# Recht op geluk

**Er lijkt een 'democratisering' van de DSM plaats te vinden: ziekte en toegang tot hulpverlening, toerekeningsvatbaarheid en arbeidsgeschiktheid worden beoordeeld met de DSM in de hand. Wat eerder nog verschijnselen van psychologische problemen werden genoemd, zijn nu symptomen van een stoornis. Medicalisering en pathologisering zijn het gevolg, en daarmee stigmatisering.**

*Foto: Rick Ellerkamp*

Door Liesbeth Simpelaar

Een paar jaar geleden voelde ik me erg gedeprimeerd en wilde ik in therapie. Het bleek helemaal niet zo makkelijk te zijn om een geschikte therapeut te vinden. Iedere therapeut benaderde mijn probleem weer anders en achtte iets anders wenselijk voor mij. Bij één van de therapeuten kreeg ik meteen een testje in te vullen. Ze telde de score en meldde dat ik een depressie had, en daarom zou ik naast het volgen van therapie ook pillen moeten slikken. Dat was nu eenmaal haar werkwijze en die was goed.
Maar ik wilde geen pillen om me anders te voelen. Ik wist wel waarom ik me somber voelde en ik vond het logisch dat ik me zo voelde. Dus vervolgde ik mijn zoektocht, en gelukkig vond ik toen een goede therapeute die gewoon luisterde en vanzelfsprekend respecteerde dat ik niet aan de pillen wilde.

Mijn verhaal is mijn verhaal, geen voorbeeld voor iedereen.
Ik weet dat pillen ook veel kunnen betekenen. Bij sommige mensen gaat het gevoel van ongelukkig zijn erg diep, en dan kunnen pillen ervoor zorgen je iets beter te voelen, zodat je open kunt staan voor nieuwe mogelijkheden. Want therapie vereist hoop, hoop dat het leven beter kan worden. En incasseringsvermogen, om jezelf te leren kennen en leren bij te sturen. Dat is niet makkelijk, 'wie zichzelf overwint heeft een sterke stad overwonnen', zegt men dan. Of ikzelf die stad heb overwonnen, tja, een beetje, ik laat er in ieder geval een vriendelijker watertje doorheen stromen.
Wat ik van mijn zoektocht naar een therapeut geleerd heb is dat een therapeut niet de absolute waarheid in pacht heeft. En ook niet moet doen alsof dat zo is.

**De grens tussen wat "ziek" en wat "gezond" genoemd kan worden, valt nooit scherp te trekken. De therapeut zelf bepaalt of iemand ziek of gezond is op basis van culturele waarden, opleiding, ervaring en gezond verstand.**

De snelheid waarmee de therapeute een diagnose stelde en pillen voor schreef, hebben me aan het lezen en denken gezet. Het blijkt dat op het moment een rappe diagnosticering belangrijk gevonden wordt en dat vooral aandacht wordt geschonken aan de fysieke aspecten van psychische problemen. De laatste decennia is er veel wetenschappelijk onderzoek naar de fysiologie van de hersenen en de invloed van de genen. Het streven daarbij is om iedere stoornis die vermeld wordt in de DSM IV (het recenst bijgewerkte Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) te herleiden tot fysiologische oorzaken.

