

# We weten niet wat ziekte is – wat helemaal niet zo erg is

Andreas De Block, Michiel Poorthuis

| TIJDSCHRIFT KLINISCHE PSYCHOLOGIE, 2019, 49(1), 58-70 |

## SAMENVATTING

Wie argumenteert tegen medicalisering, wil graag laten zien dat de gemedicaliseerde condities ten onrechte als ziekte worden bestempeld. Deze critici menen dat die condities 'eigenlijk' normaal zijn. De vraag is echter of we 'normaal' wel zo eenduidig van 'ziek' kunnen onderscheiden. De resultaten van de filosofische methode die gewoonlijk ingezet wordt om te bepalen wat 'ziekte' is, de zogenaamde conceptuele analyse, laten zien dat dit niet vanzelfsprekend is. Van grensgevallen kan moeilijk bepaald worden of er al dan niet sprake is van een ziekte en het zijn precies de grensgevallen die veelal centraal staan in de discussie rondom medicalisering. We laten zien dat deze vaststelling niet consequent doordacht wordt door critici van medicalisering. Onze vaststelling impliceert geenszins dat de medicalisering onproblematisch is, maar het betekent wel dat de critici van die medicalisering vaak onjuiste filosofische aannames als uitgangspunt nemen.

**Trefwoorden:** medicalisering, conceptuele analyse, DSM, stoornis

---

## Inleiding

De afgelopen decennia werden veel condities gemedicaliseerd. Dat geldt bijvoorbeeld voor overgewicht (obesitas), chronische vermoeidheid (CVS) en aandachtsproblemen (ADD). Niet alleen kregen ze de aandacht van artsen en werden ze steeds vaker met behulp van medische interventies aangepakt, men ging deze condities ook beschrijven als ziekten of stoornissen. Omgekeerd, en soms als reactie op een voorafgaande (en te verregaande) medicalisering, werden bepaalde condities uit de medische sfeer gehaald of werden pogingen daartoe ondernomen. Zo heeft er een demedicalisering van homoseksualiteit plaatsgevonden en het maatschappelijk denken over doofheid gaat in eenzelfde richting. De voorbeelden van doofheid en overgewicht maken duidelijk dat het debat ook gevoerd wordt over meer somatische aandoeningen, maar het medicaliseringsdebat is toch vooral heftig als het gaat om condities die als meer mentaal worden beschouwd (zoals: autisme, ADHD, verslaving).

De debatten rond medicalisering en demedicalisering zijn in de eerste plaats politiek en sociologisch van aard, maar ze lijken ook behoefte te hebben aan filosofische inbreng. Een belangrijke filosofische bijdrage is ethisch van aard en heeft betrekking op de (on)wenselijkheid van de (de)medicalisering. In enkele van haar nu klassieke monografieën bekritiseerde Trudy Dehue (2010, 2014) de almaar sterker wordende greep van de medische en farmacologische kijk op ons leven. En in een recent artikel in *de Volkskrant* trekt de Nederlandse psychologe Laura Batstra (2017) hevig van leer tegen de steeds verdergaande psychiatrisering van eigenaardige trekken, die ze verantwoordelijk acht voor veel verspillen van onderzoeksmiddelen en die de psychiatrie en de farmaceutische industrie daarenboven te veel macht geeft. De relevantie van de ethiek voor het medicaliseringsdebat was vanaf het begin duidelijk. De auteurs die over medicalisering schreven, deden dat immers bijna uitsluitend door de nadruk te leggen op het problematische karakter van de medicalisering of minstens door te beklemtonen dat de toenemende medicalisering minder positief is dan gewoonlijk wordt aangenomen (Conrad 1992; Illich 1975).

De betekenis van de filosofie voor dit debat blijft echter niet beperkt tot een ethische bijdrage. De filosofie zou daarnaast mogelijk kunnen helpen bij het verhelderen wat een ziekte/stoornis precies is. Dat is cruciaal omdat uiteindelijk veel van de kritiek op medicalisering het idee als uitgangspunt neemt dat de medicalisering verkeerd is, omdat bepaalde condities *ten onrechte* als ziekte worden gezien. In de literatuur wordt wel vaak een onderscheid gemaakt tussen twee fenomenen: pathologisering en medicalisering. Bij het eerste gaat het om een toename van ziektediagnoses, terwijl het bij het tweede gaat om het toenemende gebruik van medische interventies en advies (Sholl 2017). Maar zelfs wie de twee concepten onderscheidt, neemt aan dat pathologisering in feite nauw bij medicalisering aansluit, en dat het eerste vaak een opmaat is tot het tweede (Rose 2006). Bijgevolg is de kritiek op medicalisering vaak ook een kritiek op pathologisering. Ook Batstra (2017) benadrukt in haar kritische stuk dat erg bang zijn om te blozen bij publieke optredens ‘normaal’ is en geen ziekte, net zomin als zich erg storen aan de eetgeluiden van tafelgenoten – door psychiatrische onderzoekers ‘misofonie’ gedoopt – een stoornis is. Dat doet natuurlijk de vraag rijzen wat dan precies de correcte afbakening is van het concept ‘mentale stoornis’. Om dat te bepalen, wordt vaak verondersteld dat een conceptuele analyse nodig is.

