

■ Stemmingsstoornis? Over ‘depressie’ als kernprobleem van de laatmoderniteit

Bert van den Bergh

*‘The only chance of renovation is
to open our eyes and see the mess’
(Samuel Beckett)*

Inleiding: In de ban van de ‘zwarte hond’

Het heet een volksziekte, want mensen van allerlei slag worden er veelvuldig door getroffen: *major depressive disorder*, ofwel, in het Nederlands, depressieve stoornis. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) classificeert deze aandoening op haar website als ‘the leading cause of disability worldwide’. Het staat er echt en liegt er niet om. De nationale bewaker van het geestelijk welbevinden hier te lande, het Trimbos Instituut, spreekt op zijn website iets onderkoelder van ‘een belangrijk probleem voor de volksgezondheid’. Het instituut meldt dat het om een ‘ziekte’ gaat die een op de vijf Nederlanders minstens een keer in het volwassen leven treft. Terugval is daarbij bepaald geen zeldzaam verschijnsel, velen kampen chronisch met de ‘zwarte hond’. En niet alleen volwassenen lijden frequent aan depressies, ook jongeren lijken er in toenemende mate mee te worstelen. Dit doet vele alarmbellen rinkelen en leidt tot talrijke initiatieven. Zo sloot toenmalig minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport begin 2017 een ‘depressiedeel’ met negentien organisaties uit de preventieve en curatieve gezondheidszorg, met als ambitieuze doelstelling het aantal mensen met een depressie in 2030 met dertig procent te hebben gereduceerd. Jongeren en jonge vrouwen behoren daarbij tot de ‘hoogrisicogroepen’. Onderdeel van dit *Meerjarenprogramma Depressiepreventie* zijn de campagnes *Omgaan met Depressie* en – voor jongeren – *Hey! Het is oké*, campagnes die verschillende partijen tot ‘positieve actie’ willen aanzetten en depressie ‘bespreekbaar’ moeten maken. Het woord ‘taboe’ valt in deze context regelmatig.

Sturend kader bij de preventie en bestrijding van deze verzwegen ‘ziekte’ is de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, kortweg DSM, die in januari 2017 door minister Schippers in Nederland verplicht is gesteld. Het ministeriële besluit houdt in dat alle zorgverleners bij hun beoordeling van psychische stoor-

nissen voortaan de DSM als uitgangspunt hebben te nemen. Bij dat kader en die beoordeling vallen echter vraagtekens te plaatsen. Wordt de diagnose depressie niet te snel gesteld? Wordt ze wel juist gesteld? Wat verstaat men eigenlijk onder depressie? Doet de DSM-definitie de ervaring van de getroffene wel recht? Duwen we mensen via de diagnose ‘depressieve stoornis’ niet vaak in een richting die ze zagezegd verder van huis brengt? Wat vernemen we als we ons oor te luisteren leggen bij de ervaring van degenen die als ‘depressief’ worden gediagnosticeerd? Dan horen we inderdaad iets alarmerends. Alleen betreft het dan een ander signaal dan hetwelk momenteel op vele fronten over depressie wordt afgegeven.

Een van de hoofdgedachten in mijn boek *De schaduw van de zwarte hond* is dat het dominante DSM-regime een bepaalde laag van wat ‘depressieve stoornis’ heet buiten beschouwing laat, en wel de meest basale en zodoende belangrijkste laag. Om deze gedachte in dit artikel uit de doeken te doen zal ik de psychische stoornis depressie successievelijk belichten als maatschappelijk, wetenschappelijk en antropologisch probleem, om zo uit te komen bij depressie als individuele ervaring, met andere woorden depressie als persoonlijk probleem. Deze vier zaken verbind ik – toegegeven, ietwat losjes, maar het dient een doel – met de befaamde vragendrieslag van filosoof Immanuel Kant: *Wat kan ik weten? Wat moet ik doen? Wat mag ik hopen?* Kant liet deze drie kernvragen wortelen in een vierde: *Wat is de mens?* Dit kantiaanse viertal structureert mijn verhaal, waarbij ik de volgorde ervan aanpas, ten behoeve van de lijn van het betoog.

Depressie als maatschappelijk probleem: wat staat ons te doen?

De eerste classificatie behoeft weinig uitleg. Depressie wordt alom gepresenteerd als een groot *maatschappelijk* probleem. Al geruime tijd is er sprake van een ‘depressie-epidemie’. Deze psychische stoornis, zo luidt het refrein, is wereldwijdverbreid en komt zeer frequent onder alle lagen van de bevolking voor. De WHO noemt depressie niet alleen ‘de voornaamste invaliderende factor ter wereld’ maar ook ‘een verborgen last’. Het probleem is volgens de organisatie niet alleen erg omvangrijk maar wordt ook nog eens zwaar onderschat. Ook in de DSM lezen we dat er bij deze psychische stoornis sprake is van groot-scheepse onderdiagnostiek: ‘Clinici dienen zich er juist van bewust te zijn dat in de meeste landen het merendeel van de depressies niet wordt herkend in de eerstelijnszorg’.¹

¹ American Psychiatric Association, *DSM-5*. Amsterdam: Boom, 2014, p. 260.

En dus slaat men massaal alarm. De ‘zwarte hond’ treft te veel mensen en schakelt ze tijdelijk en vaak ook herhaaldelijk uit. ‘De economische kosten zijn hoog,’ maant het Trimbos Instituut op zijn webpagina gewijd aan depressie. De WHO lanceerde daarom in 2016 de mondiale campagne *Depression: Let’s talk* en maakte depressie tot thema van de World Health Day 2017. In Europa organiseert de European Depression Association (EDA) – een alliantie van organisaties, onderzoekers, gezondheidszorgprofessionals en patiënten uit negentien Europese landen – al geruime tijd jaarlijks een European Depression Day, ‘om bewustzijn te creëren over depressie in heel Europa’. Op haar website nodigt de organisatie ons uit haar *Depression Manifesto* te ondertekenen. Dit strijdschrift eindigt met de verzekering: ‘Samen zullen we tegen depressie strijden, samen zullen we winnen’. Kortom, het is oorlog.

