

## GELEZEN

---

Paul Verhaeghe (2019). *Over normaliteit en andere afwijkingen*. Amsterdam: Prometheus, 112 p., € 14,99

### Marte Kaan

Ze was woedend. Sinds haar vijftiende worstelde mijn patiënte met psychische klachten, tien jaar later en vele malen gezonder dan voorheen, kreeg ze een diagnose te horen die voor haar klonk als een doodsvonnis. Zonder diagnostisch onderzoek, gebaseerd op een eerste intakegesprek en een psychologisch verslag van ongeveer zes jaar terug.

Belangrijkste frustratie: de psychiater had haar maar een kwartier gesproken. Het betrof een regiebehandelaar die aan het einde van de intake even aanschoof.

Als de behandelaar die haar had doorverwezen naar deze instelling, bevond ik me in een lastig pakket. Ik begreep de redenering van mijn collega's, maar kon me de reactie van mijn patiënte ook goed voorstellen.

In zijn zeer lezenswaardige essay *Over normaliteit en andere afwijkingen* beschouwt hoogleraar psychodiagnostiek Paul Verhaeghe de diagnosedrift binnen de ggz. Dit doet hij aan de hand van de *Geschiedenis van de waanzin* van de Franse filosoof-psycholoog Michel Foucault, een werk dat volgens Verhaeghe in de kern draait om de vraag: hoe gaan we om met dat wat ons vanuit het diepste van ons wezen angst aanjaagt? Het antwoord van Foucault is: dat wat me beangstigt in mijzelf probeer ik onder controle te krijgen bij iemand anders. Door het uitoefenen van macht dus.

Foucault legt het vertrekpunt van de latere psychiatrie bij 'de grote opsluiting': in 1656 vaardigde Lodewijk XIII een verordening uit op grond waarvan alle marginalen van de samenleving konden worden opgepakt en worden opgesloten in een asiel. Met de Verlichting ontstond een nieuw mensbeeld en daarmee ook een andere kijk op waanzin: de mens is begiftigd met ratio, wie daarvan afwijkt is redeloos. Het idee van waanzin als ziekte ontstond, waarbij de levensstijl en de daarbij behorende passies verband hielden met de ziekte die tot uiting kwam in een overprikkeling van het zenuwstelsel.

Belangrijk punt in deze opvatting is dat het de geest is die een keuze maakt voor een manier van leven die ingaat tegen zijn natuur. Waanzin wordt dus gebaseerd op een moreel oordeel. En als de waanzin of zenuwziekte een gevolg is van een verkeerde levensstijl, dan is de patiënt schuldig. Behandeling heeft disciplineren tot doel, en dit wordt in een medisch jasje gehuld.

*Fast forward* naar het begin van de twintigste eeuw waarin de natuurwetenschappen tot bloei kwamen. Ook de psychiatrie ging de natuurwetenschappelijke richting op, maar de kloof tussen de officiële opvattingen en de praktijk werd steeds groter, schrijft Verhaeghe. In theorie was de psychiatrie een medische specialisatie als alle andere, in de praktijk bleef ze disciplinerend te werk gaan.

---

**Marte Kaan** is als psycholoog in opleiding tot psychotherapeut werkzaam bij Kick Your Habits en Psychotherapie Amsterdam Centrum. Marte is redactielid van dit tijdschrift.

Een cruciaal verschil is dat een medische diagnose en een psychiatrische diagnose niet gelijk zijn – een medische diagnose berust op symptomen die het gevolg zijn van een onderliggend ziekteproces, de diagnoses binnen de psychiatrie (vastgelegd in de DSM) bestaan uit 'puntsgewijs gegroepeerde beschrijvingen van gedragingen en emoties die als afwijkend worden beschouwd, voornamelijk omdat ze te veel of te weinig optreden'. Door de onterechte medisch-wetenschappelijke status van psychische stoornissen wordt vergeten dat een psychiatrische diagnose op grond van een cirkelredenering als verklaring functioneert – 'hij zit niet stil omdat hij ADHD heeft'. Maar, schrijft Verhaeghe, tot op heden kunnen we geen enkele psychiatrische stoornis terugvoeren naar een ziekte-entiteit. Dan voert Verhaeghe ons een conclusie die voor psychotherapeuten misschien lastig te verteren is: zowel de psychiatrie als de psychotherapie hebben als doel mensen te helpen om zich aan te passen aan de heersende sociale normen: disciplineren. Van de klassieke psychoanalyse waarbij het streven was de patiënt bewust te maken van zijn onbewuste seksuele verlangens en irrationele angsten zodat hij ze kon veroordelen, tot de moderne cognitieve gedragstherapie waarbij de patiënt uitgedaagd wordt het waarheidsgehalte van zijn gedachten ter discussie te stellen en de therapeut functioneert als de morele autoriteit die bepaalt wat gewenst gedrag en goede gedachten zijn.

