

Het failliet van de psychiatrie

Pieter R. Adriaens

28 september 2021

De psychiatrie heeft altijd onder vuur gelegen. Collega-wetenschappers maken zich vrolijk over haar onwetendheid; patiënten voelen zich onheus behandeld, familieleden genegeerd; afvallige psychiaters leggen hun collega's over de knie; en de publieke opinie bekijkt met argusogen het aanhoudende tumult. Sinds kort mengen ook historici en sociologen zich in het debat. De geschiedenis van de psychiatrie toont een discipline die worstelt met wat ze niet weet, zeggen Andrew Scull in *Psychiatry and its Discontents* (2019) en Owen Whooley in *On the Heels of Ignorance* (2019). Waar moet het met de psychiatrie naartoe?

1. Een kleine geschiedenis van de psychiatrie

Aan het eind van de negentiende eeuw sneerde de Amerikaanse neuroloog Edward Spitzka dat psychiaters experts zijn in 'alles behalve de diagnose, pathologie en behandeling van waanzin.' Psychiaters hadden inderdaad gegokt en verloren. Met grootse beloftes over efficiëntere zorg en spectaculaire herstelpercentages, hadden ze honderd jaar eerder overheden overtuigd dat *krankzinnigen* thuishoren in grote moderne instellingen. Daar zouden ze worden verzorgd en genezen door medisch bekwaam personeel, eerder dan door hun familie of door leken en religieuze figuren, zoals vaak het geval was in de kleinschaliger dolhuizen van de zeventiende en achttiende eeuw. De imposante gestichten die vervolgens in Europa en Noord-Amerika uit de grond rezen, stroomden al gauw vol met allerlei pechvogels, buitenbeentjes en sukkelaars. De overbevolking leidde tot allerlei misstanden en toen bleek dat uiteindelijk nauwelijks een derde van de patiënten kon worden genezen, keerden zowel collega-wetenschappers, zoals Spitzka, als de publieke opinie zich tegen de psychiatrie.

In een poging om hun krediet terug te winnen, begonnen vroegtwintigste-eeuwse instellingspsychiaters driftig te experimenteren met allerlei lichamelijke behandelingen die de psychiatrie op korte termijn twee Nobelprijzen opleverden. De eerste ging in 1927 naar de Oostenrijkse psychiater Julius Wagner-Jauregg, die erin slaagde om een aanzienlijk deel van de instellingspopulatie te genezen door ze te besmetten met malariaparasieten. Het ging voornamelijk om patiënten die leden aan neurosyfilis, een vergevorderde en dodelijke infectie die gepaard gaat met vreselijke neuropsychiatrische symptomen. De opeenvolgende koortsgolven verdreven de syfilisbacterie naar de achtergrond en een aantal patiënten konden hun leven daadwerkelijk hernemen. De malariabonanza was helaas ook het startschot van een nieuwe golf van steeds brutalere experimenten met beduidend minder spectaculaire resultaten: de opwekking van coma's en stuiptrekkingen, de chirurgische verwijdering van tanden, amandelen en andere lichaamsdelen (waarin men een ontsteking vermoedde), het inspuiten van paardenserum om meningitis te veroorzaken, het oververhitten of diepvriezen van patiënten in kisten, enzovoort. Het trieste hoogtepunt van die experimenteerorgie leverde de psychiatrie ironisch genoeg een tweede Nobelprijs op. In 1949 viel die eer te beurt aan de Portugese arts Egas Moniz voor zijn uitvinding van de lobotomie – een chirurgische ingreep die min of meer specifieke delen van het hersenweefsel van patiënten onherstelbaar beschadigde, vaak met desastreuze gevolgen voor de weerloze slachtoffers.

