijd verspreide idee dat stoornissen misschien wel 'getriggerd' worden door de omgeving, maar dat dit enkel kan omdat zij in essentie op voorhand al aanwezig waren *in* dat individu, dat ondertussen herdoopt is tot patiënt. Was die ziekte niet op voorhand *in* hem of haar aanwezig geweest, dan was die 'triggering' onmogelijk. In meer wetenschappelijk klinkend jargon is dit de 'vulnerability-stress' hypothese. Ja, stress (lees: externe gebeurtenissen) kunnen bijdragen tot de ontwikkeling van een mentale stoornis, maar nee, echt causaal zijn die gebeurtenissen niet, ze lokken enkel iets uit wat biologisch reeds klaar lag in het lichaam van dat individu. Was die biologische 'predispositie' er niet geweest, dan zou de persoon niet ziek geworden zijn, en zou hij die gebeurtenissen vlot verwerkt hebben. Begrijp: eigenlijk is het zijn schuld, het zat al in hem. Even een vergelijking: ja, oorlogsgeweld kan bijdragen tot de dood van iemand, maar nee, echt causaal zijn die omstandigheden niet, ze lokken enkel uit wat biologisch reeds klaar lag in het lichaam van dat individu, met name dat het vroeg of laat moet sterven. Het zit hem in de genen.

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

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

Samengevat: op basis van een stilzwijgende aanname dat de oorzaak organisch is, komt een psychologisch of gedragsmatig kenmerk te veel of te weinig voor, met als maatstaf de sociale conventie. Een dergelijke diagnostiek heeft dan ook een duidelijk effect op het therapeutische doel. Het te veel moet minder. En het te weinig moet meer. Genezing betekent dat de patiënt opnieuw beantwoordt aan de sociale norm. Bijgevolg is het doel van de behandeling niet een medische genezing, wel het terug conform maken van de patiënt aan een steeds tijd- en plaatsgebonden maatschappelijke conventie.

Besluit: medicalisering en psychologisering als disciplinerend

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

Dit geeft ons meteen een belangrijke indicatie over het huidige mensbeeld. Het is een hernaming van een oude opvatting, deze van de mens als machine, *L'homme machine* van de Franse materialistische verlichtingsfilosoof De la Mettrie uit de 18^{de} eeuw. Vandaag is dat verbijzonderd tot de mens als productiemachine die zo efficiënt mogelijk een output moet leveren, en daarop voortdurend geëvalueerd en gecontroleerd wordt. En net zoals elke machine kan ook de mens kapotte onderdelen of functies hebben, die vervolgens om een zo efficiënt mogelijke herstelling vragen. Als beroepsactiviteit kan dit twee richtingen uitgaan: ofwel een zo spoedig mogelijk herstel van *L'homme machine*, zodat hij terug het arbeidsproces kan binnenstappen. Ofwel – als het herstel niet lukt – wordt de herstelactiviteit op zich onderdeel van een op winst gerichte economie, in dit geval een efficiënt functionerend zorgbedrijf, waarin niet de patiënt centraal staat, wel de winst van de organisatie.

Iets vroeger dan MacIntyre had Foucault (2004) al dezelfde stelling geformuleerd: het dominante discours vandaag is een economisch discours in een neoliberale versie (bij Foucault: 'anarcho-capitalisme'). Kort samengevat: alles wordt 'vermarkt' en dat de sterkste moge winnen. Het taalgebruik bulkt van woorden die in deze richting wijzen (investeren, benchmarking, kapitaliseren, zorgbedrijf,...), en het bijbehorend mensbeeld (flexibel, competitief, competent, rationele speler,...) sluit aan

bij platvloers sociaaldarwinisme.¹⁰ Het medisch-psychiatrisch-psychologisch complex is ongemerkt door dit vertoog ingenomen, zowel in de organisatie ervan ('zorgbedrijf') als in hun eigenlijke werking (diagnose en behandeling).

Bijgevolg is medicalisering geen geïsoleerd probleem over het meer of minder voorschrijven van medicijnen. De huidige versie is een effect van een historisch gegroeide combinatie tussen een wetenschappelijk paradigma en een sociaal-politiek vertoog, geruggensteund door een financieel-economisch motief (farmaceutische industrie). Als systeem werkt deze combinatie onder andere via opsplitsingen: psyche versus soma, samenleving versus individu, waarbij zelfs die veronderstelde entiteiten nog verder opgesplitst worden (denk aan de verschillende medische en psychologische specialisaties). Dit alles staat in schril contrast tot de vaststelling dat de menselijke moeilijkheden omzeggens altijd sociaal ingebed zijn en dat de splitsing tussen lichaam en geest alleen op papier en in de opleidingen bestaat.