Wat geldt in deze mondiale strijd als ‘depressie’? Dat is doorgaans de definitie die is vastgelegd in de DSM. Kern van deze definitie is ‘een periode van minstens twee weken waarin ofwel sprake is van een sombere stemming, ofwel van een verlies van interesse of plezier in vrijwel alle activiteiten’.² Aan dit hoofdkenmerk wordt nog een rijtje andere symptomen toegevoegd. Zo vormt zich een symptomatografische definitie, waar het nodige op af te dingen valt. Ik kom daar verderop op terug. Te constateren valt allereerst in ieder geval dat er wat betreft de definitie van depressie sinds de derde editie van de DSM van 1980 – de editie die de wereld veroverde – niet echt iets is veranderd. De schikking van symptomen in DSM-IV uit 1994 is enigszins anders dan in DSM-III en de verzamelcategorie voor de verschillende subsyndromen van depressie veranderde van *Affective Disorders* in DSM-III, via *Mood Disorders* in DSM-IV en DSM-IV-TR (2000), in *Depressive Disorders* in de recente DSM-5 uit 2013, maar dat is het wel zo’n beetje. De voornaamste kritiek op deze definitie is inhoudelijk dan ook onveranderd gebleven, maar heeft door de jaren heen aan kracht gewonnen.

De hoofdlijn van die kritiek is als volgt. Wezenlijke aspecten van de depressieve ervaring zouden buiten beschouwing blijven. Deze ervaring zou worden gedecontextualiseerd en zodoende te snel als pathologisch gelden. Er zou sprake zijn van medicalisering van alledaags lijden, die door de toenemende dominantie van vaak omstreden neurobiologische verklaringen gepaard gaat met dubieuze farmacologisering van vermeende en werkelijke pathologie. *Big Pharma* heeft ons stevig in zijn greep, en het is ten zeerste de vraag in hoeverre dit werkelijk in het voordeel van de hulpvrager is.

² Ibid., p. 255.

De moeite die velen hebben met de heersende opvatting en benadering van de psychische stoornis ‘depressie’ gaat kortom gepaard met kritiek op het dominante DSM-kader als geheel. Er is te weinig aandacht voor de persoonlijke ervaringen van hulpvragers en hun psychisch lijden wordt al te snel gepathologiseerd en gefarmacologiseerd, iets wat mede het gevolg is van de innige banden van DSM-ontwikkelaars met de farmaceutische industrie. In ons land deed wetenschapstheoretica Trudy Dehue het nodige stof opwaaien met twee werken die bovengenoemde zaken gedetailleerd aankaarten: *De depressie-epidemie* (2008) en *Betere mensen* (2014). De ondertitels zijn veelzeggend: *Over de plicht het lot in eigen handen te nemen* en *Over gezondheid als keuze en koopwaar*. Waar Dehues werk op wijst is niet alleen dat het fenomeen dat depressie heet een groot *wetenschappelijk* probleem vormt, maar ook, en fundamenteeler nog, dat onze benadering van dat fenomeen verbonden is met een problematische, cultuurspecifieke opvatting van het menselijk bestaan als geheel. Ik zal eerst ingaan op het eerste punt, het tweede komt in de paragraaf daarna aan de orde.

Depressie als wetenschappelijk probleem: Wat kunnen we nu weten?

Wat is het probleem aangaande *major depressive disorder*, het label dat in de Nederlandse vertaling van de DSM is vereenvoudigd tot ‘depressieve stoornis’? Men beweert dat het om een ziekte gaat, maar kan deze bewering niet ‘hard’ maken. Wat we hebben is slechts een handvol losse symptomen, aangewezen door de DSM. Deze symptomen ‘stolt’ of ‘reïficeert’ men tot een psychische stoornis, die men vervolgens gaat opvatten als (hersens)ziekte, dus als een natuurlijke soort. Maar deze ziekte-entiteit is nog steeds niet meer dan veronderstelling; de eerste *biomarker* – een in de hersenen (of elders in het lichaam) aanwijsbaar, uniek merkteken – van depressie moet nog gevonden worden.

Ik schreef ‘nog steeds’, want het gaat hier om de ‘wortel’ die de grondlegger van het huidige biopsychiatrische regime, Emil Kraepelin, ons ruim een eeuw geleden voorhield. Deze Duitse psychiater – onder meer aangemerkt als ‘disciplinebegrunder’, ‘Linneaus van de psychiatrie’ en ‘aartsvader van de DSM’ – schreef in 1886 het volgende: ‘De innerlijke samenhang tussen cerebrale en psychische functies is voor ons tot nog toe absoluut onbegrijpelijk gebleven, we weten in waarheid alleen dit: dat hij in ieder geval bestaat en naar alle waarschijnlijkheid wetmatig is’.³ Deze stellige onwetendheid, zo kan men constateren, vormt eveneens het uitgangspunt van het hedendaagse dominante ggz-

³ In: Rob Dillman, *Alzheimer's Disease: The Concept of Disease and the Construction of Medical Knowledge*. Amsterdam: Thesis, 1990, p. 95.

vertoog. Het lijkt juist deze niet ingeloste *belofte* te zijn, die het DSM-regime sinds de ‘neokraepelineaanse revolutie’ van 1980 mede gaande houdt.