Intussen hadden twee wereldoorlogen een nieuwe patiëntenpopulatie gecreëerd – jongemannen die getekend waren door de verschrikkingen van het front, maar niet in die mate dat ze thuishoorden in de grote instellingen. De Europese psychiaters die tijdens het interbellum emigreerden, op de vlucht

voor het nationaalsocialisme, verspreidden bovendien een nieuwe denkstijl en therapievorm, de psychoanalyse, die na de oorlog grote successen zou claimen bij de behandeling van oorlogstrauma's. Na de Tweede Wereldoorlog veranderde ook de locus van het psychiatrische gebeuren, van de instelling naar de privépraktijk. Psychoanalytische psychiaters deden gouden zaken met patiënten die vaak minder ernstig ziek waren dan de patiënten in de instellingen. Instellingspsychiaters kwamen daarentegen opnieuw onder vuur te liggen, onder meer vanuit eigen rangen, met striemende kritiek van populaire figuren als Thomas Szasz en Ronald Laing, die de instellingen vergeleken met concentratiekampen. Vanaf de jaren 1950 begonnen de instellingen langzaam leeg te lopen – een proces dat af en toe aangewakkerd werd door nieuwe kritiek. Een opvallende versneller was de beroemde undercoverreportage die de Amerikaanse psycholoog David Rosenhan in 1973 publiceerde in *Science*¹. Hij en enkele medewerkers hadden zich als pseudopatiënten aangemeld bij verschillende psychiatrische instellingen, telkens met een enkele klacht: ze hoorden een stem die drie woorden herhaalde: *thud, empty, hollow*. Het resultaat? Elk van hen kreeg de diagnose van schizofrenie of manisch-depressiviteit; elk van hen werd opgenomen; en elk van hen kreeg grote hoeveelheden medicatie voorgeschoteld. Instellingspsychiaters waren blijkbaar niet in staat om psychisch zieke van psychische gezonde mensen te onderscheiden. (Rosenhans werk staat ondertussen echter op losse schroeven door fantastisch onderzoekswerk van de Amerikaanse journaliste Susannah Cahalan, die in een recent boek, *The Great Pretender* (2019), aantoont dat Rosenhan met zijn data knoeide.)

In diezelfde periode belandde niet alleen de instellingspsychiatrie, maar ook de psychoanalyse in zwaar weer. Drie decennia lang hadden psychoanalytici het psychiatrische denken gedomineerd, maar uiteindelijk werden ze ingehaald door hun rivalen, met name de academische klinische psychologen, die goedkopere en efficiëntere data-gedreven psychotherapieën aanboden, en een nieuwe generatie neurobiologisch georiënteerde psychiaters. Zij pasten nu eenmaal beter in de nieuwe rol van universiteiten als onderzoeksinstituten die teren op overheidsfinanciering, en ze surften vrolijk mee op het succes van steeds nieuwe generaties van psychiatrische geneesmiddelen, die enkel zij konden voorschrijven.

Geprikkeld door onder meer het werk van Rosenhan besloot de nieuwe lichter van biologische psychiaters eerst het probleem van diagnostiek aan te pakken. Psychoanalytici waren absoluut niet geïnteresseerd in het opmaken van diagnoses. Het was voor hen een vorm van tijdverlies, omwille van hun radicale focus op het individu. Die onverschilligheid werd hen zwaar aangerekend, onder meer door de publieke opinie, toen bleek dat de betrouwbaarheid van de psychiatrische diagnostiek abominabel was. Zelfs wanneer verschillende teams dezelfde diagnostische criteria gebruikten om eenzelfde patiënt te onderzoeken, kwamen ze vaak tot verschillende diagnoses en dus ook tot verschillende therapieën. Om zulke problemen op te lossen, besloot de Amerikaanse Psychiatrische Vereniging om nieuwe edities van hun handboek, de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), te beginnen met DSM-III (1980), te voorzien van zogenoemde *Research Diagnostic Criteria* – heldere en strenge criteria die voor elke ziektecategorie stipuleren welke symptomen, en hoeveel en hoelang, er precies nodig zijn om tot een diagnose te komen. Ziekteverzekeraars waren uiteraard erg opgetogen met die nieuwe aanpak, die helderheid beloofde over wie ziek was en wie niet, en ze lieten zich prompt overhalen om hun uitkeringen en terugbetalingen te koppelen aan specifieke DSM-diagnoses. Bovendien werd ook het aantal ziektecategorieën stelselmatig opgedreven, deels om tegemoet te komen aan het verlangen van farmaceutische bedrijven om gericht onderzoek te kunnen doen over de werkzaamheid van hun nieuwe (en bijzonder lucratieve) geneesmiddelen. Die *folie à plusieurs* heeft van de DSM in de voorbije veertig jaar een onwaarschijnlijk succesvol document gemaakt, dat vandaag (bijna) overal ter wereld gebruikt wordt voor administratieve en

