

# *Terug naar normaal*

Inside informatie over de epidemie van  
psychische stoornissen, DSM-5, Big Pharma en  
de medicalisering van het dagelijks leven

Allen Frances



UITGEVERIJ NIEUWEZIJD'S

Oorspronkelijke titel: *Saving Normal – An Insider’s Revolt against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*, William Morrow / HarperCollins Publishers, New York, 2013.

Uitgegeven door: Uitgeverij Nieuwezijds, Amsterdam

Vertaling: Kees de Vries, Amsterdam

Zetwerk: CeevanWee, Amsterdam

Omslag: Studio Jan de Boer, Amsterdam

© 2013, Allen Frances

© Nederlandse vertaling 2013, Uitgeverij Nieuwezijds

© Afbeelding omslag 2013, Patti Mollica (Swimmer, 1985)

ISBN 978 90 5712 380 1

NUR 770



Bij de productie van dit boek is gebruikgemaakt van papier dat het keurmerk van de Forest Stewardship Council (FSC) mag dragen. Bij dit papier is het zeker dat de productie niet tot bosvernietiging heeft geleid.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm, geluidsband, elektronisch of op welke andere wijze ook en evenmin in een retrieval system worden opgeslagen zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Hoewel dit boek met veel zorg is samengesteld, aanvaarden schrijver(s) noch uitgever enige aansprakelijkheid voor schade ontstaan door eventuele fouten en/of onvolkomenheden in dit boek.

# Inhoud

Voorwoord 9

DEEL I Normaliteit onder vuur

- 1 Wat is normaal en wat niet? 21
- 2 Van sjamaan tot 'psych' 51
- 3 Diagnostische inflatie 91

DEEL II Psychiatrische hypes zijn schadelijk voor de gezondheid

- 4 Hypes van vroeger 129
- 5 Hypes van nu 148
- 6 Hypes van de toekomst 180

DEEL III Terug naar normaal

- 7 De diagnostische inflatie intomen 219
- 8 De slimme consument 237
- 9 Het slechtste en het beste van de psychiatrie 250

Nawoord 287

Dankwoord 293

Noten 295

Index 313

## Voorwoord

Ik kan de beweging van sterren berekenen,  
maar niet de waanzin van mensen.

– *Isaac Newton*

Soms kun je in de grootste problemen raken door je op een receptie met je eigen zaken te bemoeien. We schrijven mei 2009. De receptiebezoekers in kwestie waren psychiaters die de jaarvergadering van de American Psychiatric Association (APA) bijwoonden. De plaats des onheils was het Asian Art Museum in San Francisco. Het probleem was dat ik verstrikt raakte in een bittere, publieke controverse over wat ‘normaal’ is en welke rol de psychiatrie moet spelen bij de bepaling daarvan.

Ik was toevallig voor iets anders in de stad en hield eigenlijk niet zo van vergaderingen, maar de receptie na afloop was een mooie gelegenheid om bij te kletsen met een paar oude vrienden. Bijna tien jaar lang had ik me vrijwel volledig aan de psychiatrie onttrokken – ik was met vervroegd pensioen gegaan om mijn zieke vrouw te kunnen verzorgen, op mijn talloze kleinkinderen te passen, boeken te lezen en op het strand te lummen. Tot die tijd had ik me hartstochtelijk, zeg maar gerust ‘hyperactief’, beziggehouden met mijn werk. Ik had leiding gegeven aan de DSM-IV taskforce terwijl ik daarnaast hoofd was van de faculteit Psychiatrie op Duke University, vele patiënten behandelde, onderzoek deed en enkele boeken en artikelen schreef. Het leek wel of ik onophoudelijk een gevecht tegen de klok leverde dat ik onmogelijk kon winnen. Zelfs het vluchtig doorbladeren van het sportkatern van de *New York Times* ervoer ik als een stiekeme en verboden uitspatting. Het was heerlijk om me tegenwoordig te kunnen ontspannen, Thucydides te lezen en de zon op mijn gezicht en de wind in mijn dunne haren te voelen. Geen e-mailadres, weinig tele-

foontjes en geen enkele verantwoordelijkheid buiten mijn naaste familie.

Ik heb maar één bijgeloof – een irrationeel, maar hardnekkig geloof in de wet der gemiddelden: dat alles elkaar uiteindelijk opheft. Dat is niet het geval, en dat weet ik ook wel, maar bijgeloof is hardnekkig. Mijn fantasie over de receptie is dat de schikgodinnen zich die avond verveelden en besloten mij te gebruiken om zich te vermaken. Misschien was mijn leven volgens hun berekeningen te prettig en te leuk geworden. Konden ze dat niet rechtzetten door mij toevallig een paar rustverstorende gesprekken toe te werpen? Binnen een uur was ik mijn comfortabele positie langs de zijlijn kwijt en zag ik me gedwongen partij te kiezen in een debat dat is uitgemond in een ware burgeroorlog om de ziel van de psychiatrie – een grotendeels verloren strijd om de normaliteit te beschermen tegen medicalisering en de psychiatrie tegen overexpansie.

Waarom overkwam dat mij, en waarom op deze avond? Toevallig waren verscheidene van mijn vrienden die avond vol van hun belangrijke rol bij de voorbereiding van DSM-5. Ze hadden het over weinig anders. DSM staat voor *Diagnostic and Statistical Manual*, hét handboek van de psychiatrie. Tot 1980 waren de DSM's, geheel terecht, onbekende boekjes waarvoor weinig aandacht bestond en die niemand las. Maar toen verscheen DSM-III, een dikke pil die al snel uitgroeide tot een cultureel icoon, een onverbidde bestseller die volkomen ten onrechte tot de 'bijbel' van de psychiatrie werd uitgeroepen. Omdat het boek een belangrijke grens trekt tussen normaliteit en psychische aandoeningen, heeft de DSM veel maatschappelijk gewicht gekregen en is het boek bepalend geworden in allerlei praktische kwesties die een enorme impact hebben op de levens van mensen – zoals wie 'gezond' en wie 'ziek' wordt genoemd; welke behandelingen worden aangeboden; wie ze vergoedt; wie een uitkering in verband met arbeidsongeschiktheid krijgt; wie in aanmerking komt voor geestelijke gezondheidszorg, voor opleidingen, werk en andere diensten; wie een baan krijgt aangeboden, wie een kind mag adopteren of een vliegtuig mag besturen, of wie een levensverzekering kan krijgen; of een moordenaar een misdadiger of een psychiatrisch patiënt is; welke schadevergoeding rechters moeten toewijzen; en heel veel andere kwesties.

Omdat ik twintig jaar lang had meegeschreven aan de periodiek geactualiseerde edities van de DSM (waaronder DSM-III, DSM-III-R en DSM-IV), was ik bekend met de valkuilen en gespist op de gevaren die aan elke herziening kleefden. Maar mijn vrienden waren nog onbekend met deze tak van sport en vertelden enthousiast over hun medewerking aan DSM-5. Ze hadden zich voorgenomen om allerlei nieuwe psychische stoornissen

toe te voegen en de regels voor het diagnosticeren van bestaande stoornissen te versoepelen – ze overschatten de verwachte voordelen en hadden geen oog voor de nadelen.