Wat gebeurde er in 1980? In dat jaar werd de derde editie van de DSM gepubliceerd, een versie die inhoudelijk sterk afweek van de vorige twee en die eveneens in tegenstelling tot de vorige edities een centrale rol zou gaan vervullen binnen de ggz, eerst in de VS en vervolgens daarbuiten. Het weinig gebruikte geestelijke gezondheidsgidsje DSM-II transformeerde tot een ‘bijbels’ handboek, dat in de jaren tachtig en negentig de wereld veroverde en er een wending schraagde naar biopsychiatrische, kraepelineaanse principes. De eerste twee DSM-edities (1952 en 1968) hadden een psychoanalytische toon gehad, conform de grote invloed van de psychodynamische psychiatrie in de VS na de Tweede Wereldoorlog. Maar eind jaren zestig begon die invloed te tanen. Psychoanalyse en psychotherapie kwamen onder vuur te liggen. De psychiatrie werd bekritiseerd als zijnde te subjectief, onwetenschappelijk en overambitieuus aangaande haar genezingsvermogen. De roep was die om een objectief, medisch model.

Robert Spitzer, een psychoanalytisch opgeleid psychiater die zich van de psychoanalyse had afgekeerd, werd benoemd als voorman van de *taskforce* die een nieuwe editie van de DSM moest ontwikkelen. Hij nam zich voor om het met het handboek over een heel andere boeg gooien. Het was zaak de diagnose zo precies mogelijk te maken, meende Spitzer, teneinde overeen te stemmen met wat vermoedelijk natuurlijke ziekte-entiteiten zijn. Kraepelins droom, met andere woorden, moest worden vervuld en Freud diende de rug te worden toegekeerd. Deze intentie viel in bijzonder goede aarde, niet alleen in de VS maar ook daarbuiten. Het proces van ‘kraepelinisatie’ van de ggz heeft zich na 1980 gestaag geïntensiveerd. Anno 2018 kunnen we constateren dat de strijd tussen ‘Kraepelin’ en ‘Freud’, positivistische biopsychiatrie en psychodynamische dieptepsychologie, voorlopig in het voordeel van de eerste is beslist. Dit moge in Nederland bijvoorbeeld blijken uit het feit dat de psychoanalytische behandeling in maart 2010 uit de Basisverzekering is gehaald en de DSM sinds januari 2017 dwingend is voorgeschreven.

Als het gaat om de verklaring van het fenomeen depressie wordt zodoende vaak naar de hersenen gewezen, door deskundigen en leken, hulpverleners en hulpvragers, in het wetenschappelijke en in het publieke vertoog. Hoewel er eigenlijk nog geen enkel hard bewijs voor is geleverd, presenteert men Kraepelins belofte veelal als goeddeels vervuld. Niemand kan natuurlijk ontkennen dat de hersenen bij depressie in het spel zijn – zoals bij al ons denken, voelen en handelen – maar de suggestie dat de exclusieve oorzaak van deze psychische stoornis daar te lokaliseren valt is nog steeds uiterst twijfelachtig. Toch doen we vaak of dat niet zo is.

Ik geef een recent voorbeeld van deze ‘alsof-modus’. Eind 2017 maakte de Hersenstichting zich weer eens sterk voor uitbreiding van het hersenonderzoek via de campagne *Een hersenaandoening zet je leven op z'n kop*. De website van de campagne meldde onder meer het volgende: ‘1 op de 4 mensen heeft een hersenaandoening. Zo lijden ruim 500.000 Nederlanders aan een depressie. Dat kan iedereen overkomen. Ook jou.’ De stichting liet het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) uitzoeken hoeveel mensen tot de verschillende clusters hersenaandoeningen behoren. Het grootste cluster, volgens de problematische definitie van Hersenstichting en RIVM, is dat van de psychische stoornissen. In reactie op kritische geluiden aangaande deze omstreden definitie stelde hoogleraar psychiatrie Robert Schoevers zonder aarzeling: ‘Psychologische stoornissen hebben een biologische verankering. Bij diabetes ligt dat bijvoorbeeld bij de alvleesklier en bij een depressie in het brein.’⁴

Hoewel nog immer louter belofte, beïnvloedt de (neo)kraepeliaanse ‘wortel’ ons denken over psychopathologie in sterke mate. Kunnen we de beoogde link waarmaken? Weten we waarover we het hebben? Weten we waartegen onze anti-depressiestrijd zich richt? Velen betwijfelen dat. En het verzet komt niet alleen uit de ‘alternatieve’ hoek – dat wil zeggen van niet-biomedische zijde – maar ook van de kant van mensen die Kraepelin zogezegd gunstig gezind zijn. Ex-DSM-IV-voorman Allen Francis bijvoorbeeld begon in de jaren voor publicatie van DSM-5 een queeste tegen medicalisering of pathologisering van ‘normaal’ lijden onder de noemer *Saving Normal*, onder meer via een gelijknamig blog dat later uitmondde in een boek met dezelfde titel. Ook de biopsychiatrisch geïnclineerde psychiatriehistoricus Edward Shorter, die in zijn *A History of Psychiatry* (1997) de tijdelijke heerschappij van de psychoanalyse in de VS vilein benoemt als ‘het psychoanalytische hiaat’ en de neokraepelineaanse omwenteling van 1980 als een wetenschappelijke victorie duidt, formuleert scherpe kritiek op de DSM en noemt de invoering van het begrip *major depression* een historische nederlaag.