¹ David Rosenhan (1973). 'On being sane in insane places.' *Science* 179: 250-258.

onderzoeksdoeleinden. In 2013 verscheen de voorlopig laatste versie, DSM-5, die Scull (2019, 69) omschrijft als ‘een Gouden Gids op steroïden.’ Feit is dat het aantal bladzijden en ziektecategorieën in DSM in de voorbije decennia verveelvoudigd is. In de ogen van voorstanders is die toename een duidelijke maat van succes.

De focus op diagnostiek is een belangrijke gemene deler tussen de nieuwe lichter van biologische psychiaters en de negentiende-eeuwse instellingspsychiaters, maar ze is zeker niet de enige. Beiden wilden ook van de psychiatrie opnieuw een wetenschap maken, met een duidelijke focus op de biologische oorzaken en aspecten van psychische stoornissen, en een duidelijke taak: *cutting nature at the joints*. Het uiteindelijke doel van de DSM is immers niet alleen betrouwbaarheid, maar ook validiteit, dat wil zeggen dat de verschillen tussen DSM-ziektecategorieën de verschillen in de werkelijkheid moeten weerspiegelen. De verbetering van de betrouwbaarheid van de psychiatrische diagnostiek was uiteindelijk maar een eerste stap in de richting van een definitieve en valide wetenschappelijke opdeling van het veld, die vergelijkbaar zou zijn met de tabel van Mendelejev in de chemie.

2. Wie gelooft die psychiaters nog?

Veertig jaar na de laatste machtswissel in de psychiatrie kan men zich de vraag stellen of de beloftes ditmaal wel konden worden ingelost. Zijn psychiaters nog steeds experts in ‘alles behalve de diagnose, pathologie en behandeling van waanzin’, zoals Spitzka ooit beweerde?

Het wereldwijde succes van het DSM-project suggereert dat de psychiatrische diagnostiek er op vooruitgegaan is, maar volgens critici, zoals Scull en Whooley, is dat een illusie. (Een recent rapport van de Hoge Gezondheidsraad over het gebruik van DSM in België, komt tot een gelijkaardig besluit².) Het fundamentele probleem van de DSM is dat de classificatie nog steeds weinig of geen validiteit heeft. Dat blijkt onder meer uit het feit dat twee personen met eenzelfde diagnose opvallend verschillende symptoomprofielen kunnen hebben, maar ook dat eenzelfde kernsymptoom, zoals rusteloosheid, opduikt in de diagnostische criteria van verschillende ziektecategorieën. Het helpt ook niet dat er tot op heden nauwelijks psychiatrische ziektecategorieën bestaan waarvoor men een eenvoudige biologische oorzaak heeft kunnen vinden die zich bovendien voordoet bij alle patiënten met een bepaalde aandoening (en dus niet bij gezonde mensen of patiënten met andere aandoeningen). Meer dan drie decennia van intensief en duurbetaald biologisch onderzoek, bijvoorbeeld in genetica, neurowetenschappen en ontwikkelingsbiologie, heeft eigenlijk bedroevend weinig betrouwbare antwoorden gegeven op de vraag waarom mensen psychisch ziek worden. En als men dan toch zo’n oorzaak vindt, zoals onlangs in het geval van een vorm van auto-immunencefalitis, is het opvallend dat neurologen meteen met het ziektebeeld gaan lopen. De ziekte is dan niet langer een psychiatrische problematiek.