De DSM probeert alle psychische problemen te classificeren, voor het professionele gemak van hulpverleners (om internationaal erkende en vakwetenschappelijke eenheid in het diagnosticeren te verkrijgen) en het gemak van de psychofarmaceutische industrie (die pillen ontwikkelt voor stoornissen zoals die in de DSM staan beschreven). Dat is nog te begrijpen. Maar recent zijn ook zorgverzekeraars de DSM gaan gebruiken. In het zorgverzekeringsstelsel is de diagnose "stoornis", plus een classificering volgens de DSM, voorwaarde voor vergoeding van een uitgebreider aantal therapeutische zittingen. En daar blijft het niet bij. Ook bij juridische zaken en arbeidsvragen wordt de DSM als een objectief ijkpunt toegepast. Er lijkt een "democratisering" van de DSM plaats te vinden (1): ziekte en toegang tot hulpverlening, toerekeningsvatbaarheid en arbeidsgeschiktheid worden beoordeeld met de DSM in de hand.
Dat alles vanuit de neiging om zaken te stroomlijnen en te kunnen controleren. Wat eerder nog verschijnselen van psychologische problemen werden genoemd, zijn nu symptomen van een stoornis.
Medicalisering en pathologisering zijn het gevolg, en daarmee stigmatisering. Of dit alles ook het gemak dient van de mens die problemen heeft, is twijfelachtig.
Bij dit groeiende gebruik van de DSM zou je haast vergeten dat elke classificatie van de menselijke werkelijkheid onvolledig is. De DSM kan alleen als een voorlopig model worden beschouwd. De DSM kan niet als een objectief ijkpunt dienen voor onderzoek, voor behandeling van individuen, voor het bepalen van wat ziek en wat gezond is.
Mensen voldoen zelden helemaal aan een algemene beschrijving van een stoornis en er zijn grote individuele verschillen. Ieder mens is een unieke, ingewikkelde mix van psychische, sociale en fysieke factoren: genen, vroegkinderlijke omstandigheden, opvoeding, ervaring, leerprocessen, bredere sociale omstandigheden, cultuur, invloeden van de samenleving. Hoe deze factoren op elkaar inwerken is wetenschappers nog helemaal niet duidelijk.
De DSM is maar een beperkt hulpmiddel en kan pas gehanteerd worden binnen een langdurige dialoog met een levend uniek mens. Om mensen adequaat te kunnen behandelen zijn er daarom gesprekken nodig over levensloop, persoonlijke beleving en klachten (1,2,3).
Uit onderzoek (1) blijkt dat bijna de helft van de bevolking volgens de DSM-criteria als psychisch gestoord valt aan te merken. De criteria, de beschrijving van symptomen bij een stoornis, gaan blijkbaar op voor veel "gezonde" mensen; ze zijn ook bij hen aanwezig, in lichte vorm of van voorbijgaande aard.
De DSM biedt geen richtlijnen om onderscheid te maken tussen "licht" en "zwaar". Bij de omschrijving van de depressieve stoornis wordt een uitzondering genoemd, nl. mensen die in de rouw zijn: die hebben dezelfde symptomen, maar niet de stoornis. Maar dat is de enige plaats in de DSM waar zo'n uitzondering wordt gemaakt.
De grens tussen wat "ziek" en wat "gezond" genoemd kan worden, valt nooit scherp te trekken, het blijft een gradueel verschil. De therapeut zelf bepaalt of iemand ziek of gezond is, en doet dat op basis van culturele waarden, opleiding, ervaring en gezond verstand.
Daarom is het zo belangrijk dat het alleen aan ervaren therapeuten wordt overgelaten een diagnose te stellen, en is de bovengenoemde democratisering van de DSM zo'n kwalijke zaak.
Ook de definitie van het begrip "stoornis" is nog in ontwikkeling. Is het een fysieke ziekte? Ondanks alle huidige beklemtoning van fysiologische oorzaken, is de wetenschap echter zover dat ze constateert dat het denken evenzeer invloed heeft op het brein als het brein op het denken. Het zou dus in ieder geval eenzijdig zijn om als enige boosdoener het brein aan te wijzen en als enige behandeling pillen te hanteren.
Een andere poging tot definitie van een stoornis is deze als schadelijk functioneren van ons evolutionair bepaalde organisme te zien (4). In dat geval zou je eventuele schade-

**Want het leven is niet altijd even leuk. Vreselijk, waartoe mensen in staat zijn, vreselijk, wat er op de wereld gebeurt, en we gaan allemaal nog dood ook.**

lijkheid alleen kunnen vaststellen in vergelijking met waar ons organisme voor "ontworpen" is, en dat waren heel andere leefomstandigheden dan de huidige. Misschien zijn we in onze evolutie als mens gewoon nog niet toe aan onze westerse technologische en kosmopolitische maatschappij. Als criterium voor wat ziek en wat gezond is zou "aangepastheid aan deze maatschappij" sowieso onzinnig zijn. Want met het feit dat je ergens in functioneert is immers niet gezegd dat dat goed en gezond is.