De huidige paradoxale situatie is dus dat het DSM-regime van allerlei kanten wordt aangevallen, maar desondanks onverminderd blijft ‘functioneren’. Men spreekt van pathologisering, medicalisering en farmacologisering van alledaags lijden. Men kritiseert de dominantie van het biomedische model, dat alles reduceert tot het lichaam en dan vooral de hersenen. Het ‘narratieve’ model zou in de verdrukking zitten, en zodoende zouden het unieke verhaal en de persoonlijke ervaring van de individuele hulpvrager veel te weinig aan bod komen. Wat bete-

⁴ Deze en andere uitspraken zijn terug te lezen op <https://nos.nl/artikel/2204882-is-een-depressie-wel-een-hersenaandoening-de-meningen-verschillen.html>.

kent dat precies wat betreft het fenomeen depressie? Hoe treedt dat naar voren in de DSM en wat is de voornaamste inhoudelijke kritiek daarop? In welke zin doet het DSM-regime de ervaring van de gedeprimeerde persoon (on)recht?

Zoals gezegd geldt volgens DSM-5 als kern van de ‘depressieve stoornis’ ofwel een voortdurende somberheid, ofwel een aanhoudend verlies aan interesse of plezier. Er moet sprake zijn van dysforie of anhedonie, maar niet noodzakelijkerwijs: ‘Bij kinderen en adolescenten kan de stemming prikkelbaar zijn in plaats van verdrietig’.⁵ Verder moeten er, om van klinische depressiviteit te kunnen spreken, minstens vier symptomen aanwezig zijn uit een lijst met onder andere veranderingen in eetlust/slaap/psychomotorische activiteit; verminderde energie; gevoelens van waardeloosheid; moeite met denken; en terugkerende gedachten aan de dood. Naast dit alles, ten slotte, moet er een aantal begeleidende factoren in het spel zijn: ‘klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.’

Opmerkelijk is dat isolementsgevoelens niet als kernsymptomen zijn geclasificeerd, maar als *mogelijke* bijverschijnselen. De Engelse filosoof Matthew Ratcliffe beschouwt dit in *Experiences of Depression* als een kapitale vergissing: ‘Verstoorde interpersoonlijke relaties zijn geen “effect” van depressie-ervaringen maar zijn er absoluut wezenlijk aan’.⁶ Bij deze visie sluit ik in mijn boek aan. Vanuit het fenomenologisch perspectief dat ik inneem, is het niet zozeer intense somberheid of radicale geremdheid maar veeleer *existentieel isolement* dat het hart vormt van depressie. Bij deze ‘stemmingsstoornis’, zo is mijn kerngedachte, draait het om een verstoring van een heel elementaire, lijfelijk-affectieve afstemming van individu en wereld. De stemmingsstoornis is een *afstemmingsstoornis*. Waar het me om gaat is dus niet de vraag in hoeverre ‘normaal’ lijden – dat wil zeggen misère die eenvoudigweg bij het leven hoort – gepathologiseerd wordt, maar de vraag in hoeverre bepaalde wezenlijke aspecten van ‘abnormaal lijden’ – psychische stoornis als verstoring van de basis van het menselijk bestaan – buiten beschouwing blijven.

Vervolgens dient zich de vraag aan *waarom* die wezenstrekken buiten beschouwing blijven. Heeft dat te maken met dominante denkpatronen? Heeft dat wellicht te maken met de wijze waarop het individu in deze tijd door de cultuur wordt gevormd, met andere woorden wordt ‘gesubjectificeerd’, tot ‘subject’ wordt gemaakt? Is het buiten beschouwing blijven van bepaalde wezenlijke

⁵ DSM-5, p. 255.

⁶ Matthew Ratcliffe, *Experiences of Depression: A Study in Phenomenology*. Oxford: University Press, 2015, p. 218.

aspecten van depressie niet eerder een systematische negatie dan een toeval-
lige omissie? Het is duidelijk: met zulke vragen begeven we ons in de sfeer van
de *cultuurkritiek*. Kernvraag is in hoeverre de ‘depressie-epidemie’ die door onze
laatmoderne samenlevingen spookt, samenhangt met de *aard van de subjectiviteit*
waartoe de laatmoderne⁷ cultuur het individu beweegt. De term ‘subjectiviteit’
begrijp ik dan als zelfervaring van het individu zoals gestuurd door een bepaalde
normativiteit, een bepaald ethos. Is het ethos dat onze hedendaagse cultuur
beheerst wellicht ‘depressogeen’, maakt zij ons zagezegd rijp voor depressie?

De kwestie van de ‘depressie-epidemie’ treedt zodoende naar voren als *antropologisch*
probleem: ze betreft ons hedendaagse mens-zijn of subject-zijn, de
wijze waarop we ons schikken naar of gevoegd worden naar bepaalde opvattingen
van het ‘goede leven’. Mijn vermoeden is dat deze inschikkelijkheid of ver-
voeging sterk destructieve trekken vertoont.

Depressie als antropologisch probleem: Hoe is de mens?

Wat de DSM-netten laten glippen zijn drie wezenlijke elementen van ‘depres-
sieve stoornis’: verstoorde betrekking en betrokkenheid (existentieel isole-
ment), verstoorde temporaliteit (gesloten toekomst, insisterend verleden) en
verstoorde lijfelijkheid (zwaarte, traagheid, verstarring). Deze drie trekken
hangen innig samen. De ‘loszanderigheid’ van de DSM-definitie is een logisch
gevolg van het ontbreken van deze verbonden wezenstrekken. Hoe hangen ze
dan precies samen? Die vraag komt aan de orde in de volgende (en laatste) para-
graaf, waar het gaat om depressie als individuele ervaring, met andere woor-
den depressie als persoonlijk probleem. Eerst wil ik de aandacht richten op de
vraag in hoeverre dit individuele probleem evenzeer een cultureel probleem is,
anders gezegd, in hoeverre we te maken hebben met wat in de sociologie een
‘sociale pathologie’ heet. De individuele pathologie vindt haar grond in of wordt
gevoed door een maatschappelijke aberratie⁸. Ons samenleven is van dien aard,

⁷ Ik spreek van ‘laatmodern’ in plaats van ‘postmodern’, want het gaat niet om een *fase na* maar
om een bepaalde *toespitsing van* de moderniteit. De laatste kan worden getypeerd als cultuur
van het liberalisme. De laatmoderne, geradicaliseerde vorm daarvan benoem ik zodoende als
‘ultraliberalisme’. Ik werk dit verder uit in de vierde paragraaf.