Het gebrek aan validiteit is een reëel probleem voor de toekomst van DSM, in die zin dat het onder meer het Amerikaanse National Institute of Mental Health deed besluiten om de classificatie niet langer te gebruiken bij het verdelen van onderzoeksgeld. Hoe komt het dat de DSM er niet slaagt de werkelijkheid te vatten? Ten eerste is het zo dat het introduceren en verwijderen van ziektecategorieën, en het uitwerken van de bijhorende diagnostische criteria, zelden gebeurt op basis van empirische data (ook al wordt dat vaak beweerd door bepaalde architecten van DSM). De Amerikaanse Psychiatrische Vereniging werkt liever volgens de BOGSAT-methode – *a Bunch of Guys*

² Hoge Gezondheidsraad (2019). [DSM-5 : Toepassing en Status van de Diagnose en Classificatie van Geestelijke Gezondheidsproblemen](#). Brussel: HGR. Advies nr. 9360.

Sitting Around a Table. De kennis van ervaren experts kan op zichzelf waardevol zijn, maar enkel wanneer ze minstens gedeeltelijk gebaseerd is op wetenschappelijk onderzoek of praktijkervaring, en daar wringt de schoen. Uit onderzoek blijkt dat de leden van de verschillende DSM-commissies op allerlei manieren werden beïnvloed door de publieke opinie en lobbywerk van verschillende actoren: patiëntenorganisaties, de geneesmiddelenindustrie, de ziekenfondsen en de verzekeringsmaatschappijen. In sommige commissies van DSM-5 hadden *alle* leden financiële banden met farmareuzen. Een van de redenen waarom DSM-5 bijvoorbeeld wel van een autisme-spectrum maar niet van een psychose-spectrum gewag maakt, heeft te maken met hevige weerstand van het verzekeringswezen, dat zich zorgen maakt over de impact van die wijziging op haar financiële modus operandi. De introductie van het autisme-spectrum joeg dan weer patiënten en hun familieleden in de gordijnen, omdat ze vreesden dat bepaalde aandoeningen niet langer als autisme zouden gelden, met alle gevolgen van dien voor de terugbetaling van hun behandelingen.

Ten tweede is het zo dat de DSM geen deugdelijke definitie van psychische stoornis hanteert, waardoor de deur openstaat voor de medicalisering of psychiatrisering van het dagelijks leven. Onderzoek toont aan dat de DSM regelmatig denk- en gedragspatronen die men voordien als normaal beschouwde, tot aandoeningen bombardeert. Neerslachtigheid werd op die manier depressie; baldadigheid ADHD; verlegenheid sociale fobie; koppigheid oppositioneel-opstandige gedragsstoornis. De neiging om steeds meer normale toestanden als ziekten te beschrijven, is niet alleen een gevolg van de machtshonger of territoriumdrift van psychiaters zelf, maar ook van de druk die ze ervaren van patiënten en hun verwanten, die een DSM-diagnose vaak verwarren met een erkenning van hun lijden. En uiteraard is ook de geneesmiddelenindustrie gebaat bij het oprekken van ziekten – hun winkeltje vaart er wel bij. De makers van de DSM lijken niet altijd goed te beseffen dat hun classificatie meer is dan een (bedenklijke) poging om een natuurlijke stand van zaken te spiegelen. Elke psychiatrische classificatie speelt ook een actieve rol in de sociale wereld. Meer nog: ze geeft mede vorm aan de populaties die ze beschrijft, en verandert op haar beurt door veranderingen in die populaties. Kortom: de psychiatrie is niet alleen een kennisdomein, maar ook een sociaal instituut dat normen en overtuigingen produceert over wat normaal is en wat niet.