Ik snapte hun enthousiasme en hun gretigheid om iets teweeg te brengen wel. In 1987, een week nadat ik te horen had gekregen dat ik de redactie zou voeren over DSM-IV, maakte ik een lange strandwandeling. Ik ben doorgaans niet zo filosofisch ingesteld, maar die keer had ik veel om te overdenken. Ongeveer een uur lang ervoer ik een opwindend machtsgevoel, terwijl ik fantaseerde over allerlei methoden om de psychiatrie te veranderen en te verbeteren. Mijn grootste zorg was dat de psychiatrische diagnostiek zich te snel te ver had ontwikkeld en te snel veranderde – er waren te veel categorieën en te veel mensen bij wie een ziekte werd gconstateerd. Mijn drie slimme ideeën waren om de lat hoger te leggen voor stoornissen die schijnbaar te lichtvaardig werden gediagnosticeerd, om stoornissen die onzinnig leken samen te voegen of te elimineren, en om persoonlijkheid te omschrijven met flexibele nummers, niet met starre namen.

In het tweede uur drong de werkelijkheid tot me door en zag ik me gedwongen elk van mijn stokpaardjes af te schieten. In tweede instantie kreeg ik oog voor de vele problemen die ze stuk voor stuk konden veroorzaken en besepte, meer ter zake, dat er geen goede reden was waarom ik (of wie dan ook) mezelf of mijn stokpaardjes kon vertrouwen. Ik besloot dat alle wijzigingen in het diagnostische systeem moesten berusten op bewijzen, en niet op de hoogstpersoonlijke grillen van mij of wie dan ook. Bij de totstandkoming van DSM-IV moest de nadruk liggen op controle en balans tussen verschillende belangen, zodat het boek zou worden beschermd tegen individualisme, willekeur en diagnostische creativiteit. We zouden eisen dat de nieuwe voorstellen een zware ballotage doorliepen. Elk van hen zou worden onderworpen aan een indringende lezing van de wetenschappelijke literatuur, met veel aandacht voor risico's en valkuilen. Er zouden nauwgezette heranalyses van data plaatsvinden, plus praktijkonderzoek. Alles wat riskant en/of niet goed wetenschappelijk doortimmerd was, zouden we afschaffen. Mijn vermoeden dat deze hoge eisen vrijwel alle veranderingen zouden blokkeren, bleek juist – er waren geen dwingende wetenschappelijke data die de vele voorstellen die uiteindelijk aan ons werden voorgelegd onderbouwden. De psychiatrische wetenschap bood elke dag opwindende nieuwe inzichten in de werking van het brein, maar werkelijk niets daarvan kon worden vertaald in de manier waarop we patiënten behoren te diagnosticeren en te behandelen.

Ik wist dat we ons in DSM-IV geen fouten konden veroorloven, zelfs geen kleintjes. De DSM was machtiger geworden dan goed was voor het handboek en voor de samenleving. Zelfs schijnbaar onbeduidende wijzigingen konden tot rampen leiden. En nu leek DSM-5 op het punt te staan een paar koeien van fouten te maken. Bij elkaar genomen zouden de nieuwe stoornissen die mijn vrienden zo opgewekt promootten, tientallen miljoenen nieuwe 'patiënten' creëren. Ik zag al voor me hoe al die betrekkelijk normale mensen verstrikt raakten in het buitensporig grote diagnostische net van DSM-5 en vreesde dat velen van hen onnodige medicijnen zouden moeten slikken, met potentieel gevaarlijke bijwerkingen. De geneesmiddelenfabrikanten zouden hun vingers aflikken terwijl ze uitdokterden hoe ze de aanlokkelijke nieuwe doelwitten het best konden uitbuiten voor hun welbekende ziekmakerij.

Ik was me vooral zo sterk bewust van die gevaren omdat ik er zelf pijnlijke ervaringen mee had gehad. Ik had meegemaakt dat DSM-IV, ondanks onze inspanningen om diagnostische overkill te vermijden, werd misbruikt om de diagnostische zeepbel verder op te blazen. Ook al waren wij met onze doelstellingen op het saai af voorzichtig geweest, dwangmatig zorgvuldig in onze methodiek en onbuigzaam behoudend in ons eindproduct, toch wisten wij drie nieuwe valse epidemieën van psychische aandoeningen bij kinderen – autisme, aandachtstekort en bipolaire stoornis bij kinderen – niet te voorspellen of te verhinderen. En we hadden niets ondernomen om de bestaande diagnostische inflatie, die de grens van de psychiatrie reeds ver buiten haar eigenlijke vakgebied had verschoven, te stoppen. Als een voorzichtig en overwegend goed geschreven DSM-IV waarschijnlijk meer kwaad dan goed had gedaan, welke schadelijke effecten kon je dan verwachten van een slordig uitgevoerde DSM-5, die werd geschreven vanuit de grootse, maar dwaze ambitie om 'paradigma's te verschuiven'?

Er stond heel veel op het spel dat ik niet mocht negeren – zowel voor de mensen die onterecht tot nieuwe 'patiënten' zouden worden bestempeld als voor de samenleving. Door diagnostische inflatie is een bespottelijk groot aantal mensen verslaafd geraakt aan antidepressiva, antipsychotica, angstremmers, slaappillen en pijnstillers. We veranderen in een maatschappij van pillenslikkers. In de VS gebruikt één op de vijf volwassenen ten minste één geneesmiddel voor een psychische aandoening; in 2010 slikte 11% van alle volwassenen en 21% van alle vrouwen een antidepressivum;<sup>1</sup> bijna 4% van alle Amerikaanse kinderen gebruikt stimulantia<sup>2</sup> en 4% van de Amerikaanse tieners slikt een antidepressivum;<sup>3</sup> 25%

van de bewoners van verpleeghuizen heeft antipsychotica gebruikt.<sup>4</sup> In Canada steeg tussen 2005 en 2009 het gebruik van psychostimulantia met 36%, en dat van SSRI's met 44%.<sup>5</sup>

Deze diagnostiek uit de losse pols heeft geleid tot een nationale overdosis medicijnen. Van de Amerikaanse bevolking is 6% medicijnverslaafd en tegenwoordig zijn meer sterfgevallen en bezoeken aan de Spoedeisende Hulp het gevolg van geneesmiddelengebruik dan van het gebruik van verboden middelen.<sup>6</sup> Wanneer hun producten onzorgvuldig worden ingenomen, zijn geneesmiddelenfabrikanten even gevaarlijk als drugskartels. Een voorbeeld. Sinds 2005 heeft er een opmerkelijke verachtvoudiging plaatsgevonden van het voorschrijven van psychiatrische medicijnen aan militairen in actieve dienst. Het ongelooflijke aantal van 110.000 militairen gebruikt momenteel minstens één psychofarmacon, terwijl velen van hen er meerdere gebruiken en er elk jaar honderden militairen overlijden na een fatale overdosis.<sup>7</sup>