⁸ Uiteraard is er altijd sprake van een uniek individu met een even unieke levensgeschiedenis, met
alle mogelijke specifieke ‘depressogene’ factoren van dien. Het is cruciaal dat zulke factoren in de
hulpverlening de aandacht krijgen die ze verdienen. Waar het mij echter bij de cultuurfilosofische
duiding van de ‘depressie-epidemie’ om gaat, is de andere kant van de zaak: de dominante
denkfiguren van waaruit deze unieke ervaringen worden benaderd, inclusief de ‘gaten’ in die
opvattingen, dat wil zeggen dat wat veronachtzaamd, genegeerd of misvormd wordt.

zo luidt mijn sterke vermoeden, dat een elementair gebeuren van lijfelijk-affectieve, stemmingsmatige synchronisatie frequent en grondig verstoord wordt. De laatmoderne ‘ultraliberale’ culturele context waarin we leven – hoogdynamisch en hyperindividualistisch als hij is – bemoeilijkt, verstoort en ontwricht deze primaire afstemming.

De vraag naar de samenhang tussen laatmodern lijden en laatmoderne subjectificatie is niet nieuw. Wanneer we ‘subjectiviteit’ opvatten als zelfervaring zoals gestuurd door bepaalde expliciete, maar vaker nog impliciete normen en regels, dan kunnen we bij verscheidene auteurs aankloppen voor een antwoord op de vraag in hoeverre de normativiteit die onze hedendaagse cultuur kenmerkt ons een destructieve kant uitstuurt. Een daarvan is de reeds genoemde wetenschapstheoretica Trudy Dehue. Haar *De depressie-epidemie* (2008) en *Betere mensen* (2014) zijn welbekend. In deze twee werken laat ze aan de hand van respectievelijk de fenomenen depressie en ADHD bij volwassenen op overtuigende wijze zien hoe het samenspel van wetenschap, bedrijfsleven, media, overheid en burgers ons in bepaalde richtingen doet bewegen, richtingen die regelmatig problematisch zijn, in de zin van omstreden, schadelijk, of beide.

Medicalisering van de samenleving? Dehue verzet zich tegen de term medicalisering, want deze suggereert activiteit eenzijdig aan de kant van de medische stand, terwijl er meerdere partijen in het geding zijn. Voorts wekt de term de suggestie van passiviteit aan de kant van de hulpvrager of de burger in het algemeen. Het gaat juist om het samenspel van alle betrokken partijen, stelt Dehue, die in dit samenspel alle ‘actief’ zijn. Dit samenspel zorgt voor een anonieme, schijnbaar neutrale macht die ons tot bepaalde zaken beweegt, veelal met zachte hand, maar daarom niet minder dwingend. Dehue noemt dat ‘biopolitiek’. Deze biopolitiek, zo laat ze in *Betere mensen* zien, is steeds meer aan het verschuiven van gezondheids- naar *leefstijlpolitiek*. Het dominante denkkader dat mensen ertoe aanzet bepaalde keuzes te maken aangaande hun gezondheid en hen zo aanspoort zich daar individueel verantwoordelijk voor te stellen, bestrijkt een steeds ruimer wordend gebied. De ‘adviezen’ staan allengs meer in het teken van preventie, waarmee gezondheidspolitiek tot leefstijlpolitiek wordt.

De grote paradox van deze leefstijlpolitiek nu, aldus Dehue, is dat ze geestelijke gezondheidsproblemen aanpakt door de belangrijkste oorzaak ervan te bekrachtigen, namelijk ‘de opdracht tot zelfredzaamheid’.⁹ Hier manifesteert zich volgens de wetenschapstheoretica een vicieuze cirkel: het beroep op zelf-

⁹ Trudy Dehue, *Betere mensen: Over gezondheid als keuze en koopwaar*. Amsterdam: Atlas Contact, 2014, p. 253.

redzaamheid leidde in het eerste decennium van het derde millennium tot een groeiende hulpvraag, die nu beantwoord wordt met een intensivering van datzelfde appel. Men wordt met zachte maar dwingende hand bewogen te voldoen aan bepaalde gezondheids- en leefstijlnormen. Men wordt impliciet en expliciet gesommeerd uit te kijken voor bepaalde aberraties, stoornissen en ziektes, bijvoorbeeld depressie. Zodoende staat er een enorme druk op het individu om zaken te voorkomen die bij iedereen op de loer zouden liggen. *Black dog is watching you!* Levensmomenten heten al snel gevaarlijk en krijgen vervolgens gemakkelijk het predicaat pathologisch. Behalve de verantwoordelijkheidsdruk die er zodoende op individuen wordt gezet – zo betoogt Dehue vooral in *Betere mensen* – heeft dit alles een sterk normaliserend effect, waardoor er steeds minder ruimte komt voor individuele verschillen tussen mensen. De DSM wordt daarbij als een soort negatief etiquetteboek ingezet: ‘De hele DSM fungeert in de context van de gezondheidspolitiek als een gedetailleerde handleiding voor wat er van een normaal mens wordt verwacht’.¹⁰