Tijdens de twintigste eeuw heeft de psychiatrie geen bijzondere vooruitgang geboekt wat *diagnose* en *pathologie* betreft. Is het dan misschien beter gesteld met de *behandeling* van psychische stoornissen? Het lijkt vanzelfsprekend dat er vandaag meer behandelingen bestaan, die bovendien effectiever en specifiekere zijn. Heel wat bestaande behandelingen zijn verfijnd. Elektroconvulsietherapie (ECT) bestaat nog steeds, maar is nauwelijks nog vergelijkbaar met de brutale shocktherapie die men aanbood in de jaren 1930. Daarnaast zijn er ook een aantal nieuwe behandelingen die mooie slaagcijfers kunnen voorleggen, zoals diepe hersenstimulatie (DBS) bij obsessief-compulsieve problemen. Beide therapieën worden nu meestal gebruikt als laatste uitweg, bij patiënten die niet gebaat zijn met de gangbare middelen, zoals psychotherapie en geneesmiddelen. Scull schenkt weinig aandacht aan dat goede nieuws. Hij heeft het vooral over de farmaceutische revolutie in de tweede helft van de twintigste eeuw, waarbij steeds nieuwe psychiatrische geneesmiddelen op de markt werden gebracht, vaak met onwaarschijnlijke winsten voor de producenten. Elk nieuw product werd deskundig in de markt gezet als de volgende *magic bullet*, maar volgens critici wordt hun waarde schromelijk overschat.

Dat geldt ten eerste voor de laatste generatie van geneesmiddelen ter behandeling van depressie, de antidepressiva die sinds het einde van de jaren 1980 op de markt zijn, met Prozac als boegbeeld. Onderzoek over de werkzaamheid van zulke geneesmiddelen is een rommeltje. Geneesmiddelenfabrikanten financieren en controleren de meeste wetenschappelijke studies. De proefpersonen in die studies zijn helemaal niet representatief voor de patiënten die de

geneesmiddelen in het echte leven voorgeschreven krijgen. Resultaten die de werkzaamheid van antidepressiva in twijfel trekken, worden zelden gepubliceerd. De vragenlijsten die gebruikt worden om de ernst van depressieve klachten te meten, maken het makkelijker om de werkzaamheid van de middelen te overschatten. En ten slotte geven de weinige betrouwbare meta-analyses aan dat antidepressiva een heel kleine effectgrootte hebben, in die zin dat ze de ernst van depressieve klachten nauwelijks doen dalen. Bovendien hebben vele antidepressiva vervelende bijwerkingen, gaande van gewichtstoename over seksuele problemen tot slapeloosheid (ironisch genoeg een in de DSM vermeld symptoom van...een depressie).

Ook de waarde van antipsychotica, dat wil zeggen geneesmiddelen ter behandeling van psychotische stoornissen, wordt schromelijk overschat. Sommige psychiaters beweren dat de tweede generatie van zulke middelen, de zogenaemde atypische antipsychotica die ontwikkeld werden na de jaren 1970, opvallend veiliger en werkzamer zijn dan de eerste generatie, die dateert uit de jaren 1950. Uit recente meta-analyses blijkt echter dat de tweede generatie niet alleen dezelfde (ernstige) neurologische bijwerkingen heeft als de eerste, maar ook andere en nieuwe bijwerkingen, zoals gewichtstoename. Bovendien werken ze nauwelijks beter dan de eerste generatie van antipsychotica. Voor beide generaties geldt overigens dat gemiddeld 10 tot 20 procent van de proefpersonen bij toediening moest worden opgenomen in het ziekenhuis...omwille van een toename in de ernst van de symptomen. Een editorial commentaar op een andere meta-analyse uit 2009, gepubliceerd in *The Lancet*, windt er geen doekjes om: 'The atypicals can now be regarded as an invention only, cleverly manipulated by the drug industry for marketing purposes.'³ Een bijkomend probleem is dat er weinig of geen nieuwe psychofarmaceutische middelen in de pijplijn zitten – een van de gevolgen van het feit dat er weinig of geen vooruitgang is in het onderzoek over de oorzaken van psychische stoornissen.