Psychofarmaca zijn tegenwoordig de belangrijkste melkkoe van de geneesmiddelenindustrie: in 2011 werd in de VS ruim 18 miljard dollar uitgegeven aan antipsychotica (een verbazingwekkende 6% van de totale medicijnenverkoop); 11 miljard aan antidepressiva, en bijna 8 miljard aan ADHD-medicatie.<sup>8</sup> De uitgaven aan antipsychotica zijn verdrievoudigd<sup>9</sup> en het gebruik van antidepressiva is tussen 1988 en 2008 bijna verviervoudigd.<sup>10</sup> Bovendien worden de pillen door de verkeerde artsen voorgeschreven. Tachtig procent van deze geneesmiddelen wordt verstrekt op recept van huisartsen die niet zijn gespecialiseerd in het juiste gebruik ervan, die onder zware druk worden gezet door artsenbezoekers en slecht geïnformeerde patiënten, en dat allemaal na een gehaast consult van zeven minuten, en zonder systematische controle achteraf.<sup>11</sup>

Ook de toewijzing van financiële middelen staat op zijn kop: veel te veel normale ongeruste gezonden ('the worried well') worden overbehandeld en daardoor geschaad; terwijl voor mensen die echt ziek en wanhopig zijn veel te weinig therapie voorhanden is. Tweederde van de mensen met een depressieve stoornis krijgt geen behandeling, en veel schizofrene mensen zitten achter de tralies. Dat is een teken aan de wand. 'Normaal' moet hoognodig worden gered; zieke mensen moeten dringend worden behandeld. Maar DSM-5 leek juist de verkeerde kant op te gaan, door nieuwe diagnoses toe te voegen die doodnormale angsten, excentriciteit, vergeetachtigheid en ongezonde eetgewoonten omtoveren tot een psychische stoornis. Als gevolg daarvan zouden de mensen die echt ziek zijn nog meer worden genegeerd, terwijl de psychiatrie zijn grenzen naar bui-



ten verlegt, zodat ze allerlei mensen omvatten die je beter als normaal kunt beschouwen.

Er wordt gezegd dat de weg naar de hel geplaveid is met goede voornemens en kwalijke, onbedoelde gevolgen. Ik was geschokt door het naïeve enthousiasme van de medewerkers aan DSM-5. Waar zij gouden kansen zagen, ontwaarde ik enorme gevaren. Diagnostische overkill kan de gezondheid van zowel het individu als de samenleving schaden.

Verreweg het meest verontrustende gesprek was dat met een van mijn oudste vrienden uit de psychiatrie – een wijs, ervaren en integer man, die zich zijn gehele loopbaan had beziggehouden met het verzachten van het leed van schizofreniepatiënten. Hij was er heilig van overtuigd dat DSM-5 voor een ingrijpende verandering kon zorgen met de invoering van een nieuwe diagnose, ‘psychose-risicosyndroom’, die zou helpen bij de vroege herkenning en preventieve behandeling van jongeren die anders gedoemd waren later schizofreen te worden. Mijn vriend wilde een ons vroege preventie aanbieden in plaats van een pond latere genezing. Als de hersenen eenmaal ziek zijn, is het moeilijk ze weer gezond te maken – hoe meer ervaring de zenuwbanen hebben in het genereren van waanbeelden en hallucinaties, hoe lastiger het is om ze weer uit te zetten. Zou het niet mooi zijn als je schizofrenie helemaal kon voorkomen of als je, wanneer dat niet mogelijk was, in elk geval de algehele ernst van de ziekte kon verminderen?

Mijn vriend had een lovenswaardig doel voor ogen, maar er kleefden grote bezwaren aan. Ten eerste zouden de meeste mensen bij wie de griezelig klinkende diagnose ‘psychose-risico’ werd gesteld een onjuist etiket opgeplakt krijgen – normaal gesproken wordt slechts een zeer klein aantal van deze mensen uiteindelijk psychotisch. Ten tweede bestaat er geen beproefde methode om een psychose te voorkomen, zelfs niet bij mensen met een reële kans om er een te krijgen. Ten derde zouden veel mensen bijkomende schade lijden omdat ze onnodige antipsychotica zouden krijgen voorgeschreven die obesitas, diabetes, hart- en vaatziekten en waarschijnlijk een lagere levensverwachting kunnen veroorzaken. Denk ten vierde aan het stigma en het gepieker als gevolg van de geheel misleidende insinuatie dat er elk moment een psychose kan optreden. En ten vijfde: sinds wanneer is ‘behoren tot een risicogroep’ hetzelfde als ‘ziek zijn’? Toch kon ik hem niet op andere gedachten brengen of ruimdenkender maken. Het ‘psychose-risico’ was niet meer te stuiten. De droom van mijn vriend zou ongetwijfeld resulteren in een nachtmerrie met rampzalige, onbedoelde gevolgen.

Terwijl ik op de receptie rondwandelde, trof ik veel andere vrienden die aan DSM-5 meewerkten en die al net zo enthousiast waren over hun favoriete vernieuwingen. Ik ontdekte al gauw dat ik symptomen vertoonde van meerdere nieuwe stoornissen die zij graag in DSM-5 opgenomen wilden zien. Mijn opschrokken van de overheerlijke garnalen en *spare ribs* was volgens DSM-5 een 'compulsieve eetstoornis'. Mijn slechte geheugen voor namen en gezichten viel onder 'milde neurocognitieve stoornis' uit DSM-5. Mijn zorgen en verdriet zouden een 'gemengde angst- en depressiestoornis' gaan heten. Mijn verdriet na het overlijden van mijn vrouw was een 'depressieve stoornis'. Mijn welbekende hyperactiviteit en afleidbaarheid wezen duidelijk op 'volwassenen-ADHD'. Na een uurtje gezellig kletsen met oude vrienden had ik alweer vijf nieuwe DSM-diagnoses te pakken. En denk ook aan mijn kleinzoons, een identieke tweeling van vier: hun driftbuien waren niet meer gewoon irritant; ze hadden nu 'temperament dysregulatie'.

Het was duidelijk dat DSM-5 er een potje van maakte. Wat moest ik doen? Bij eerdere gelegenheden had ik verzoeken om commentaar te leveren steeds afgeslagen. Bob Spitzer, de grote psychiatrisch vernieuwer die hoofdverantwoordelijk was voor de totstandkoming van DSM-III, luidde al jarenlang publiekelijk de noodklok. Hij vond het schokkend dat de American Psychiatric Association de medewerkers aan DSM-5 had gedwongen een vertrouwelijkheidsverklaring te tekenen die ten doel had het 'intellectuele eigendom' van de APA te beschermen. De winsten van uitgeverijen zouden nooit zwaarder mogen wegen dan de transparantie ten behoeve van een veilige en hoogwaardige DSM. Bob had helemaal gelijk, en dat wist ik. Hij had me al vaker gevraagd om hem te steunen bij zijn pogingen om DSM-5 op het rechte spoor te krijgen, maar tot mijn schande had ik steeds geweigerd mijn mening te uiten. Ik heb mijn hele leven al een hekel aan controverses en deze zaak dreigde wel heel erg onverkwikkelijk te worden. Volgens mij gaf het geen pas om het werk van mijn opvolgers te bekritisieren en ik wist dat Bob een goede en onvermoeibare vechter was die zich goed kon roeren in publieke debatten.