In deze bijdrage zullen we eerst kort de kritiek op medicalisering bespreken. Vervolgens zullen we aangeven hoe de conceptuele analyse verondersteld wordt een belangrijke bijdrage aan die kritiek te leveren. De kern van onze bijdrage zal vervolgens die veronderstelde relevantie van de conceptuele analyse voor het medicaliseringsdebat kritisch tegen het licht houden. We zullen argumenteren dat de conceptuele analyse van ziekte niet tot het gewenste resultaat leidt, namelijk een finaal antwoord op de vraag welke condities als ziek beschouwd moeten worden.

## Diagnostische inflatie

In de aanloop naar de publicatie van de vijfde editie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) laaide de kritiek op dit handboek op. Opvallend was dat ook de voormalige voorzitter van de *taskforce* van de vierde versie van de DSM (DSM-IV) en lid van de stuurgroep van de derde versie van de DSM (DSM-III), Allen Frances, forse kritiek uitte op de toen nog te verschijnen DSM-5. De kern van zijn boodschap was dat de diagnostische categorieën van de DSM-5 onderhevig zijn aan ‘diagnostische inflatie’. Met die term doelde Frances op twee fenomenen. Het eerste fenomeen houdt in dat er nieuwe ziektecategorieën worden uitgevonden en dat deze uitvindingen worden beschreven als een ontdekking. Een illustratie hiervan is de ‘ontdekking’ van misofonie: sommige psychiaters beweren dat ze hebben ontdekt dat het een ziekte of stoornis is, maar critici stellen dat ze een bekende ergernis het label ‘stoornis’ (*disorder*) of ‘ziekte’ (*disease*) opplakken en zodoende een nieuwe stoornis/ziekte creëren. Het tweede fenomeen heeft te maken met het al te snelle gebruik van op zich niet-controversiële ziektecategorieën. Veel critici van de toenemende medicalisering vinden de depressie-epidemie hiervan een illustratie (Dehue, 2010), omdat in hun ogen die epidemie het resultaat is van het gebruik van het depressielabel voor op zich normale vormen van verdriet of lusteloosheid. Hoewel ze erkennen dat mensen echt aan een depressie kunnen lijden, betogen ze dat die diagnose nu veel te snel gesteld wordt.

Frances, en met hem vele anderen, zien de diagnostische inflatie, die men ook onder de noemer ‘pathologisering’ zou kunnen plaatsen, als een problematische tendens. Om dit probleem voor het voetlicht te brengen, wordt enige mate van retoriek niet geschuwd. Zo stelt Frances (2013) dat “problemen die vroeger gewoon bij het leven hoorden en werden verdragen, nu psychische stoornissen heten en ook zo worden behandeld” (p. 96). Ook hier zien we dat wordt gesteld, zoals vaak in de literatuur over medicalisering, dat de pathologisering van bepaalde condities een opmaat is tot verdere medicalisering (De Block & Adriaens; 2013; Sholl, 2017). Door een conditie als ziekte of stoornis te benoemen, zal men geneigd zijn om die conditie nog meer te benaderen met medische hulpmiddelen, waaronder farmacologische interventies.

De critici graven echter ook dieper. Ze speculeren ook over de oorzaken van die diagnostische inflatie. In een artikel van Batstra en Frances (2012a) worden twee oorzaken beschreven. Als eerste schuldige zien zij de DSM-III, waarin vele nieuwe diagnoses werden geïntroduceerd met lage, gemakkelijk haalbare drempelwaarden die hoge prevalenties opleverden. De redenering is helder: men kan gemakkelijk begrijpen hoe het verlagen van de drempelwaarden en het introduceren van nieuwe diagnoses bijdragen aan een hogere prevalentie en incidentie van psychiatrische stoornissen. Daarnaast poneren Batstra en

Frances dat agressieve marketing en het aanhoudend gelobby van de farmareuzen ook leiden tot diagnostische inflatie waarbij “they have devised the successful strategy of aggressively selling psychiatric ills as the optimal way of peddling psychotropic pills” (Batstra & Frances, 2012b, p. 5).

Een andere oorzaak laten deze critici echter grotendeels onbesproken. Die heeft te maken met een onderliggende filosofische kwestie, met name de moeilijkheid om te bepalen wat ziekte en gezondheid (of ziekte en niet-ziekte) van elkaar onderscheidt. Concreet lijkt het ons waarschijnlijk dat de onduidelijkheid over de grenzen van mentale stoornissen ervoor zorgt dat allerlei buitenwetenschappelijke factoren beïnvloeden waar men de *feitelijke* grenzen trekt. Mogelijk alludeert Frances hierop wanneer hij stelt dat “bij een psychiatrische diagnose alles af[hangt] van zeer beïnvloedbare subjectieve oordelen” (Frances, 2013, pp. 96-97). In wat volgt, zullen we argumenteren dat die moeilijkheid inderdaad filosofisch is, maar niet door de filosofie kan worden opgelost. We zullen ook laten zien hoe deze moeilijkheid de critici van medicalisering en aanhangers van diagnostische inflatie in een lastig parket brengt.