Misschien erger nog dan de beperkte winsten die de psychiatrie boekte in de voorbije honderd jaar, op vlak van diagnose, pathologie en behandeling, is de indruk van stuurloosheid die de discipline wekt. Het is uiteraard naïef te denken dat de wetenschap een cumulatief en progressief proces is waarbij wetenschappers steeds dichterbij de werkelijkheid benaderen, maar de psychiatrie maakt het bij momenten wel erg bont. De geschiedenis van de discipline lijkt een aaneenrijging van toevalligheden, strategische allianties, patstellingen en grootse revoluties, die telkens weer voor koerswijzigingen zorgen zonder dat er duidelijke en blijvende winsten worden geboekt. Die conclusie is des te pijnlijker als men beseft hoe groot de wanhoop is van diegenen die beroep doen op haar diensten.

3. Onwetendheid erkennen

De eerlijkheid gebiedt dus de psychiatrie te erkennen dat ze na meer dan tweehonderd jaar nog steeds te kampen heeft met een grote onwetendheid. Psychiaters weten niet hoe mentale toestanden, zoals angst en depressie, zich verhouden tot de hersentoestanden die ze zien oplichten in hersenscans. Ze weten niet waar precies de grens ligt tussen ziekte en gezondheid. Ze weten niet waarom sommige mensen psychotisch reageren op tegenslagen in het leven, terwijl anderen eerder neerslachtig of angstig worden. Ze weten niet waarom sommige mensen gebaat zijn bij geneesmiddelen en anderen niet. Ze weten niet *hoe* die geneesmiddelen werken, als ze werken. Ze weten niet hoe ze het veld van psychische stoornissen best ordenen. Bovendien is het ook niet meteen duidelijk hoe die onwetendheid moet worden weggewerkt.

Aan het eind van zijn boek doet Scull een gedachte-experiment. Stel je eens een wereld voor waarin psychiaters eerlijk uitkomen voor hun onwetendheid – een wereld waarin ze niet langer hemel en

³ Peter Tyrer & Tim Kendall (2009). 'The spurious advance of antipsychotic drug therapy.' *Lancet* 373: 4-5.

aarde bewegen om aan die onwetendheid te ontkomen, bijvoorbeeld door ze vlakaf te ontkennen, aan voorgangers te wijten, of aan de complexiteit van hun studieobject, of te presenteren als een tijdelijk probleem dat zij dadelijk zullen oplossen, als er maar genoeg geld komt voor steeds grotere en duurdere studies. Zelf is Scull (2019, 296) erg pessimistisch over de gevolgen van zo'n bekentenis: 'Psychiatry's status is precarious enough as it is. One can only guess to what depths it might sink in a world like that one.' Maar is dat wel zo?

Onwetendheid erkennen is voor ieder van ons een moeilijke klus. Onwetendheid zorgt voor onrust, angst en schaamte. Niemand wordt graag betrap op onwetendheid, ook wetenschappers niet, en dat geldt a fortiori voor diegenen die hun kennis inzetten in de praktijk, zoals psychiaters. Een gebrek aan kennis kan een bedreiging vormen voor hun professionele autoriteit. Er staan immers mensenlevens op het spel. Hoeveel onwetendheid zijn we bereid te verdragen vooraleer psychiaters ons vertrouwen verliezen? Gezien de omvang van hun onwetendheid, is het niet verwonderlijk dat ze tot op heden allerlei strategieën gebruiken om hun niet-weten te verdoezelen en te verzachten. Een van die strategieën is die van de heruitvinding. In de voorbije tweehonderd jaar heeft de psychiatrie zich talloze keren heruitgevonden, van instellingswetenschap over zielknijperij tot gemeenschapspsychiatrie, waarbij de onwetendheid van het verleden en heden telkens weer getransformeerd werd in grootse verwachtingen voor de toekomst. Sinds enige tijd schurkt de psychiatrie steeds nadrukkelijker aan bij de neurowetenschappen, met bijhorende beloften over grootse ontdekkingen en nieuwe therapieën, zoals precisiegeneeskunde. Maar hoe vaak kan de psychiatrie zich nog heruitvinden zonder aan geloofwaardigheid in te boeten?