Maar de verontrustende gesprekken op de receptie schudden me eindelijk wakker en dwongen me om me in de strijd te storten. Het probleem was niet alleen dat DSM-5 op besloten en geheimzinnige wijze tot stand kwam; er was een reëel gevaar dat deze procedure een zeer gevaarlijk boek zou opleveren. Als 'psychose-risico' in DSM-5 zou worden opgenomen, konden onschuldige kinderen obesitas krijgen en prematuur overlijden omdat ze op grond van een onzindiagnose onnodige medicij-

nen kregen toegediend. DSM-5 kon een gevaar zijn voor de volksgezondheid en het volk moest inspraak krijgen. Het zou egoïstisch en laf van me zijn om me te drukken met het excuus dat Bob het zware werk alleen wel afkon. Ik zou vriendschappen op het spel moeten zetten, moeten desertieren uit de georganiseerde psychiatrie en mijn geliefde strand moeten verlaten. Janet Williams, Bobs vrouw, met wie hij zeer intensief aan DSM-III had gewerkt, was toevallig ook op de receptie. Ik stapte op haar af en vertelde dat Bob op mij kon rekenen. DSM-5 was te belangrijk om over te laten aan een groep 'deskundigen' die het goed bedoelde, maar het spoor bijster was.

Intussen zijn we vier jaar verder. Ik heb met de top van de APA gesproken; vier waarschuwingsbrieven geschreven aan de bestuurders ervan; talloze berichten op mijn blog geschreven; talrijke ingezonden brieven en artikelen gepubliceerd; lezingen gegeven op professionele en openbare bijeenkomsten en praatjes gehouden op radio en tv – allemaal om te waarschuwen voor het gevaar dat DSM-5 normale mensen een onjuist etiket zal opplakken, diagnostische inflatie zal bevorderen en ongepast medicijngebruik zal aanmoedigen. Ik ben niet de enige die het normale probeert te redden. Veel andere mensen en organisaties uit de geestelijke gezondheidszorg, vakbladen en journalisten hebben dezelfde noodklok geluid. We hebben wel wát positieve invloed gehad – op de valreep heeft DSM-5 veel van zijn gevaarlijkste voorstellen ingetrokken. Maar in grote lijnen hebben we gefaald. DSM-5 duwt de psychiatrische diagnose de verkeerde kant op, zal nieuwe valse epidemieën creëren, en nog meer geneesmiddelenmisbruik bevorderen. De geëigende doelstelling van DSM-5 was diagnostische terughoudendheid en deflatie geweest, niet een verdere, ongerechtvaardigde expansie van diagnostiek en behandeling.

Dit boek is mijn reactie op deze uitwassen – deels *mea culpa*, deels *j'accuse*, deels *cri de coeur*. Het toont de desperate visie van een insider op wat er mis is gegaan, maar biedt ook een praktische routebeschrijving naar een veilige en weldenkende psychiatrie. Mijn doel is om te helpen, niet alleen bij het 'terug naar normaal' gaan, maar ook bij het redden van de psychiatrie. De psychiatrie is een eerbaar en onmisbaar beroep, dat in de kern deugt en, mits goed beoefend, zeer effectief is. Onze resultaten evenaren of overstijgen het werk van de meeste andere medisch specialisten.<sup>12</sup> En het verlenen van geestelijke gezondheidszorg is een bijzonder voorrecht – wij leren onze patiënten zeer intiem kennen, verzachten hun verdriet en helpen hen om manieren te bedenken om zichzelf te helpen. We kunnen velen van hen genezen, de meesten van hen steun bieden en

hebben mededogen en advies voor allen. Maar de psychiatrie moet wel binnen haar eigen vakgebied blijven en zich beperken tot de dingen waar ze goed in is – mensen helpen die onze hulp echt nodig hebben en er zeer bij gebaat zijn. We mogen mensen die in wezen normaal zijn niet tot patiënt verklaren en intussen de echte zieken negeren.

De psychiatrie is zeker niet de enige sector met overtrokken ambities – wij zijn alleen een bijzonder geval van de inflatie en verspilling die de hele Amerikaanse geneeskunde kenmerken. Commerciële belangen hebben de medische stand gegijzeld door winst zwaarder te laten wegen dan patiënten en door een behoefte aan overdiagnose, overtesten en overbehandelen te creëren. We geven tweemaal zoveel uit aan gezondheidszorg als andere landen en behalen daarmee povere resultaten. Sommige Amerikaanse burgers worden benadeeld door een overkill aan medische zorg, andere juist door schandalige verwaarlozing. De geneeskunde en psychiatrie hebben allebei dringend behoefte aan beteugeling, inperking, herformulering en heroriëntatie.

Echte psychiatrische stoornissen vereisen een snelle diagnose en actieve behandeling – ze gaan niet vanzelf over en zijn slechter te behandelen naarmate ze langer voortduren. De onvermijdelijke problemen van het dagelijks leven kunnen mensen echter beter oplossen met behulp van hun natuurlijke veerkracht en door de tijd de wonden te laten helen. Wij vormen een taaie soort, de succesvolle nakomelingen van tienduizend generaties vindingrijke voorouders die zich dagelijks het vege lijf redden en op hun hoede waren voor alom aanwezige gevaren die onze verweerde verbeelding te boven gaan. Onze hersenen en onze sociale structuren zijn ingesteld op het trotseren van zeer zware tegenslag – we zijn prima in staat om oplossingen te verzinnen voor de meeste levensproblemen, zonder medische bemoeienis die ze vaak compliceert en verergert. Terwijl de grootschalige medicalisering van de normaliteit steeds verder oprukt, raken we het contact kwijt met ons vermogen tot zelfgenezing – we vergeten dat de meeste problemen geen ziekte zijn en dat een pil slikken maar zelden de beste oplossing is.