De DSM heeft in de loop van de tijd de beschrijving van wat als "depressie" aan te merken is, verruimd. Daarmee is de depressie ook gemedicaliseerd. Pillen ertegen worden meer en meer voorgeschreven, ook omdat er pillen ontwikkeld zijn met minder bijwerkingen.
Dat heeft een voordeel. Doordat een depressie te wijten is aan je fysieke systeem, aan stofjes in je hersenen, is het makkelijker om erover te praten. Het is iets wat je overkomt en je kiest wijselijk medicatie, net als je een gebroken been zou laten rechtzetten. De existentiële kant van depressie, het feit dat er een crisis is waarin je geconfronteerd wordt met je kwetsbaarheid, met je onmacht, die kant is veel moeilijker om mee om te gaan, voor jezelf en voor anderen.
Mensen zien liever iemand die positief in het leven staat en moeilijkheden de baas kan. Iemand die gebukt gaat onder het leven kan een haast instinctieve afkeer oproepen, omdat het zo'n machteloos gevoel geeft.
Leren we in onze cultuur wel om te gaan met kwetsbaarheid, met machteloosheid, met lijden (3)? In navolging van de Amerikaanse cultuur hebben we meer aandacht voor "hebben" en "doen" dan voor "zijn". In "hebben" en "doen" lijkt het geluk tenminste maakbaar. En er wordt veel waarde gehecht aan geluk, eigenlijk vinden velen dat we er gewoon recht op hebben.
Maar geluk valt niet helemaal te plannen. Depressieve mensen weten dat heel goed. In een onderzoek (5) onder studenten bleek dat (licht) depressieve mensen een realistischer kijk op hun mogelijkheden tot controle hebben dan niet-depressieve. De depressieve studenten in het onderzoek onderschatten hun kans op falen niet (zoals het verliezen van geld), en overschatten zichzelf niet bij positieve gebeurtenissen (zoals de kans om geld te winnen). Ze waren "sadder but wiser" dan niet-depressieve studenten. Want die bleken hun invloed veel te positief in te schatten. Natuurlijk is dat een effectieve manier om het leven voor jezelf leefbaarder te maken; het correcte realiteitsbesef van de depressieve studenten betekende ook een ontmoedigend realiteitsbesef. Maar al is het leven als je bescheiden bent over jezelf wat moeilijker, die bescheidenheid siert de mens wel, vind ik.

**Misschien is het niet realistisch om te verwachten dat we gelukkig zijn. Volgens Freud heeft de mens eenvoudigweg geen talent voor geluk. We blijven ten prooi aan innerlijke conflicten.**

Want het leven is niet altijd even leuk. Af en toe is het hemeltergend. Vreselijk, waartoe mensen in staat zijn, vreselijk, wat er op de wereld gebeurt, en we gaan allemaal nog dood ook. Lijden, als het nou nog zin had, maar het is zinloos.
Juist daarom is het vaak heel gerechtvaardigd om pillen te slikken zodat je er wat beter tegen kunt.
Meerdere psychologen en filosofen na Freud (6) geven aan dat de mens met een heleboel tegenstrijdige zaken te kampen heeft, zoals de angst voor de dood tegenover de angst om te bestaan en behoefte aan vrijheid tegenover behoefte aan geborgenheid.
De filosoof Safranski beschrijft onze ervaring van vrijheid ondanks alles wat ons bepaalt heel mooi (7): 'Bij je geboorte kom je als individu in het leven. In de loop van de tijd word je je bewust, tref je die individualiteit als het ware bij jezelf aan. De vorming van dat unieke ik gaat grotendeels buiten jezelf om, is resultaat van toevalligheden: genen, uiterlijk, opvoeding, de cultuur en het geschiedenistijdperk waarin je leeft. Dat alles is vol gebreken en mogelijkheden, en je hebt het er maar mee te doen. En tegelijkertijd, heel tegenstrijdig, is er de uiterlijke en innerlijke eis dat je, eenmaal volwassen, een ik bent die over zichzelf beschikt, zelf denkt en handelt en daarvoor verantwoordelijk is. Een beangstigende vrijheid binnen al die bepaaldheid.'
Je weg vinden tussen die tegenstellingen, misschien draait het leven daar om, en niet om geluk. Een mens is meer dan een verzameling stofjes in de hersenen. Daarom heeft de in de huidige psychotherapie regerende fysiologische theorie aanvulling nodig, bijvoorbeeld door een omvattender theorie over het menselijk bestaan. <>

Noten

1. Ruud Jongedijk: "Psychiatrische diagnostiek en het DSM-Systeem. Een kritisch overzicht" (www.empty-memories.nl/science/jongedijk.html)
2. Jan Derksen: "De psycholoog als psychopatholoog" (www.eqiq.nl/zuck.doc)
3. Marjan Slob (red.): "Een ander ik. Technologisch ingrijpen in de persoonlijkheid", uitgeverij Veen Magazines, 2004
4. Jaap van der Stel: "De kans op psychische problematiek neemt toe", 2002 (www.transformaties.org/stel/ggz/kans.htm)
5. Henk van der Molen e.a.: "Klinische psychologie", Uitgeverij Wolters-Noordhoff, 1997, p. 540
6. bijvoorbeeld Irvin Yalom, in: "Existential Psychotherapy"7. Rüdiger Safranski: "Hoeveel waarheid heeft de mens nodig?" Uitgeverij Atlas, 2004