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

Wat de geneeskunde betreft, mogen twee voorbeelden volstaan. EU-commissaris voor gezondheid Borg toonde zich erg bekommerd om de gezondheid van onze Griekse medeburgers: 'Roken vermindert de productiviteit, het schaadt de economie. Ik ga binnenkort naar Griekenland, waar 40% van de mensen roken. Dat is een kostenfactor waarover gepraat moet worden.' (eigen vertaling).¹¹ In dezelfde redeneerlijn kunnen we ons voorstellen dat er ook 'gepraat moet worden' over chronisch zieken – ook zij schaden de economie toch? Bejaarden zijn al helemaal een verliespost, vandaar de uitspraak van Japanse minister Taro Aso: dat ze maar beter sneller kunnen sterven.¹²

De overeenkomst tussen medicalisering en psychologisering wordt nog duidelijker bij de toepassing. Jan De Vos toont mooi aan dat in beide gevallen het accent ligt op disciplineren, waarbij protocollair gedachte, kortdurende behandelingen op grond van DSM-diagnoses gericht zijn op het sociaal stroomlijnen van de patiënt (Jan De Vos, 2011). We zijn aan het afglijden naar een zorgsector waarin diagnoses als vangnetten functioneren ter sociale controle, en behandeling neerkomt op economische disciplineren. Psychiater en psycholoog worden aldus de nieuwe morele autoriteiten die in naam van de wetenschap opleggen hoe de mens zich moet gedragen in functie van een dominant maatschappelijk model.

Dat laatste is op zich niet nieuw en ook niet per se problematisch. Het sociaal normatieve zit vanaf de aanvang inbegrepen in de psychiatrie, net zoals

¹⁰ Het selectie criterium is niet meer de groep, maar wel het individu; het gaat niet langer over 'survival of the fittest', maar wel over 'survival of the strongest', met daarbij het financiële als doorslaggevend criterium. Voor een ruimere uitwerking, zie Verhaeghe, 2012.

¹¹ <http://www.n-tv.de/wirtschaft/Griechen-sollen-Rauchen-stoppen-article10062211.html>

¹² http://www.rtl.nl/components/actueel/rtlnieuws/2013/01_januari/22/opmerkelijk/Japanse_minister_vraagt_burgers_sneller_dood_te_gaan.xml

overigens ook in de ruimere geneeskunde. Onze huidige verlengde levensduur hebben we voor een flink stuk te danken aan inenting, veranderde voedingspatronen, milieumaatregelen (riolering) – allemaal opgelegd vanuit de profylactische geneeskunde. Het idee dat maatschappelijke disciplineren alleen maar slecht kan zijn, is een naïeve erfenis van nog een andere Verlichtingsfilosoof, met name Rousseau. Zijn tegenstelling tussen een ziekmakende maatschappij en een gezonde natuurstaat ('le bon sauvage') is inderdaad een achterhaalde illusie. Elke maatschappij, zonder uitzondering, is ziekmakend, net zoals elke maatschappij ook gezondmakend is. De verklaring is eenvoudig: iedere gemeenschap definieert en kneedt haar vormen van normaliteit, waarmee ze in dezelfde beweging ook haar abnormaliteiten definieert en kneedt. Beiden gaan terug op de dominante mensvisie, waarbij psychologie en psychiatrie al dan niet kunnen aansluiten.

De vraag is bijgevolg niet of een maatschappij ziek- of gezondmakend is. De vraag is veeleer hoe een bepaalde maatschappij haar afwijkingen definieert en wat de consequenties van die definiëring zijn. De huidige maatschappij reduceert mensen tot productiemachines die bovendien zelf de verantwoordelijkheid voor hun succes of mislukking moeten dragen. De dominantie van het vertoog maakt dat het nauwelijks in vraag gesteld kan worden, terwijl het zowel voor het individu, de maatschappij als ruimer, het milieu, zeer ongezond is.

'Is there a doctor in the house?'

Bibliografie

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC.

American Psychiatric Association (2001). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Baeyens, D., Danckaerts, M., Stes, S., Van der Oord, S., Lemiere, J., Van Broeck, N., Schepens, A., Desoete, A., Roeyers, H., Warreyn, P., Wiersema (2012). Reactie op het opiniestuk 'opvoeden vanuit de apothekerskast? Kanttekeningen bij het psychiatriseren van kinderen' van Stijn Vanheule. *Signaal*, 79: 50-59.