De depressie-epidemie heeft in Nederland veel stof doen opwaaien. Binnen de academische wereld werkte het vooral als splijtzwam, daarbuiten meer als springplank. Het rumoer betrof met name de wijze waarop Dehue laat zien hoe het samenspel van wetenschap, farmaceutische industrie, overheid en media een bepaalde opvatting van en omgang met psychische stoornissen constitueert en voedt. Toch is dit samenspel niet Dehues hoofdverklaring voor de depressie-epidemie. De ondertitel van het boek wordt nogal eens veronachtzaamd: *Over de plicht het lot in eigen handen te nemen*. Het is de zelfbeschikkingsimperatief, of ruimer gesteld, de zelfverwerkelijkingsnormativiteit die zij aanwijst als ‘hoofddader’. Om twee redenen heeft die kant van Dehues verhaal minder aandacht gekregen: ten eerste omdat de samenzweringsgedachte – die Dehue zelf overigens niet aanhangt – velen meer aantrekt, ten tweede omdat de wetenschapstheoretica die andere kant van haar verhaal ook zelf minder aandacht geeft. Aangaande de genoemde normativiteit blijft het bij haar bij aanduidingen en schetsen, haar focus ligt zagezegd toch meer bij wetenschapskritiek dan bij cultuurkritiek.

Iemand die uitvoeriger – en een decennium eerder al – de link heeft gelegd tussen het fenomeen depressie en het zelfverwerkelijkingsethos is de Franse socioloog Alain Ehrenberg. In de jaren negentig van de vorige eeuw publiceerde hij een trilogie over de lotgevallen van de (laat)moderne subjectiviteit. Het laatste deel van de trilogie is geheel aan depressie gewijd. De titel van het werk is

¹⁰ Ibid., p. 234.

veelzeggend: *La fatigue d'être soi – Dépression et société* (1998), 'De uitputting van het zichzelfzijn – Depressie en samenleving'. De psychische stoornis depressie treedt hier naar voren als keerzijde van de dominante *ideologie van zelfrealisatie*.

We leven in postneurotische tijden, aldus Ehrenberg. Het laatmoderne subject is geroepen tot voortvarende, dynamische zelfverwerkelijking. Het wel en wee van dit subject wordt niet meer zozeer door verbod, conflict en schuld bepaald, als wel door gebod, tekort en schaamte. Wat van hem verwacht wordt is niet meer beperking en sublimatie maar juist mobilisatie en expressie van zijn passies. Hij is de 'bv ik', de ondernemer van zichzelf als onderneming. Wat hij moet tentoonspreiden is initiatief, motivatie, vastberadenheid, doelgerichtheid, wendbaarheid en communicativiteit. En binnen deze context houdt depressie precies het omgekeerde daarvan in, het wil zeggen tekortschieten in wat vereist is. Depressie is zodoende de 'ziekte van de verantwoordelijkheid' of de 'uitputting van de zelfverwerkelijking'. Depressief zijn betekent radicaal falen, de gedeprimeerde is de ultieme *loser*.

Maar dat is niet alles. Depressie is meer dan keerzijde alleen. De 'depressie-epidemie' duidt eveneens op een wijdverbreide existentiële crisis, een crisis die zoals gezegd te typeren valt als een grootscheepse en systematische verstoring van een elementair gebeuren van ritmische, lijfelijk-affectieve afstemming. Het tekortschieten van de gedeprimeerde persoon ten aanzien van de zelfverwerkelijkingssimperatieven wortelt in iets fundamenteelers: een loskoppeling van dit 'zelf' van zijn wereld, van de anderen en ook van zichzelf. Het existentiële isolement waarin men bij een depressie verkeert, als gevolg van een basale desynchronisatie, doet motivatie en plezier teloorgaan, waardoor men als het ware in zichzelf stilvalt. 'Het gaat niet meer' is dan het dorre gevoel. Men is 'nergens meer'. Op die wijze wordt het probleem echter doorgaans niet beschouwd, een dergelijke duiding wordt ontweken door labeling als 'hersenziekte' of 'hersenaandoening'. Hoe paradoxaal! De nadruk op de eigen verantwoordelijkheid van het individu in onze cultuur is enorm, maar het eigenaarschap van de individuele existentiële nood wordt door het dominante breinreductionisme aan de gedeprimeerde persoon ontnomen. Dat maakt depressie tot een 'gestolen stoornis'.¹¹

Wat betreft deze antropologische dimensie van de 'depressie-epidemie' kan de cultuurkritiek nog verder verdiept worden. Dat doe ik in mijn boek via het werk van de Franse filosoof Dany-Robert Dufour, die in de afgelopen twee decennia een aantal studies publiceerde over wat hij 'de liberale culturele revo-

¹¹ Dit is een knipoog naar de titel van mijn proefschrift, dat als 'publiekversie' beschikbaar is onder de titel *De schaduw van de zwarte hond*.

lutie' noemt. Deze geleidelijke omwenteling vormt de bredere en diepere culturele context van de 'depressie-epidemie'. Liberalisme vat Dufour niet primair op als economisch of politiek maar als *cultureel* fenomeen, namelijk als het langdurige proces van bevrijding van de menselijke passies. Deze bevrijding heeft puriteinse wortels. Het was jansenist Blaise Pascal die halverwege de zeventiende eeuw begon te morrelen aan de klassieke, Augustiniaanse rangorde van *amor Dei* en *amor sui*, Goddelijke liefde en eigenliefde. Pascal zette volgens Dufour een ontwikkeling in gang van geleidelijke revaluatie van de eigenliefde, waarmee het puriteinse meer en meer 'pervers' werd, in de zin dat het de oorspronkelijke rangorde omdraaide.