Het schrijven van dit boek brengt een groot risico met zich mee dat ik nooit zou hebben genomen als het niet nog gevaarlijker was om het niet te schrijven. Mijn grootste angst is dat sommige mensen het boek selectief lezen en er de geheel onjuiste en niet-bedoelde conclusie uit trekken dat ik tegen psychiatrische diagnostiek en behandeling ben. Ze kunnen zich te zeer laten beïnvloeden door mijn kritiek op slecht beoefende psychiatrie en mijn waardering voor goed beoefende psychiatrie over het

hoofd zien. Van mijn ervaring met DSM-IV heb ik geleerd dat elk woord dat misbruikt of verkeerd begrepen kan worden, waarschijnlijk misbruikt of verkeerd begrepen zal worden, en dat schrijvers niet alleen moeten stilstaan bij de gevolgen van het geëigende gebruik van hun geschriften, maar ook bij de gevolgen die voorspelbare verdraaiingen ervan kunnen hebben. Ik word nu al uitvoerig en op misleidende wijze geciteerd door aanhangers van scientology en andere stromingen die tegen de psychiatrie gekant zijn. Ook dit boek zouden zij kunnen misbruiken om mensen te ontmoedigen de psychiatrische hulp te zoeken die ze hard nodig hebben. Stel je de volgende hypothetische reeks gebeurtenissen voor: een verkeerde interpretatie van mijn boodschap brengt sommige mensen die medicijnen nodig hebben ertoe om daar opeens mee te stoppen, met als gevolg een terugval naar een ziekte die met suïcidaal of gewelddadig gedrag gepaard. Hoewel ik daar niet rechtstreeks verantwoordelijk voor ben, zou ik toch alle redenen hebben om er een vreselijk gevoel over te hebben.

Ondanks deze reële zorgen heb ik besloten het boek toch te schrijven, omdat het excessief gebruik van psychofarmaca momenteel een veel groter en veel acuter gevaar vormt. Ik hoop daarmee twee vliegen in één klap te slaan: ten eerste om mensen die geen behandeling nodig hebben aan te sporen die te mijden, maar evenzeer om mensen die wél behandeling nodig hebben aan te sporen die te zoeken, en vol te houden. Mijn kritiek geldt alleen de uitwassen van de psychiatrie, niet haar hart of ziel. 'Terug naar normaal' en 'de psychiatrie redden' zijn eigenlijk twee kanten van dezelfde medaille. De psychiatrie moet ervan worden weerhouden om zich onbesuisd te storten op zaken waar omzichtigheid past. En de normaliteit moet worden gered uit de klauwen van de grote machten die ons wijs willen maken dat we allemaal ziek zijn.

# I

## Wat is normaal en wat niet?

De vijver van de normaliteit verpietert tot een plasje water.

– *Til Wykes*

Voordat we de normaliteit gaan redden, moeten we eerst uitzoeken wat ‘normaal’ eigenlijk is. Je zou misschien denken dat ‘normaal’ een toegankelijk woord is, overtuigd van zijn eigen populariteit en veilig omdat het veel vaker wordt gebezigd dan ‘abnormaal’. Het zou makkelijk moeten zijn om ‘normaal’ te definiëren en ‘normaal zijn’ zou een bescheiden doelstelling moeten zijn. Maar niets van dat al. ‘Normaal’ ligt onder vuur en is al sterk verzwakt. Woordenboeken bieden geen bevredigende definitie; filosofen kibbelen over de betekenis; statistici en psychologen meten haar voortdurend, maar kunnen haar essentie niet vangen; sociologen twifelen aan haar universaliteit; psychoanalytici twifelen aan haar bestaan; en psychiaters en artsen zijn druk bezig aan haar grenzen te morrelen. De normaliteit verliest al haar houvast – als je maar goed kijkt, is iedereen in meerdere of mindere mate ziek. In dit boek zal ik proberen deze gestage, onstuitbare aantasting een halt toe te roepen en zo bij te dragen aan de terugkeer naar ‘normaal’.

### Hoe definieert het woordenboek ‘normaal’?

Het woord ‘normaal’ speelt op allerlei terreinen een rol. Het is zijn leven begonnen in het Latijn, als een winkelhaak, en wordt in de meetkunde nog altijd gebruikt als aanduiding van rechte hoeken en verticale lijnen. Het is dan ook niet raar dat ‘normaal’ gaandeweg allerlei bijbetekenissen heeft gekregen die duiden op dingen die gewoon, standaard, gebruike-

lijk, gangbaar, kenmerkend, gemiddeld, doorsnee, voorspelbaar, universeel, conformistisch, conventioneel, correct of traditioneel waren. Daarna was het maar een kleine stap om ‘normaal’ te gaan gebruiken ter aanduiding van goed biologisch en mentaal functioneren – lichamelijke gezondheid, psychische gezondheid.<sup>1</sup>

De woordenboekdefinities van ‘normaal’ zijn allemaal op een aangename manier volkomen tautologisch. Om te weten wat normaal is, moet je weten wat abnormaal is. En hoe wordt ‘abnormaal’ in de woordenboeken gedefinieerd? Als de dingen die niet normaal, gangbaar, natuurlijk, kenmerkend en gebruikelijk zijn en die van een norm afwijken. Dat is nog eens een mooie cirkelredenering – de twee begrippen worden uitsluitend gedefinieerd als elkaars tegendeel, terwijl geen van beide echt wordt gedefinieerd en er geen zinnige, betekenisvolle lijn tussen hen wordt getrokken.

De dichotome termen ‘normaal’ en ‘abnormaal’ roepen een vertrouwd gevoel van herkenning en ongerechtvaardigde vertrouwdheid op. Je voelt wel wat ze zo ongeveer betekenen, maar je zou de grootste moeite hebben om ze in specifieke gevallen nauwkeurig te omschrijven. Er bestaat geen universele en alomvattende definitie voor het oplossen van problemen bij het maken van een classificatie.

### Wat zegt de filosofie erover?

Opmerkelijk weinig. De filosofie heeft voortdurend getracht inzicht te krijgen in de diepere betekenis van grote begrippen als ‘werkelijkheid’ en ‘illusie’, hoe we dingen kunnen weten, de essentie van de menselijke natuur, waarheid, ethiek, rechtvaardigheid, plichtsbesef, liefde, schoonheid, grootheid, het goede, het kwade, sterfelijkheid, onsterfelijkheid, natuurwetten, enzovoorts. Het begrip ‘normaal’ wordt in dit filosofische strijdgevoel doorgaans onder de voet gelopen. Misschien is het te alledaags en niet boeiend genoeg om er diepzinnige filosofische bespiegelingen aan te wijden.

Aan die verwaarlozing kwam pas een eind tijdens de Verlichting, toen pogingen werden ondernomen om meer aardse problemen uit het dagelijks leven filosofisch te beschouwen. Het utilitarisme bood de eerste – en tot nu toe enige – praktische, filosofische leidraad voor hoe en waar je de lijn tussen ‘normaal’ en ‘psychische stoornis’ moet trekken. Die grens werd gedefinieerd vanuit de aanname dat ‘normaal’ geen universele bete-

kenis heeft en nooit nauwkeurig kan worden omschreven door de spinnewielen van de filosofische deductie. Wat normaal is, is voornamelijk een kwestie van perceptie en zal per periode, land en cultuur verschillen. Daaruit volgt dat de lijn tussen 'normaal' en 'psychische stoornis' niet moet worden getrokken op grond van een abstracte redenering, maar na een afweging van de positieve en de negatieve consequenties van verschillende mogelijkheden. Streef altijd naar 'het grootste goed voor het grootste aantal'.<sup>2</sup> Neem beslissingen op basis van wat meetbaar het beste werkt.