## Wat betekent ‘ziekte’?

De conceptuele analyse van ziekte zoekt naar een antwoord op de vraag wat we bedoelen als we spreken over ‘ziekte’. Wanneer gebruiken we dat concept juist en wanneer gebruiken we het verkeerd?

Gewoonlijk worden er drie categorieën van theorieën over de aard van het ziektebegrip onderscheiden: naturalistische, normativistische en hybride theorieën. Naturalistische theorieën stellen dat het onderscheid tussen zieke en niet-zieke toestanden uitsluitend te maken heeft met objectieve, wetenschappelijke feiten. Een bekende naturalist is Christopher Boorse (1975, 1976). Hij verdedigt de stelling dat ziekte een statistische afwijking is van de biologische norm van functioneren die typisch is voor de soort, het geslacht en de leeftijdsklasse waartoe het organisme behoort. Normativisten daarentegen beweren dat ziekte een afwijking is van een niet-objectieve, existentiële en/of morele norm. Rachel Cooper (2002) stelt bijvoorbeeld dat er sprake is van een ziekte als de volgende drie voorwaarden vervuld zijn: de conditie is onwenselijk, we beschouwen de persoon die de conditie heeft als iemand die pech heeft en de conditie kan mogelijk medisch worden behandeld. Natuurlijk ontkent Cooper niet dat ziekten (vaak) biologische oorzaken hebben,<sup>1</sup> net zomin als Boorse ontkent dat (veel, mogelijk zelfs alle) ziekten onwenselijk zijn. Wat Cooper en andere normativisten wel ontkennen, is dat die biologische oorzaken van ziekten bepaalde biologische kenmerken gemeenschappelijk hebben die ziekten onderschei-

den van niet-ziekten (Cooper, 2005; Kingma 2009). Boorse argumenteert dan weer dat er veel ziekten zijn die onwenselijk zijn, maar dat er ook veel niet-zieke toestanden beantwoorden aan de voorwaarden die Cooper formuleert. Zo is een ongewenste zwangerschap (per definitie) ongewenst, kan de ongewenst zwangere persoon pech hebben omdat ze zwanger is en kan de conditie medisch behandeld worden, maar ziet toch haast niemand een ongewenste zwangerschap als een ziekte of stoornis.

Deels als antwoord op de kritieken op de naturalistische en normativistische posities zijn ook hybride theorieën ontstaan die stellen dat het 'ziekte-oordeel' een oordeel over feiten én een oordeel over waarden vergt. De bekendste vertegenwoordiger van die hybride positie is Jerome Wakefield (1992; 1999). Hij argumenteert dat elke ziekte een schadelijke disfunctie is, waarbij het een wetenschappelijk oordeel is of iets disfunctioneert en een waardeoordeel of de conditie schadelijk is. De twee oordelen zijn afzonderlijk noodzakelijke voorwaarden en gezamenlijk de voldoende voorwaarde om te kunnen bepalen welke condities een ziekte zijn. Condities die schadelijk maar niet disfunctioneel zijn, zijn geen ziekten (zoals ongewenste zwangerschappen), aldus Wakefield, net zomin als disfunctionele condities die onschadelijk worden geacht (zoals geboortevlekken).<sup>2</sup>

De conceptuele analyse heeft één doel en dat is inzicht verschaffen in hoe onze concepten precies moeten worden toegepast. Naarmate het belang van die concepten toeneemt, lijkt dan ook het belang van de conceptuele analyse toe te nemen. Mensen zijn doorgaans meer geïnteresseerd in een conceptuele analyse van 'liefde', dan in een analyse van 'kalender'. Waarom een concept belangrijk is, valt moeilijk heel precies te bepalen. Maar het belang van een concept houdt zeker ook verband met het belang van de praktijken waarin dat concept een rol speelt en hoe centraal de rol is van dat concept in die praktijken. Nu zijn er heel wat praktijken waarin ziekte, zeker op het eerste gezicht, een belangrijke rol speelt. Ziekte lijkt bijvoorbeeld een min of meer centrale rol te spelen in de geneeskunde, in de biomedische wetenschappen, maar ook in bepaalde sociale wetenschappen die zich met het medische bezighouden (medische sociologie bijvoorbeeld), in de klinische psychologie, in de praktijken die te maken hebben met verzekeringen (ziekteverzekering, maar ook bijvoorbeeld reisverzekering) en in alledaagse attitudes en handelingen die draaien rond helpen en verzorgen (bijvoorbeeld: medelijden, geldig of ongeldig excuus voor afwezigheid). Voor al die praktijken vormt de diagnostische inflatie een ernstig probleem en lijkt de conceptuele analyse een oplossing te kunnen aanreiken. Maar is dat ook zo? Wij hebben redenen om te denken dat dit niet het geval is. Wij denken met andere woorden dat de conceptuele analyse niet kan waarmaken wat critici van medicalisering impliciet ervan lijken te verwachten. Ten eerste geloven we niet dat een conceptuele analyse van ziekte succesvol kan zijn. Ten tweede zullen we argumenteren dat zelfs als zo'n conceptuele analyse succesvol is, ze niet de oplossing aanreikt voor de genoemde problemen.