Dufour wijst drie hoofdstations van deze omkeringsgang aan. De eerste is het roemruchte *Fable of the Bees* van de calvinistische arts en econoom Bernard de Mandeville (1714), een tekst waarin *private vices* worden opgevoerd als wegen naar *public benefits*. Bevrijding van de passies leidt tot weelde, hun inperking zorgt voor misère, luidt Mandevilles adagium. In eerste instantie riepen dergelijke gedachten felle morele verontwaardiging op en kreeg de auteur de bijnaam *ManDevil* toegeworpen. Een halve eeuw later echter treedt de respectabele econoom en theoloog Adam Smith in de voetsporen van deze duivelse voorganger en maakt diens ommekeer acceptabel door 'private ondeugden' te herduiden als 'privébelangen'. Met deze filosofische witwasoperatie, uiteengezet in het fameuze *The Wealth of Nations* (1776), grondvest Smith het liberalisme als religie van de vrije markt, die bestierd wordt door een goddelijke 'onzichtbare hand'. *Private vices*, dat wil zeggen *private interests*, moeten de vrije hand hebben, want ze leiden uiteindelijk naar publiek geluk. *Amor sui* is de aardse weg naar hemelse glorie.

Daarmee was het evenwel nog niet gedaan, zo gaat Dufour verder. De finale stap in het liberale omkeringsproces werd gezet door de libertijnse auteur Marquis de Sade, eveneens aan het einde van de achttiende eeuw. De Sade maakte de omkering – of, hier letterlijker, de perversie – compleet door in de literaire ruimte bepaalde elementen van het liberalisme tot het uiterste toe te spitsen, wat leidde tot de sadeaanse notie van het 'isolisme', een extremistische combinatie van egoïsme en hedonisme. De smithiaanse witwasoperatie en de sadeaanse vuilewasvertoning zijn volgens Dufour twee zijden van dezelfde medaille. 'Liberalisme wil zeggen Smith samen met Sade,' stelt hij provocatief in *La cité perverse*, dat de weinig verhullende ondertitel *Libéralisme et pornographie* draagt.¹² Vandaag de dag heeft de beruchte markies ons stevig in zijn greep: 'we leven in een steeds sadeaanse wereld'.¹³

¹² Dany-Robert Dufour, *La cité perverse: Libéralisme et pornographie*. Parijs: Denoël, 2009, p. 172.

¹³ *Ibid.*, p. 11.

Onze huidige wereld is ‘monadisch’: de smithiaanse onzichtbare hand en de sadeaanse isolistische geest subjectificeren ons tot losgeslagen creaturen. We zijn, als laatmoderne subjecten, een verzameling eilandjes in een oceaan van goederen. De mondiale markt ketent ons aan onze rollen van trendgevoelige consument en gevoegzame flexwerker/zzp-er. In de woorden van Dufour: het laatmoderne kapitalisme initieert en stimuleert de productie van ‘precaire, akritische, psychotiserende subjecten’, dat wil zeggen ‘individuen die plooibaar zijn, onzeker, mobiel en ontvankelijk voor alle modi en variaties van de markt’.¹⁴ Dufour spreekt van ‘de Heilige Markt’. Zijn wil is wet, Hij gebiedt ons ‘onzelf te zijn’, maar verlost ons het omgekeerde te doen door het aanbieden van allerlei kunstmatige identiteiten. *Wees je zelf, word een ander! Verwerkelijk jezelf, op onze manier! Zo bereik je je doel: genot!* De belofte is groot, de druk is sterk, de mogelijkheden die de Markt biedt zijn legio. We dreigen speelbal te worden. Het laatmoderne subject, aldus Dufour, wordt heen en weer geslingerd tussen megalomanie en haar tegendeel, depressie.

Depressie als persoonlijk probleem: Waarop mogen we hopen?

In mijn boek spreek ik van het laatmoderne subject als de *homo oeconomicus-mobilis-libidinosus*. Het gaat om een subject dat alom en aldoor wordt aangespoord tot ontbreiding, expressie en bevrediging van zijn passies, wat zich voltrekt binnen het dwingende kader van de alomtegenwoordige, almachtige, mobiliserende Markt. Deze zorgt voor permanente revolutie, dat wil zeggen voortdurende destabilisatie van banden en bodems. De fluïdiserende sadeaanse educatie is uit op de vorming van een losgezongen isolistisch subject. In mijn termen: het is ontstemd, in de dubbele zin van het woord. Het is op een heel elementair niveau *onafgestemd*, wat leidt tot een diep *onbehagen* dat zich kan intensiveren tot iets wat wij geneigd zijn ‘depressieve stoornis’ te noemen.

Depressie is kortom een gedeeld *existentieel* probleem. Het hart ervan is niet zozeer extreme somberheid of radicale geremdheid als wel existentieel *isolement*, vanwege de verstoring van het elementaire gebeuren van lijfelijk-affectieve afstemming. De ‘isolistische’ subjectpositie in de richting waarvan onze ultra-liberale cultuur het individu manoeuvreert, maakt dit individu als het ware ‘rijp’ voor zulk isolement. Anders gezegd: de laatmoderne subjectiviteit is inherent depressogeen.