Maar er kleven ontegenzeggelijk ook onzekerheden aan het praktijkgerichte utilitarisme en, erger nog, er zijn gevaarlijke landmijnen op het gebied van waarden. 'Het grootste goed voor het grootste aantal' klinkt goed op papier, maar hoe meet je die aantallen eigenlijk en hoe bepaal je wat goed is? Het is geen toeval dat het utilitarisme momenteel zeer populair is in Duitsland, waar Hitler het blijvend een slechte naam heeft bezorgd. Tijdens de Tweede Wereldoorlog was het statistisch gesproken normaal voor Duitsers om barbaars gedrag te vertonen dat voor- en nadien bepaaldelijk abnormaal gevonden zou worden. Maar een tijdlang werd dat gedrag op utilitaire gronden noodzakelijk bevonden om het grootste goed voor het meesterras te bewerkstelligen. Het statistische 'normaal' (gebaseerd op de frequentie van wat is) overklaste een tijdlang het normatieve 'normaal' (de wereld zoals die zou moeten zijn of doorgaans was geweest).

Ook al kan het utilitarisme, als het in de verkeerde handen valt, blind worden voor goede waarden en misvormd door slechte, toch is het nog steeds het beste of zelfs enige filosofische richtsnoer wanneer we ons wijden aan de moeilijke opgave om een grens te trekken tussen psychisch 'normaal' en 'abnormaal'. Die benadering hanteerden we tijdens de samenstelling van DSM-IV.

### Kan de statistiek voorschrijven wat normaal is?

Na eerst verwarring te hebben gezaaid in de taalkunde en de filosofie, bracht 'normaal' de statistiek op de knieën. Dat is verrassend. Je zou toch denken dat de statistiek prima is toegerust om 'normaal' te definiëren door niet woorden, maar getallen te analyseren. Het antwoord wordt geleverd door de heerlijk symmetrische vorm van de normaalverdeling, de klokkromme. Wanneer je dingen meet, is er nooit één absoluut volmaakt



en reproduceerbaar juist antwoord. Er zal altijd een grotere of kleinere foutmarge in de meting zitten, waardoor je telkens een iets ander resultaat krijgt – hoe zorgvuldig je ook te werk gaat en hoe geweldig de gehanteerde maatstaf ook is. Het is inherent onmogelijk om de aard der dingen met absolute precisie vast te leggen. Maar er gebeurt iets heel opmerkelijks wanneer je de moeite neemt genoeg metingen te doen. Geen enkele meting is volledig juist of voorspelbaar, maar toch vormen al die metingen bij elkaar een perfect voorspelbare en elegante kromme. Boven op die kromme zit de populairste meting, en de in toenemende mate minder waarschijnlijke metingen zakken aan beide zijden naar beneden naarmate je verder weg raakt van deze gulden middenweg.

De klokkromme verklaart heel veel over hoe de dingen in het leven werken – de meeste natuurlijke en menselijke fenomenen houden zich aan deze vorm en wijken op voorspelbare wijze af van het gemiddelde. De verdelingen van elk denkbaar kenmerk in het heelal zijn gemeten aan de hand van gigantische en nauwkeurig bijeengebrachte dataverzamelingen. Wonderbaarlijk genoeg komt de prachtige klokkromme telkens weer tevoorschijn uit een ogenschijnlijke warboel van getallen. De kromme heeft een opmerkelijk goed voorspellend vermogen voor vrijwel alles wat van belang is voor de mens en de wereld.

Mensen verschillen van elkaar in al hun lichamelijke, emotionele, intellectuele en gedragsmatige eigenschappen, maar die diversiteit is bepaald niet willekeurig. We zijn ‘normaal’ verdeeld over een klokkromme wat betreft ieder kenmerk met een continue verdeling over onze populatie. IQ, lengte, gewicht en karaktereigenschappen groeperen zich allemaal rond een gulden middenweg, terwijl de buitenbeentjes zich spiegelbeeldig aan weerszijden ophouden.

De beste manier om dit efficiënt en systematisch samen te vatten is met behulp van de standaarddeviatie ( $s_D$ ), een technisch begrip dat in de statistiek wordt gehanteerd om te beschrijven hoe metingen zich met voorspelbare regelmaat rond het gemiddelde groeperen. Als jouw lengte minder dan één  $s_D$  afwijkt van het gemiddelde (1,78 m voor mannen in de vs, met een  $s_D$  van 3 inches of 7,62 cm), zit je met 68% van de bevolking in een zeer algemeen gebied; 34% is net iets langer dan de volkomen gemiddelde man (tot 1,86 m) en 34% is iets kleiner (tot 1,64 m). Als je veel langer of kleiner bent, wordt je steeds meer een witte raaf – het wordt steeds eenzamer aan de beide uiteinden van de klokkromme. Slechts 5% van de bevolking wijkt meer dan twee  $s_D$ 's af van het gemiddelde – in deze dunbevolkte streken bevindt zich de 2,5% zeer lange mannen (langer

dan 1,93 m) en de 2,5% zeer kleine mannen (kleiner dan 1,63 m). Dat is het deel van de kromme helemaal rechts en links, ver van de populaire gulden middenweg. Als je nog verder gaat, naar drie standaarddeviaties, bereik je het bijna uitgestorven gebied van de zeer weinige mannen die langer dan 2,00 m of kleiner dan 1,55 m zijn.<sup>3</sup>

Dat brengt ons op de vraag die ons nu bezighoudt: kun je de statistiek op een eenvoudige en nauwkeurige manier gebruiken om te definiëren wat 'psychisch normaal' is? Kan de klokkromme een wetenschappelijke leidraad zijn bij de bepaling wie psychisch normaal is en wie niet? In theorie luidt het antwoord: 'Waarom ook niet?', maar in de praktijk is het: 'Vergeet het maar'. In theorie is het mogelijk om willekeurig te beslissen dat je de zwaarst gestoorde mensen (vijf, tien, dertig procent of wat dan ook) 'psychisch gestoord' noemt en de anderen 'normaal'. Vervolgens kun je onderzoeksinstrumenten ontwikkelen, iedereen een cijfer geven, krommes tekenen, ergens een grens trekken en zo de mensen die ziek zijn het etiket 'ziek' opplakken. Maar in de praktijk werkt dat zo niet. Er zijn te veel statistische, contextuele en waardeoordelen die een eenvoudige statistische oplossing bemoeilijken.

Allereerst zullen mensen aan weerszijden van de vastgestelde scheidslijn nauwelijks van elkaar verschillen – het is idioot om de één ziek te noemen en de ander gezond. Twee mensen, van 1,90 meter en van 1,95 meter, zijn beiden lang. En welk percentage moet je kiezen? Als er weinig psychiaters in een ontwikkelingsland zijn, lijken alleen de zwaarst gestoorde mensen een psychische stoornis te hebben – en daarom wordt de grens zodanig getrokken dat slechts één procent van de bevolking abnormaal is. In een stad als New York, waar het stikt van de therapeuten, wordt de ernst die nodig is om van een stoornis te spreken een stuk lager gesteld en wordt de grens pas getrokken bij dertig procent of misschien nog hoger. Dat is volkomen arbitrair, want de elegante kromme kan ons niet zeggen waar we die grens moeten trekken.