## Het probleem van de twijfel(gevallen)

Het hedendaagse debat over wat ‘ziekte’ is, wordt niet direct gekenmerkt door een duidelijke consensus. Geen enkele bestaande conceptuele analyse van ziekte kan rekenen op veel aanhangers. Maar moeten we hieruit afleiden dat een geslaagde conceptuele analyse van ‘ziekte’ echt onmogelijk is? Of wijst de huidige onenigheid er alleen op dat de (overtuigende) oplossing op dit ogenblik nog niet gevonden is en dat we gewoon nog beter moeten nadenken over deze kwestie? Wij denken dat de eerste optie het dichtst de waarheid benadert: een conceptuele analyse van ziekte zal volgens ons nooit succesvol zijn.

Natuurlijk zullen zelfs de meest overtuigde critici van conceptuele analyses erkennen dat er geslaagde conceptuele analyses mogelijk zijn. We weten bijvoorbeeld heel goed welke voorwaarden vervuld moeten zijn om een figuur terecht een cirkel te noemen. Alleen wijzen de critici van de conceptuele analyse erop dat voor een dergelijk inzicht helemaal geen filosofie vereist is. De wiskundigen hebben niet moeten wachten op filosofen om te begrijpen hoe ze het begrip ‘cirkel’ goed konden toepassen, net zomin als competente taalgebruikers moeten wachten op filosofen om hen uit te leggen dat een vrijgezel een persoon is die geen amoureuze relatie heeft. In deze voorbeelden is een conceptuele analyse eigenlijk overbodig. Bij de begrippen die wel filosofische tussenkomst lijken te vereisen, kunnen we vaststellen dat, ondanks de inzet van de grootste filosofische geesten gedurende meer dan twee millennia, er hooguit negatieve vooruitgang is geboekt (Chalmers, 2015; Nielsen, 1987): We weten misschien beter wat rechtvaardigheid, kennis en liefde *niet* zijn, maar we weten nog steeds niet welke elementen die begrippen wel constitueren. Dat lijkt ook het geval te zijn voor het concept ‘ziekte’.

We denken dat dit gebrekkige succes in belangrijke mate te maken heeft met het probleem van grensgevallen. In de volgende paragrafen schetsen we eerst kort wat een conceptuele analyse verondersteld wordt te doen met die grensgevallen, om vervolgens te tonen dat ze dat in feite niet doet en ook niet kan doen.

### Weg met de twijfel!

Conceptuele verheldering is en blijft een hoofdtaak van de filosofie. Door die verheldering krijgen we een beter inzicht in de concepten die we gebruiken, waar we dan normen uit kunnen afleiden over hoe we die concepten moeten gebruiken. De klassieke conceptuele analyse is slechts een vorm die deze filosofische verheldering kan aannemen. De klassieke conceptuele analyse van ‘ziekte’ gaat op zoek naar constituerende elementen van het ziektebegrip. Daarbij bewandelt ze het klassieke filosofische pad, waarbij beroep wordt

gedaan op zogenaamde intuïties – eigenlijk weinig meer dan oordelen – over het duidelijk correcte gebruik van het concept ‘ziekte’ door bijvoorbeeld artsen, maar ook door wat in filosofische terminologie ‘competente taalgebruikers’ heet. Vervolgens wordt gekeken naar datgene wat die gevallen, waarin men het concept juist gebruikt, gemeen hebben. Dan zoekt men naar tegenvoorbeelden om te kijken of de conceptuele analyse kan standhouden. Die tegenvoorbeelden kunnen gevallen zijn van duidelijk niet-zieke condities die toch de voorgestelde noodzakelijke en voldoende voorwaarden vervullen, maar vanzelfsprekend kunnen de tegenvoorbeelden ook condities zijn die door iedereen duidelijk als ziekte gezien worden en die niet beantwoorden aan de gestelde voorwaarden. Als bijvoorbeeld blijkt dat de voorgestelde conceptuele analyse impliceert dat een verkoudheid geen ziekte zou zijn (Kingma 2009), maar een zwangerschap wel, dan kunnen we het voorstel verwerpen. Als men geen overtuigende tegenvoorbeelden kan geven, dan is de conceptuele analyse geslaagd. De hoop is dat een dergelijke geslaagde conceptuele analyse ons vervolgens kan helpen om te beslissen over twijfelgevallen en dus ook discussies over het al dan niet terecht medicaliseren kan beslechten. Is ADHD een ziekte of een normale variant van menselijk denken en handelen? Waar ligt bij een spectrumstoornis de grens tussen de ernstige, duidelijk zieke vormen en de *mild and non-clinical deficits* (Maser & Akiskal, 2002)? Is obesitas een ziekte of enkel een gezondheidsrisico? Hoe kunnen we aan mensen die het tegendeel geloven duidelijk maken dat homoseksuele verlangens geen ziekelijke verlangens zijn?