Boyle, M. (2011), Making the World Go Away, and How Psychology and Psychiatry Benefit. In: Rapley, M., Moncrieff, J., Dillon, J. (eds), *De-Medicalizing Misery. Psychiatry, Psychology and the Human Condition*. London: Palgrave Macmillan, 2011, pp.27-43.

Bourne, J. (2011), From Bad Character to BPD: The Medicalisation of 'Personality Disorder'. In: Rapley, M., Moncrieff, J., Dillon, J. (eds), *De-Medicalizing Misery. Psychiatry, Psychology and the Human Condition*. London: Palgrave Macmillan, 2011, pp.66-85.

British Psychological Society (2011). *Response to the American Psychiatric Association: DSM-5 Development*. June 2011, pp. 1 – 26.

<http://apps.bps.org.uk/publicationfiles/consultation-responses/DSM-5%202011%20-%20BPS%20response.pdf>

De Vos, J. (2011). *Psychologisering in tijden van globalisering. Een kritische analyse van psychologie en psychologisering*. Leuven/Den Haag: Acco.

Double, D. (2011), Why Were Doctors So Slow to Recognize Antidepressant Discontinuation Problems? In: Rapley, M., Moncrieff, J., Dillon, J. (eds), *De-Medicalizing Misery. Psychiatry, Psychology and the Human Condition*. London: Palgrave Macmillan, 2011, pp. 197-210.

Foucault, M. (2004). *Breekbare vrijheid. Teksten & interviews*. Vertalingen door E. Bolle, R. van den Boorn, Y. van Kempen, M. Lambrechts, M. van Nieuwstadt, L. Romeo, P. Thomassen, A. Vincenot, J.F. Vogelaar, T. Widdershoven. Nawoord L. ten Kate & H. Manschot. Amsterdam, Boom, Parèssia.

Goldacre, B. (2012). *Bad Pharma TM. How drug companies mislead doctors and harm patients*. London: Fourth Estate.

Kirsch, I. (2011), Antidepressants and the Placebo Response. In: Rapley, M., Moncrieff, J., Dillon, J. (eds), *De-Medicalizing Misery. Psychiatry, Psychology and the Human Condition*. London: Palgrave Macmillan, 2011, pp.189-196.

Kuhn, T. (1970). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.

Lane, Ch. (2007). *Shyness. How Normal Behavior Became a Sickness*. New Haven & London: Yale University Press.

Le Fanu, J. (2000). *The Rise and Fall of Modern Medicine*. New York: Carroll and Graf.

Moncrieff, J. (2009). *The Myth of the Chemical Cure. A Critique of Psychiatric Drug Treatment*. Revised Edition. London: Palgrave Macmillan.

Moncrieff, J. (2011), The Myth of the Antidepressant: An Historical Analysis. In: Rapley, M., Moncrieff, J., Dillon, J. (eds), *De-Medicalizing Misery. Psychiatry, Psychology and the Human Condition*. London: Palgrave Macmillan, 2011, pp.174-188.

Rapley, M., Moncrieff, J. & Dillon, J. (2011). Carving Nature at its Joints? DSM and the Medicalization of Everyday Life. In: Rapley, M., Moncrieff, J., Dillon, J. (eds), *De-Medicalizing Misery. Psychiatry, Psychology and the Human Condition*. London: Palgrave Macmillan, 2011, pp.1-9.

Smail, D. (2011), Psychotherapy: Illusion with No Future? In: Rapley, M., Moncrieff, J., Dillon, J. (eds), *De-Medicalizing Misery. Psychiatry, Psychology and the Human Condition*. London: Palgrave Macmillan, 2011, pp. 226-238.

Timimi, S. & Leo, J., (eds.) (2009). *Rethinking ADHD. From brain to culture*. New York: Palgrave Macmillan.

Timimi, S. (2011). Medicalizing Masculinity. In: Rapley, M., Moncrieff, J., Dillon, J. (eds), *De-Medicalizing Misery. Psychiatry, Psychology and the Human Condition*. London: Palgrave Macmillan, 2011, pp. 86-98.

Vanheule, S. (2011). Opvoeden vanuit de apothekerskast? Kanttekeningen bij het psychiatriseren van kinderen. *Signaal*, 77: 18-35.

Verhaeghe, P. (2012). *Identiteit*. Amsterdam: De Bezige Bij.

Yalom, I. (2011). *Het raadsel Spinoza*. Amsterdam: Balans.

WorldHealthOrganization (2009). *Menatal Health, Resilience and Inequalities*, WHO, Europe, p. V.