We moeten accepteren dat er geen eenvoudige maatstaf bestaat om te bepalen hoeveel van ons abnormaal zijn. De normaalverdeling biedt veel informatie over de distributie van van alles, van quarks tot koala's, maar schrijft niet voor waar 'normaal' ophoudt en 'abnormaal' begint. Een vloekende psychoot zit zo ver af van het gemiddelde dat zelfs je tante Truus snapt dat hij psychisch gestoord is, maar hoe bepaal je of alledaagse angsten of gevoelens van neerslachtigheid ernstig genoeg zijn om van een psychische stoornis te spreken? Eén ding is echter zo klaar als een klontje: statistisch gesproken is het onzin om de definitie van 'stoornis'

zo ver op te rekken dat iemand die zich vlak bij het gemiddelde bevindt eronder valt. De meeste mensen zijn toch zeker normaal?

### Wat zegt de dokter over 'normaal'?

Tot het eind van de negentiende eeuw werd de geneeskunde gedomineerd door het dogma dat gezondheid en ziekte worden veroorzaakt door de balans tussen de vier lichaamssappen of humeuren – bloed, slijm, gele gal en zwarte gal. Dat lijkt nu curieus en koddig, maar het is een van de meest hardnekkige ideeën van de mensheid geweest, dat veel langer heeft standgehouden dan de leerstelling dat de zon om de aarde draait. De humeurenleer is honderden generaties lang door de knapste koppen ter wereld voor waar gehouden en heeft vierduizend jaar haar stempel op de geneeskunde gedrukt. Je werd normaal door het bereiken van een volmaakte, harmonische balans tussen de lichaamssappen – geen teveel, geen tekort. Pas aan het eind van de negentiende eeuw hebben grote doorbraken in de fysiologie, pathologie en neurologie ervoor gezorgd dat de humeurenleer naar het stoffige curiositeitenkabinet van achterhaald medisch gedachtegoed verbannen werd.<sup>4</sup>

Ze heeft aantoonbaar vele wonderen verricht, maar toch heeft de medische wetenschap nooit een bruikbare definitie kunnen bieden van 'gezondheid' of 'ziekte'. Velen hebben het geprobeerd en allen hebben gefaald. Neem de definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie: 'Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn en niet enkel de afwezigheid van ziekte.'<sup>5</sup> Wie van ons durft te beweren dat hij gezond is, als je aan zo'n onmogelijk hoge maatstaf moet voldoen? Het begrip 'gezondheid' wordt onbruikbaar als het zo onbereikbaar is dat iedereen op zijn minst gedeeltelijk ziek is. Deze definitie zweemt ook naar cultuur- en contextgevoelige waardeoordelen. Wie bepaalt er immers wat 'volledig' lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn is? Is iemand ziek omdat zijn lichaam pijn doet na zware arbeid, als hij verdrietig is na tegenslag of verward is in een familieruzie? En zijn arme mensen per definitie zieker omdat ze minder geld hebben om het volledige welbevinden te bereiken dat voor 'gezondheid' vereist is?

Meer realistische moderne definities van gezondheid richten zich niet op de vervolmaakbaarheid van het leven, maar op de afwezigheid van definieerbare ziekte. Dat is al iets beter, maar er bestaat geen helder afgebakende definitie van lichamelijke ziekte en zeker niet eentje die in elke pe-

riode, elk land en elke cultuur geldt. Hoe bepaal je wat normaal is voor zaken met een glijdende schaal zoals bloeddruk, cholesterol, bloedsuiker of botdichtheid? Kun je een langzaam groeiende prostaattumor bij een bejaarde man het best een ziekte noemen en agressief behandelen, of is het beter om die met rust te laten, omdat negeren veel minder risico's oplevert dan behandelen? Is de gemiddelde, voorspelbare vergeetachtigheid van bejaarden de ziekte dementie, of de onafwendbare aftakeling van oude hersenen? Is een kind dat erg klein is gewoon klein uitgevallen, of moet het hormooninjecties krijgen?<sup>6</sup>

### Waarom er geen tests zijn voor de definitie van 'normaal' in de psychiatrie

Het menselijk brein is verreweg het ingewikkeldste ding in het universum dat we kennen. Het bevat 100 miljard neuronen, die stuk voor stuk in contact staan met duizend andere neuronen – zodat er in totaal wel 100 biljoen synaptische verbindingen zijn. Per seconde lopen er gemiddeld duizend signalen over elk van deze synapsen; elk signaal wordt mogelijk gemaakt door 1500 proteïnen en overgebracht door een of meer van de tientallen neurotransmitters die er bestaan.<sup>7</sup> De ontwikkeling van het brein is nog onwaarschijnlijker: het is een wonder van geraffineerd choreografeerde, stapsgewijze verhuizing van zenuwcellen. Elke zenuw moet precies de goede plek zien te vinden en precies de juiste verbindingen leggen. Als je bedenkt hoeveel stappen daarvoor nodig zijn en wat er allemaal mis kan gaan, zou je je geld eerder zetten op de wet van Murphy en de chaostheorie – de kans dat een brein normaal zal functioneren, lijkt bijzonder klein. Het is vreemd en wonderbaarlijk dat wij in de praktijk zo goed functioneren – de onwaarschijnlijke uitkomst van een verfijnd staaltje DNA-architectuur dat uit vele biljoenen stappen bestaat. Maar elk superingewikkeld systeem zal af en toe op chaotische wijze haperen. Er kan op allerlei manieren wat misgaan, met elke ziekte tot gevolg. Dat maakt het moeilijk voor de medische wetenschap om met reuzenstappen vooruit te komen.

De twee opwindendste doorbraken uit de hele geschiedenis van de biologie zijn de ontraadseling van de werking van het menselijk brein en het kraken van de genetische code. Niemand had kunnen voorspellen dat we zo snel zo ver zouden komen. Maar er is ook een grote tegenvaller geweest. We hebben veel geleerd over de werking van het brein, maar er be-

staan desondanks nog steeds geen methoden om die fundamentele kennis om te zetten in psychiatrische behandelingen. De krachtige nieuwe gereedschappen van de moleculaire biologie, genetica en breinscans hebben nog niet geleid tot een laboratoriumtest voor dementie, depressiviteit, schizofrenie, bipolaire stoornis, dwangstoornissen of voor welke psychische stoornis dan ook. De verwachting dat psychische stoornissen konden worden verklaard uit één gen, neurotransmitter of bekabelingsprobleem is een naïef droombeeld gebleken.