De conceptuele analyse zou het probleem van de twijfelgevallen oplossen door eenduidig te laten zien welke condities wel en welke condities niet tot het domein van de pathologie behoren. In verhandelingen over medicalisering zien we – ook bij Batstra en Frances (2012a) – op dit punt vaak het gebruik van het woord ‘eigenlijk’. Een voorbeeld: men dacht dat een eigenaardige trek een ziekte is, maar *eigenlijk* is het een normaalvariant. Maar hoe weten ze dat? Hoe weten ze waar ze de grens kunnen trekken tussen ziekte en normale varianten? Kunnen ze daarvoor een beroep doen op de conceptuele analyse?

### De terugkeer van de twijfel

We zijn er niet van overtuigd dat de conceptuele analyse (eenduidig) het probleem van de grensgevallen zal oplossen. Men veronderstelt namelijk ten onrechte dat een conceptuele analyse zal leiden tot noodzakelijke en voldoende voorwaarden die als toetssteen ingezet kunnen worden. De grensgevallen zijn namelijk die gevallen waar onze intuïties ons in de steek laten, omdat onze intuïties onduidelijk zijn of omdat die intuïties te veel inter- en intra-individuele variatie vertonen (Swain, Alexander, & Weinberg, 2008). De critici van de medicalisering veronderstellen ten onrechte dat de onduidelijkheid opgelost kan wor-

den door onze duidelijke en gedeelde intuïties te gebruiken. Die duidelijke en gedeelde intuïties zouden het mogelijk maken om de noodzakelijke en voldoende voorwaarden voor een juiste toepassing van het ziektebegrip te preciseren. Vervolgens – en dat is de grote meerwaarde – zouden we na kunnen gaan of die voorwaarden vervuld zijn bij de grensgevallen. Jammer genoeg zal het bij de meeste – en mogelijk zelfs alle – grensgevallen niet duidelijk zijn of die noodzakelijke en voldoende voorwaarden vervuld zijn.

We kunnen deze, volgens ons, fatale moeilijkheid illustreren aan de hand van Wakefields 'schadelijke disfunctie'-analyse van ziekte en de toepassing ervan op grens- of twijfelgevallen. Volgens Wakefields (1992, 1999) zeer invloedrijke analyse zijn alle ziekten disfunctioneel én schadelijk. De 'schade'-component is een 'waarde'-component, die Wakefield cultureel invult. Dit houdt in dat een conditie alleen maar ziek kan zijn als die conditie volgens de waarden van een bepaalde cultuur schadelijk is. Dat is echter niet voldoende om van een ziekte te spreken: de conditie moet ook disfunctioneel zijn en die disfunctie vaststellen, gebeurt door de wetenschap. Er is sprake van een disfunctie als de eigenschap niet de effecten heeft waarvoor en waardoor die eigenschap natuurlijk geselecteerd werd. Ogen werden geselecteerd om te zien en als ogen niet kunnen zien, dan is dat disfunctioneel. Als een cultuur daarnaast van oordeel is dat het erg onwenselijk is om niet te kunnen zien, dan is de conditie naast disfunctioneel ook schadelijk en dus een ziekte. Horwitz en Wakefield (2007) gebruiken die analyse om langdurige rouw na het sterven van een geliefde te demedicaliseren. Zij hebben gelijk dat de opgestelde criteria voor 'majeure depressie' in de DSM-IV-TR ertoe konden leiden dat rouw na het overlijden van een geliefde in principe als een depressie (ziekte) kon worden gecategoriseerd. Maar het is niet zo dat Wakefields conceptuele analyse nodig is om in te zien dat veel negatieve gevoelens/affecten/emoties normaal en dus niet ziekelijk zijn. Verdriet is bijna altijd onprettig, maar vrijwel niemand zal verdriet bij het overlijden van een ouder, vriend of geliefde beschouwen als pathologisch. Dat lijken Horwitz en Wakefield (2007) ook te beseffen. Hun stelling is evenwel dat overdreven veel vormen van normaal verdriet gepathologiseerd worden, omdat men niet inziet dat deze varianten van normaal verdriet eigenlijk wel functioneel zijn. Zodra men inziet dat de correcte analyse van ziekte 'schadelijke disfunctie' is en men ook inziet dat heel intens en langdurig verdriet na het overlijden van een geliefde onwenselijk kan zijn, maar nooit disfunctioneel, zou de pathologisering/psychiatisering een halt worden toegeeroepen.