Wat betekent dit nu voor de huidige praktijk van de geestelijke gezondheidszorg? Dankzij de uitbreiding van het aantal psychiatrische stoornissen en de versoepeling van de inclusiecriteria krijgen steeds meer mensen een psychiatrische diagnose, waardoor zo'n 42 procent van de Nederlanders zou voldoen aan de criteria voor een stoornis.

En dit brengt Verhaeghe tot naar wat lijkt de kern van zijn essay, waarbij hij het citaat van Blaise Pascal gebruikt (Foucault opent ermee in *Geschiedenis van de waanzin*): 'De mensen zijn zo noodzakelijk gek, dat niet gek zijn alleen maar zou betekenen: gek zijn volgens een ander soort waanzin' (p. 63). De ander soort waanzin die onze gekte bepaalt, is de maatschappelijk verwachte normaliteit, het is het water waarin we zwemmen, de lucht die we ademen. Neem ouderwetse verwachtingen als vrouw thuis, man aan het werk en zondag naar de kerk – vroeger doodnormaal, nu moeten we er niet aan denken.

De weg waarop we ons die maatschappelijke normen eigen maken loopt via onze ouders. Zij houden ons het ideaalbeeld voor, op den duur internaliseren we dat en kijken onze ouders in onze verbeelding over onze schouder mee. Verhaeghe legt uit wat het belang is van de normen die ervoor zorgen dat we een 'normale' identiteit kunnen opbouwen; zo krijgen we antwoord op vragen die in wezen onbeantwoordbaar zijn, zoals de vraag naar onze seksuele identiteit en de vraag hoe om te gaan met autoriteit.

Wordt de kloof tussen het ideaalbeeld en wat iemand denkt te zijn te groot, dan raakt iemand in crisis. De psychiatrie heeft dan een dubbele functie: de samenleving beschermen tegen zo'n gestoord persoon, en de bescherming van de gestoorde persoon tegen zichzelf. Daarin is het morele en disciplinerende doel inherent aanwezig, alle ontkenningen ten spijt. En omdat de psychiatrie en de psychologie tegenwoordig een veel groter bereik hebben dan vroeger, zijn het de 'mentale varianten van de plastische chirurgie geworden'. Een nieuw doel is mensen te helpen een nog betere versie van zichzelf te ontwikkelen. Normaal zijn betekent excelleren.

Wanneer excelleren het nieuwe normaal is en maakbaarheid het devies ('Met maakbaar geluk wordt mislukking een persoonlijk falen', p. 74) ontstaat er een voedingsbodem voor perfectionisme, controledwang, burn-out en depressie. Dit is het water waar we vandaag de dag in zwemmen, de lucht die we inademen.

Omdat een groot deel van de mensen uitvalt door te hoge werkstress, ontstaat er bovendien een nieuwe vorm van disciplineren: zelfzorg. En ook nu weer wordt het individu verantwoordelijk gehouden als het niet goed met hem gaat. Dit maakt de gedachte dat problemen het gevolg zijn van hersenstoornissen aantrekkelijk, je kan er niets aan doen, het is je brein, 'de wetenschappelijke versie van de religieuze absolutie'.

Op dit punt verwijst Verhaeghe naar de trend waarin met name enkele van zijn Vlaamse collega's wijzen op de onrealistische verwachtingen die ervoor zorgen dat mensen onnodig gefrustreerd raken en opbranden. Hiermee leggen deze psychiaters weer de schuld bij het individu, waarmee het moraliserende karakter van de geestelijke gezondheidszorg nogmaals wordt geïllustreerd.

Verhaeghe besluit zijn pleidooi echter niet met een oproep deze morele positie te herroepen, integendeel. Hij laat zien dat het onmogelijk is om niet moraliserend en disciplinerend op te treden in het werken met patiënten, maar dat het juist nodig is.