De psychiatrie kent niet één laboratoriumtest. Omdat er altijd meer variatie bestaat tussen de uitkomsten binnen een categorie van psychische stoornissen dan tussen een stoornis en normaliteit, of tussen een stoornis en andere stoornissen, heeft geen van de veelbelovende biologische ontdekkingen ooit als diagnostische test kunnen dienen. De werking van het brein laat zich niet gemakkelijk verklaren – duizenden onderzoeken naar honderden vermeende biologische markers hebben tot nu toe niets opgeleverd. Vanwaar die gapende kloof tussen die grote hoeveelheid kennis en het geringe aantal praktische toepassingen? Zoals Roger Sperry in zijn rede na de aanvaarding van de Nobelprijs voor de Geneeskunde zei: ‘Hoe meer we te weten komen, hoe meer oog we krijgen voor de unieke complexiteit van elk individueel intellect, en hoe sterker de conclusie zich opdringt dat de individualiteit van vingerafdrukken of gezichtskenmerken grof en simpel is vergeleken met dat van onze hersennetwerken.’<sup>8</sup> Het zal nog vele generaties duren voor alle verborgen mechanismen van psychische stoornissen zijn ontraadseld. Er is waarschijnlijk niet één weg die naar schizofrenie leidt – maar tientallen en misschien wel honderden of duizenden.

Het brein geeft zijn geheimen maar langzaam prijs, stukje bij beetje. Elke opwindende ontdekking blijkt een plaaggeest te zijn; ze biedt geen eenvoudige antwoorden en wordt zelden volledig gerepliceerd in vervolgonderzoek, waardoor zij meer heterogene complexiteit blootlegt dan verklaart. Om een analogie uit het honkbal te gebruiken: er zijn in dit vak geen *grand slams* en ook geen vrije lopen, terwijl veel slagmannen na drie slag uit gaan en in het gunstigste geval af en toe een honkslag slaan. En het zal een trage en kleine stap zijn, niet een of andere grote sprong vooruit. We zullen geen biologische markers hebben om de grens tussen normaal en psychische stoornis te trekken, voordat we de talrijke mechanismen begrijpen die de verschillende vormen van psychopathologie veroorzaken. En er zal geen Newton, Einstein of Darwin zijn die een grote, overkoepelende biologische theorie van normaliteit en psychische

stoornis levert – hooguit geduldige wetenschappers die zich stuk voor stuk tientallen jaren wijden aan het verklaren van één piepklein stukje van een gigantische legpuzzel met een biljoen stukjes. De oorzaken van psychische stoornissen zullen, wanneer ze gaandeweg worden ontdekt (net als bij borstkanker), slechts een klein aantal van alle ziektegevallen verklaren. De eerste echte stap in deze vooruitgang zal bestaan uit laboratoriumtests voor Alzheimer, die waarschijnlijk in de komende paar jaar beschikbaar komen.

De onmogelijkheid om biologische tests te doen, is een groot nadeel voor de psychiatrie. Daardoor berusten momenteel al onze diagnoses op subjectieve oordelen die inherent feilbaar zijn en onderhevig aan willekeur en veranderlijkheid. Het is net zoiets als een longontsteking moeten vaststellen zonder te kunnen testen op de virussen of bacteriën die de verschillende typen longinfectie kunnen veroorzaken.

### Kan de psychologie uitkomst bieden?

Helaas niet. Je kunt psychologische tests bij mensen afnemen tot ze wallen onder hun ogen krijgen en buiten adem raken, zonder dat je veel verder komt met het trekken van een grens tussen normale en abnormale mensen. De beperking van vrijwel alle tests die psychologen gebruiken, is dat hun uitkomsten worden uitgesmeerd over onze trouwe vriend, de normaalverdeling. De test kan je met opmerkelijke precisie vertellen waar iemand zich bevindt ten opzichte van zijn vergelijkingsgroep, terwijl het aantal standaarddeviaties dat iemand van het gemiddelde af zit vaak grote voorspellende waarde heeft. Maar de test zegt je niet waar je de grens van 'normaal' moet trekken. Dat wordt niet door de testuitslag bepaald, maar door de context.

Neem nu IQ-tests. Als je twee standaarddeviaties onder het gemiddelde van 100 zit, heb je een IQ van 70. Dat voorspelt een grote kans op leer- en levensproblemen. Twee standaarddeviaties boven normaal levert je een IQ van 130 op en voorspelt succes in studie en loopbaan. Maar er is geen reden om te denken dat iemand met een IQ van 70 heel anders is dan iemand met een IQ van 71 of zelfs 75.<sup>9</sup> De test heeft een foutmarge van vijf punten en allerlei factoren kunnen de optimale testafname hebben verstoord, terwijl sommige mensen veel meer of juist minder succes behalen dan je op grond van hun IQ zou verwachten.

Een IQ van 70 nemen als unieke grens voor duidelijk gestoord intellec-

tueel vermogen, is een willekeurige conventie die alleen betekent dat hiermee de onderste 2,5% van de populatie wordt geselecteerd. Die mensen komen hoogstwaarschijnlijk in aanmerking voor speciale voorzieningen en ontheffingen die hun nabije en vrijwel identieke burens onthouden worden. Maar de grens bij een IQ van 70, twee standaarddeviaties onder 100, is niet heilig; in de echte wereld betekent dat niets. Een iets hogere of lagere grens zou, afhankelijk van de situatie, net zo zinnig of onzinnig zijn. Als er meer geld is, zouden die voorzieningen ook kunnen worden aangeboden aan mensen met een IQ boven de 70. In sommige omgevingen redden mensen met een IQ van 70 zich prima. En wie zegt dat twee standaarddeviaties de grens moet zijn? Waarom niet één, drie of anderhalf? Die keuze is altijd willekeurig en wordt door de context bepaald, niet door de statistiek.

Dit wordt vaak vergeten. Een pijnlijk, recent voorbeeld is het besluit van het Amerikaanse Hooggerechtshof dat het ongrondwettelijk is om de doodstraf ten uitvoer te leggen bij iemand met een geestelijke ontwikkelingsachterstand. Het verschil tussen leven en dood hangt nu dus af van een onnozel, kunstmatig neponderscheid tussen een IQ van 70 en 71.<sup>10</sup>

Wat zou er gebeuren wanneer we de grens van twee standaarddeviaties (2,5%) op de psychiatrie toepasten en gingen eisen dat mensen zo ver van de gulden middenweg van de psychische gezondheid verwijderd moeten zijn om de diagnose 'psychische stoornis' te krijgen? De meeste psychiaters en andere professionals in de geestelijke gezondheidszorg zouden hun baan kwijtraken en in de ww belanden. Honderd jaar geleden beperkte de psychiatrie zich tot de zeer ernstig zieken, die in ziekenhuizen werden ondergebracht, terwijl een klein aantal mensen hen beroepshalve verzorgde. Sindsdien zijn we de klokkromme opgeklommen tot veel dichterbij het gemiddelde – zodat tegenwoordig 20 tot 25% van de Amerikanen psychisch gestoord heet te zijn, terwijl ruim een half miljoen mensen voor hen zorgen. Met behulp van het psychologische testparadigma kunnen we mensen zeer nauwkeurig met elkaar vergelijken, maar met deze methode kun je niet beslissen waar je de lijn tussen normaal en abnormaal moet trekken – bij 2,5 of 25% van de bevolking.