Ons lijkt dit een overschatting van de waarde en kracht van deze conceptuele analyse, aangezien het helemaal niet duidelijk is wat vanuit evolutionair perspectief de normale intensiteit en duur is van verdriet bij een groot verlies (bijvoorbeeld: van een geliefde of van werk). Is het functioneel of disfunctioneel als iemand drie dagen zijn bed niet wil uitkomen na het plotse overlijden van zijn lievelingsparkiet? Is het echt duidelijk functioneel



of disfunctioneel als iemand het vele weken luid snikkend met zijn gezinsleden over niets anders kan hebben dan zijn ontslag op het werk?<sup>3</sup> Volgens ons kan men daar niet echt zeker van zijn. Een conceptuele analyse neemt de vaagheid niet weg: ook op het niveau van de constitutieve concepten blijven er vage grenzen tussen wat wel en wat niet voldoet aan de noodzakelijke en voldoende voorwaarden. Waar nu precies de grens ligt tussen ‘schadelijk’ en ‘onschadelijk’ en tussen ‘functioneel’ en ‘disfunctioneel’ is uiteindelijk niet duidelijker dan de grens tussen ‘ziek’ en ‘niet-ziek’.

## Conclusie

Het is een gemeenplaats dat de grens tussen mentale stoornissen en normaliteit niet eenduidig te bepalen is (Sadegh-Zadeh, 2011, pp. 35-44). Waar precies de lijn getrokken dient te worden, is daarom vaak onderwerp van discussie. Frances en Batstra (2012a, 2012b) stellen dat de grens ten onrechte te veel opgerekt is en dat we verschijnselen die bij het leven horen als ziekte zijn gaan opvatten en daardoor als medisch probleem zijn gaan behandelen. We hebben gezien dat zij voor deze medicalisering de term ‘diagnostische inflatie’ reserveren. Toch beamen beide auteurs dat het onderscheid tussen mentale stoornissen en normaliteit geenszins eenvoudig te bepalen is. De vraag is echter of ze met die moeilijkheid consequent rekening houden in hun analyses.

Het spreken over fout-positieve gevallen als belangrijke problematiek in de hedendaagse psychiatrie is dan immers minder vanzelfsprekend dan het op het eerste gezicht lijkt. De gouden standaard waaraan testkarakteristieken als fout-positief worden afgelezen, blijkt immers moeilijk of zelfs onmogelijk te bepalen. Voor het diagnostisch oordeel kan men niet terugvallen op een heldere conceptuele analyse van ‘ziekte’ en zelfs als men dat zou kunnen, dan nog zou dit de vage grenzen tussen mentale stoornis en normaliteit niet aanscherpen. De vraag is derhalve gerechtvaardigd op welke standaard Batstra en Frances zich baseren om te spreken over “artificially elevated rates of mental illness” (Batstra & Frances, 2012b, p. 8). Bovendien moet men ook aan de opmerking dat “psychiatric diagnosis is thus especially vulnerable to muscular marketing efforts to medicalize normal human experiences” (Batstra & Frances, 2012b, p. 7) wel een kanttekening toevoegen. Het is namelijk vaak gewoon onmogelijk te bepalen of schijnbaar *normal human experiences* wel degelijk ‘normaal’ zijn.

Het is belangrijk dat de lezer ons goed begrijpt en ook goed inziet wat we niet verdedigen: we denken niet dat medicalisering een non-probleem is. Het lijkt ons dat de medische en psychiatrische blik vaak te veelomvattend is geworden, al willen we ook niet zo ver gaan alle medicalisering als onterechte medicalisering te zien (Conrad & Schneider, 2010; Rose, 2007). Wat we wel betogen, is dat de kritiek op die medicalisering zich beter maar niet beroept op een

conceptuele analyse die zal aantonen dat de gemedicaliseerde/gepsychiatriseerde conditie helemaal geen ziekte is. Om terug te keren naar het voorbeeld dat we in de inleiding gaven: Batstra (2017) bekritiseert mogelijk terecht het feit dat we een heel psychiatrisch arsenaal loslaten op betrekkelijk onschuldige condities zoals angst om rood te worden bij publieke aandacht. Ze vergist zich volgens ons echter als ze meent dat die angst een duidelijk normale/gezonde variant van menselijk gedrag is. Het lijkt ons een grensgeval. Iemand die af en toe begint te blozen bij het spreken en daarom liever niet het woord neemt, lijkt ons niet direct aan een stoornis te lijden. Maar geldt dat ook voor iemand die beslist nooit meer naar werkgerelateerde etentjes te gaan, omdat hij bang is te beginnen blozen bij een tafelrede? De les van ons artikel is dus in de eerste plaats een waarschuwing. Wat we niet mogen doen, is denken dat conceptuele analyse ons duidelijkheid zal verschaffen over de eigenlijke aard van dergelijke angst: ziek of niet-ziek. Door de filosofie wordt de onduidelijkheid niet weggenomen, maar er moet wel acht aan gegeven worden door critici van medicalisering.