Het probleem is volgens hem de ontkenning van de morele positie, dit reduceert de psychiater tot iemand die kritiekloos macht uitoefent als handhaver, ook wanneer die orde ziekmakend en immoreel is. Erkenning van het morele uitgangspunt maakt discussie mogelijk, en dat is noodzakelijk, omdat de criteria voor het al dan niet gestoord zijn van een individu altijd normatief en nooit definitief zijn. Niet alleen over patiënten vellen hulpverleners binnen de ggz een moreel oordeel, dat geldt ook voor de omgeving: van gezin tot samenleving. En daarin heeft de psychiatrie een signaalfunctie vindt Verhaeghe: aandringen op structurele veranderingen op bijvoorbeeld het vlak van kinderopvang en arbeidsorganisatie. 'Want een maatschappij waar steeds meer mensen, kinderen en volwassenen uitvallen is een gestoorde maatschappij' (p. 87).

Verhaeghes verhaal zou een vaste plek op de literatuurlijst van psychiaters en psychotherapeuten in opleiding moeten krijgen. Zijn betoog sluit naadloos aan bij het verhaal dat veel patiënten ons vertellen, juist de jongere, denk ik wel eens. Het plaatje moet perfect zijn, excelleren is de norm, in iets, wat dan ook. Ik ben nergens echt goed in, ik hoor het patiënten vaak zeggen. Vaak is er een succesvolle dan wel kritische vader, broer, moeder of zus aanwezig in het bewustzijn van een patiënt.

Een nog een belangrijker reden de beschouwing van Verhaeghe te laten lezen aan mensen die werken met patiënten binnen de ggz, is dat het nederig stemt. Zijn verhaal helpt ons de situatie waarin onze patiënten zich vaak bevinden in een bredere context te plaatsen, niet alleen sociaal-maatschappelijk en historisch, maar ook door onze rol in de levens van patiënten kritisch te bekijken. Je moraliseert per definitie als je therapie geeft, weet dat je dat doet en beitel je standpunten niet in steen.

Een punt dat Verhaeghe niet direct aanstipt maar dat wel voortvloeit uit zijn betoog is dat we onszelf ook moeten plaatsen binnen de context van onze tijd. We zijn met onze patiënten onderdeel van dezelfde samenleving, wat vandaag de dag betekent dat we op dezelfde manier worden opgejut om te excelleren, zowel op professioneel als persoonlijk vlak, ook

al is dat onderscheid steeds vager. En ook wij moeten ons wapenen tegen uitputting en oververmoeidheid en proberen dat zo succesvol mogelijk te doen. In de praktijk komt dat bijvoorbeeld tot uiting in het fenomeen dat hulpverleners zich laten opleiden tot mindfulness- of hardloopcoach en daar zelf ook beter door hopen te worden.

Doordat we in hetzelfde water zwemmen als onze patiënten, vormt dat onze kijk op hun problemen. Als behandelaren moeten we weten in welk water we zwemmen en ons realiseren dat dit ons denken en handelen beïnvloedt: we zijn de vertolkers van de sociale norm, en dragen dus mogelijk bij aan het gevoel van patiënten dat zij tekortschieten. Soms misschien wel doordat we onze eigen gevoelens van falen moeilijk kunnen verdragen – hier moet ik onwillekeurig denken aan wat Foucault zei: dat wat me beangstigt in mijzelf probeer ik onder controle te krijgen bij iemand anders.

De *trigger happy* diagnosticus die mijn patiënte trof en haar na een klein kwartier een persoonlijkheidsstoornis cadeau gaf, vertelde me naderhand dat ze geneigd was patiënten zo snel mogelijk haar overwegingen te laten delen, omdat veel hulpverleners volgens haar te voorzichtig zijn. Patiënten hebben het recht te weten wat hun hulpverleners denken. Het is een standpunt waar veel voor te zeggen valt, maar wat net zo goed geëerbiedigd kan worden door patiënte na een tweede of derde gesprek van een eventuele hypothesen op de hoogte te stellen, en dan ook op die manier: als hypothese.

En daarin ligt misschien wel een van de belangrijkste taken voor psychiaters, psychotherapeuten en andere behandelaren binnen de ggz: het op gepaste wijze introduceren en hanteren van een psychiatrische diagnose. Uitleg geven over het verschil tussen een medische en een psychiatrische diagnose, en vertellen wat de functie is van goede diagnostiek: het ontwikkelen en toewijzen van betere, want gerichtere behandelingen.

Mijn patiënte herpakte zich door het gesprek met de psychiater aan te gaan en uiting te geven aan haar angst en boosheid. De psychiater toonde begrip en nuanceerde haar verhaal. Het is oké zo, zei de patiënte toen ze me erover vertelde. 'Zolang ik maar niet bij haar in behandeling kom.'