Misschien is het tijd voor een andere, op het eerste gezicht verrassende strategie, die ingaat tegen Scull's analyse. Misschien is het tijd om de onwetendheid te erkennen, onder ogen te zien. Onwetendheid wordt vaak verward met domheid, maar domheid is in wezen het ontkennen, negeren of verdoezelen van onwetendheid. Domheid is denken te weten. Onwetendheid is eenvoudigweg *niet weten*. Waarom is het belangrijk dat niet-weten te erkennen? Ten eerste is onwetendheid waardevol omdat ze een rol speelt bij een aantal morele deugden die wij als samenleving waarderen, zoals bescheidenheid en nederigheid. Echte bescheidenheid veronderstelt bijvoorbeeld een onwetendheid over de eigen waarde. Ten tweede is onwetendheid nauw verbonden met kennis. Weten dat we niet weten is een belangrijke motor in onze zoektocht naar kennis. Nieuwe kennis vraagt om onwetendheid. Domheid daarentegen – het verdoezelen van onwetendheid – remt onze zoektocht naar kennis af. Wanneer we iets denken te weten en ons zeker wanen, hoeven we niet verder te zoeken. We weten het toch al?

Mijn punt is niet dat psychiaters zich in onwetendheid moeten wentelen. Ik pleit niet voor gemakzucht, fatalisme, laat staan voor domheid. Onwetendheid is geen einddoel, geen deugd. Ik pleit voor een onwetendheid die zich kenmerkt door bescheidenheid en nieuwsgierigheid – een productieve onwetendheid die uitnodigt om het beter te doen. Het is mogelijk, zoals Scull vreest, dat de kwetsbaarheid die de psychiatrie toont in de erkenning van haar onwetendheid, haar zwanenzang zal inluiden. Maar het is niet erg waarschijnlijk, meent Whooley. De wereld heeft al veel geduld gehad met de capriolen van de psychiatrie en daar zijn goede redenen voor. Tweehonderd jaar geleden hebben we, zonder veel tegenpruttelen, de zorg voor ernstig psychische zieken overgedragen aan psychiaters en hun instellingen, die er hun professionele autoriteit aan ontleenden. Die overdracht kwam ons goed uit, want de zorg nam veel tijd in beslag en de zieken in kwestie beschaamden en beangstigden ons. Ondertussen heeft een groot deel van die zieken de instellingen opnieuw verlaten, maar ze stuiten op weinig meer dan onbegrip, onverschilligheid en allerlei vormen van stigmatisering. Velen onder hen leven op straat of zitten veilig weggeborgen in gevangenissen. Het is ons goed recht

om de psychiatrie ter verantwoording te roepen, maar laten we vooral niet vergeten dat de onwetendheid over psychische ziekten een gedeelde verantwoordelijkheid is.

Susannah Cahalan (2019). *The Great Pretender. The Undercover Mission that Changed Our Understanding of Madness*. New York: Grand Central Publishing.

Andrew Scull (2019). *Psychiatry and its Discontents*. Oakland (CA): University of California Press.

Owen Whooley (2019). *On the Heels of Ignorance: Psychiatry and the Politics of Not Knowing*. Chicago: University of Chicago Press.