Steven Weinberg (1992) betoogde ooit dat een filosoof voor de wetenschapper vaak weinig meer kan doen dan de wetenschap beschermen tegen andere filosofen:

The value today of philosophy to physics seems to me to be something like the value of early nation-states to their peoples. It is only a small exaggeration to say that, until the introduction of the post office, the chief service of nation-states was to protect their peoples from other nation-states. The insights of philosophers have occasionally benefited physicists, but generally in a negative fashion – by protecting them from the preconceptions of other philosophers. (p. 132)

Voor het grootste gedeelte zijn we het hiermee eens. Deze bijdrage is daar ook een illustratie van. Toch zou het een vergissing zijn te denken dat de taak van de filosofie bijgevolg onbeduidend is. De filosofische vooroordelen zijn immers niet alleen te vinden bij de filosofen, maar ook bij de wetenschappers (en bij de therapeuten). Het is belangrijk dat de filosofie ook aan hen duidelijk maakt dat veel oordelen, bijvoorbeeld de propositie dat er een duidelijk te bepalen grens is tussen ziekte en gezondheid, niet gerechtvaardigde vooroordelen zijn. Misschien kan ze dat nog het best door keer op keer te herhalen dat zij het ook niet weet. Dat betekent natuurlijk niet dat de filosofie helemaal geen concepten kan verduidelijken. Ze kan dat bijvoorbeeld doen door wittgensteiniaans aan te geven hoe concepten in verschillende taalspelen gebruikt worden, of naturalistisch, hoe ze met andere concepten verbonden raken. Ze kan ook voorstellen om bepaalde concepten de rug toe te keren ('eliminativisme') omdat ze te verwarrend of te verward zijn, of ze kan bepaalde concepten herdefiniëren ('filosofische explicatie') waardoor de verwarring ingeperkt wordt. Een klassieke conceptuele analyse van de interessante en complexe concepten is echter waarschijnlijk niet mogelijk.

## Noten

1. In veel naturalistische of hybride theorieën hoeven de oorzaken trouwens niet biologisch te zijn. Wakefields (1992, 1999) opvatting dat alle ziekten disfuncties zijn, impliceert alleen dat de eigenschappen die bij die ziekte betrokken zijn niet de effecten hebben die in de loop van de evolutie ervoor gezorgd hebben dat de eigenschap werd geselecteerd. Wat ervoor zorgt dat die effecten er niet zijn, kan volgens hem best een sociale, culturele of psychologische oorzaak hebben.
2. De voorbeelden zijn van Wakefield. Of ze overtuigend zijn, is aan de lezer.
3. Bij cardiovasculaire aandoeningen doet zich hetzelfde probleem voor: het hart heeft als duidelijke, geëvolueerde functie het bloed rond te pompen, maar we wisten natuurlijk al lang dat een hart dat geen bloed rondpompt geen gezond hart is. Daar hadden we Wakefields (1992, 1999) analyse niet voor nodig. Een vraag waar we niet direct een antwoord op hebben en waar conceptuele analyse verondersteld werd een antwoord op te kunnen geven, is bijvoorbeeld die naar het onderscheid tussen normale variaties in hartritme en hartritme-stoornissen.

## Literatuur

- Batstra, L. (2017, 1 september). Hoe de psychiatrisering van eigenaardige trekjes steeds verder gaat. *de Volkskrant, Wetenschap*. Geraadpleegd via <http://www.volkskrant.nl>
- Batstra, L., & Frances, A. (2012a). Diagnostic inflation. Causes and a suggested cure. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200, 474-479. doi:10.1097/NMD.0b013\*318257c4a2
- Batstra, L., & Frances, A. (2012b). Holding the line against diagnostic inflation in psychiatry. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81, 5-10. doi:10.1159/000331565
- Boorse, C. (1975). On the distinction between disease and illness. *Philosophy & Public Affairs*, 5, 49-68.
- Boorse, C. (1976). What a theory of mental health should be. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 6, 61-84. doi:10.1111/j.1468-5914.1976.tb00359.x
- Chalmers, D.J. (2015). Why isn't there more progress in philosophy? *Philosophy*, 90, 3-31. doi:10.1017/S0031819114000436
- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209-232. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.18.080192.001233>
- Conrad, P., & Schneider, J.W. (2010). *Deviance and medicalization: From badness to sickness*. Philadelphia, PA: Temple University Press.
- Cooper, R. (2002). Disease. *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 33, 263-282. doi:10.1016/S0039-3681(02)00018-3
- Cooper, R. (2005). *Classifying madness: A philosophical examination of the diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Dordrecht: Springer. doi:10.1007/1-4020-3345-1
- De Block, A., & Adriaens, P.R. (2013). Pathologizing sexual deviance: A history. *Journal of Sex Research*, 50, 276-298. doi:10.1080/00224499.2012.738259
- Dehue, T. (2010). *De depressie-epidemie: over de plicht het lot in eigen hand te nemen* (8<sup>ste</sup> ed.). Amsterdam: Atlas Contact.
- Dehue, T. (2014). *Betere mensen: over gezondheid als keuze en koopwaar*. Amsterdam: Atlas Contact.
- Frances, A. (2013). *Terug naar normaal. Inside informatie over de epidemie van psychische stoornissen, DSM-5, Big Pharma en de medicalisering van het dagelijks leven*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Horwitz, A.V., & Wakefield, J.C. (2007) *The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. New York, NY: Oxford University Press.

- Illich, I. (1975). The medicalization of life. *Journal of Medical Ethics*, 1, 73-77. <http://dx.doi.org/10.1136/jme.1.2.73>
- Kingma, E. (2009). Paracetamol, poison, and polio: why Boorse's account of function fails to distinguish health and disease. *The British Journal for the Philosophy of Science*, 61, 241-264. <https://doi.org/10.1093/bjps/axp034>
- Maser, J.D., & Akiskal, H.S. (2002) Spectrum concepts in major mental disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 25(4), xi-xiii. doi:10.1016/S0193-953X(02)00034-5
- Nielsen, K. (1987). Can there be progress in philosophy? *Metaphilosophy*, 18, 1-30. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9973.1987.tb00184.x>
- Rose, N. (2006). Disorders without borders? The expanding scope of psychiatric practice. *BioSocieties*, 1, 465-484. <https://doi.org/10.1017/S1745855206004078>
- Rose, N. (2007). Beyond medicalization. *The Lancet*, 369, 700-702. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60319-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60319-5)
- Sadegh-Zadeh, K. (2011). *Handbook of analytic philosophy of medicine*. Dordrecht: Springer. doi:10.1007/978-94-017-9579-1
- Sholl, J. (2017). The muddle of medicalization: Pathologizing or medicalizing? *Theoretical medicine and Bioethics*, 38, 265-278. <https://doi.org/10.1007/s11017-017-9414-z>
- Swain, S., Alexander, J., & Weinberg, J.M. (2008). The instability of philosophical intuitions: Running hot and cold on truetemp. *Philosophy and Phenomenological Research*, 76, 138-155. <https://doi.org/10.1111/j.1933-1592.2007.00118.x>
- Wakefield, J.C. (1992). Disorder as harmful dysfunction: A conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder. *Psychological Review*, 99, 232-247. doi:10.1037/0033-295X.99.2.232
- Wakefield, J.C. (1999). Evolutionary versus prototype analyses of the concept of disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 374-399. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-843X.108.3.374>
- Weinberg, S. (1992). *Dreams of a final theory: The scientist's search for the ultimate laws of nature*. New York, NY, Vintage Books.

## Summary

### We do not know what disease is – which is not so problematic at all

Anyone who argues against medicalization would like to show that the medicalized conditions are wrongly labeled as illnesses/diseases/disorders. These critics believe that these conditions are 'actually' normal. However, the question is whether we can unambiguously distinguish 'normal' from 'diseased'. The results of the philosophical method of conceptual analysis show that this is far from self-evident. We argue that it is difficult to determine whether or not borderline cases are disordered/diseased and it is precisely such borderline cases that are central to the discussions about medicalization. We show that this observation is not consistently thought through by critics of medicalization. Our conclusion does not imply that medicalization is unproblematic, but it means that the critics of that medicalization often take incorrect philosophical assumptions as a starting point.

**Key words:** medicalization, conceptual analysis, DSM, disorder

## Personalialia

Andreas De Block is gewoon hoogleraar wijsbegeerte aan de KU Leuven, waar hij vicedecaan onderzoek is van het Hoger Instituut voor Wijsbegeerte. Hij doet vooral wetenschapsfilosofisch onderzoek. E-mail: [Andreas.deblock@kuleuven.be](mailto:Andreas.deblock@kuleuven.be)

Michiel H.F. Poorthuis is arts en filosoof. Hij behaalde recent zijn MPhil aan het Hoger Instituut voor Wijsbegeerte van de KU Leuven. Op dit moment werkt hij als promovendus aan de University of Oxford.

## Verantwoording

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

# Postgraduaat in de psychotherapie jeugd en context

Start nieuwe opleidingscyclus oktober 2019 - juni 2023

- Optie 1** Integratieve opleiding in de Experiëntiële Psychotherapie en Cognitieve Gedragstherapie voor kinderen en jongeren
- Optie 2** Integratieve opleiding in de Experiëntiële en Ontwikkelingsgerichte Kinder- en Jeugdpsychotherapie

**Waar** Universiteit Antwerpen  
Campus Drie Eiken  
2610 Wilrijk

**Wanneer** Start oktober 2019  
optie 1 op donderdag (13.30-19.30 uur) | optie 2 op vrijdag (9.30-17.00 uur) |  
voor beide opties enkele vrijdagen en zaterdagen

**Voor wie** Kinder- en jeugdpsychiaters (in opleiding) en masters in de klinische psychologie of orthopedagogiek, werkzaam in een klinische setting voor behandeling van kinderen en/of jongeren en hun context

**Selectie** Mei-juni 2019 op grond van diploma, werksetting en selectiegesprek, aantal deelnemers beperkt tot twintig per optie

**Informatie** <https://www.uantwerpen.be/en/rg/capri/>



Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen  
Infobrochure (incl. aanmeldingsformulier) verkrijgbaar  
bij [Kirsten.demeulenaer@zna.be](mailto:Kirsten.demeulenaer@zna.be)

**Capri**

**U** Universiteit  
Antwerpen