Als we kijken naar persoonlijke verslagen van depressie-ervaringen, dan zien we dat genoemd isolement daar vaak het hart van uitmaakt. De Amerikaanse

¹⁴ Ibid., p. 235.

schrijver William Styron bijvoorbeeld spreekt in zijn veelgeprezen *Darkness Visible: A Memoir of Madness* (1990) van een ‘immense en martelende eenzaamheid’. De Engelse schrijfster, journaliste en *founding editor* van de Britse versie van het tijdschrift *Elle* Sally Brampton duidt de positie van de gedeprimeerde persoon in *Shoot the Damn Dog: A Memoir of Depression* (2008) aan als ‘de meest geïsoleerde plek op aarde’. Ook de Amerikaanse schrijver en psycholoog Andrew Solomon wijst erop in *The Noonday Demon: An Anatomy of Depression*: ‘Zoveel mensen hebben me gevraagd wat ze kunnen doen voor gedeprimeerde vrienden of verwanten’, schrijft hij, ‘en mijn antwoord is eigenlijk simpel: temper hun isolement’.¹⁵ Deze drie werken behoren tot een genre dat in de jaren tachtig van de vorige eeuw opkwam: autobiografieën die enkel de periode van een depressieve episode bestrijken. Men zou dit genre ‘automelanografie’ kunnen noemen.

Op de voorkant van de automelanografie *Kikker gaat fietsen!* van hoogleraar moderne Franse letterkunde Maarten van Buuren, prijkt een kikker in een glazen stolp. De kikker is een verwijzing naar de kinderboekenreeks van Max Velthuis, de glazen stolp een indicatie van de aard van de gedeprimeerde toestand. Van Buuren schrijft: ‘Blijkbaar tast de depressie vooral mijn communicatieve en sociale vermogens aan, of liever: de depressie perverteert ze van iets beschermends tot iets bedreigends’.¹⁶ De depressieve ontstemdheid – het existentiële isolement van het gedeprimeerde individu, de ‘glazen stolp’ waarin deze zit – lijkt samen te hangen met een verlies van een basaal vertrouwen. In persoonlijke depressieverslagen, zo schrijft Ratcliffe in *Experiences of Depression*, is veelvuldig sprake van ‘het gevoel kwetsbaar te zijn, blootgesteld, bedreigd of onveilig’.¹⁷ Hij verwijst naar William James, die in *Varieties of Religious Experience*, in het hoofdstuk *The sick soul*, spreekt over de wereld als ‘fundamenteel slecht, een plek waar we ons nooit veilig of geborgen kunnen’.¹⁸ Het kwaad van de wereld is het verlies van het uitnodigende en herbergende karakter ervan. Men voelt zich er niet meer thuis. Men doet niet meer mee, staat er buiten. Men is geïsoleerd. Somberheid of geremdheid is daar niet zozeer de oorzaak als wel een gevolg van.

Er zijn vele automelanografieën geschreven. Er wordt veelvuldig over depressie gesproken. Verschillende bekende figuren hebben van hun depressiviteit getuigd. Kort geleden waren dat bijvoorbeeld popicoon Lady Gaga, topvoetballer

¹⁵ Andrew Solomon, *The Noonday Demon: An Anatomy of Depression*. Londen: Vintage Books, 2002, p. 436 e.v.

¹⁶ Maarten van Buuren, *Kikker gaat fietsen! Of over het leed dat leven heet*. Rotterdam: Lemniscaat, 2008, p. 58.

¹⁷ *Experiences of Depression*, p. 220.

¹⁸ *Ibid.*, p. 271.

Andrés Iniesta en in ons land zangeres en voormalig *Voice Kids*-winnares Laura van Kaam. En zeer recentelijk maakte de populaire DJ Stephan Bouwman van *Qmusic* middenin zijn radioshow bekend zwaar depressief te zijn, om er meteen aan toe te voegen dat er een enorm taboe op zulke gevoelens rust. Het woord taboe is zoals gezegd niet van de lucht als het om depressie gaat. Maar hoe vaak moet een taboe doorbroken worden om op te houden een taboe te zijn? Is het probleem bij depressie dat we er niet goed over *durven* spreken? Of eerder dat we er goed niet over *kunnen* spreken, omdat we niet goed weten waarover we het hebben?

Is depressie een hersenziekte? Of ligt het anders, gaat het bij deze stoornis om een verstoring van een elementair sociopsychosomatisch proces? Rust er op depressie een taboe, of speelt genoemde verstoring zich af – met de woorden van de Duitse psychiater en filosoof Thomas Fuchs – in de ‘verborgen lagen van onze ervaring’? En zijn die lagen verborgen omdat ze zagezegd buiten ons denk-kader vallen? Dat laatste spoor bewandel ik in mijn boek, binnen een fenomenologisch perspectief, waarbij het fenomeen vanuit het fenomeen zelf – in dit geval depressie als *ervaring* – wordt benaderd.

Door onze heersende opvattingen ‘op te schorten’, stelt Fuchs, scheppen we ruimte voor het beluisteren van de elementaire afstemmingsfeer die bij de ‘depressieve stoornis’ verstoord is. Fenomenologie en cultuurkritiek gaan zodoende hand in hand. Het DSM-perspectief op het gedeprimeerde individu en het ‘neoliberale’ of ‘ultraliberale’ perspectief op individualiteit worden ‘buiten spel’ geplaatst, met andere woorden bekritiseerd of gedeconstrueerd, ten-einde terug te keren bij of in te keren tot de verzonken primaire sfeer van ritmische afstemming. In mijn boek verloopt die terug- of inkeer via het werk van verschillende filosofen, psychiaters, psychologen en sociologen. Een daarvan is Fuchs, die in 2000 zowel een filosofisch proefschrift als een psychiatrisch *Habilitationsschrift* publiceerde. Het eerste ontvouwt een ‘fenomenologische antropologie’, het laatste spitst deze toe op de psychopathologie, met name depressie en paranoia. Op Fuchs’ werk – die zowel in het Duits als het Engels publiceert en de eerdergenoemde primaire afstemmingsfeer benoemt als *ursprüngliche Partizipation* en depressie als *detunement* en *desynchronization* – zal ik tot slot kort ingaan. Kerngedachte wat betreft depressie is dan dat het daarbij verstoorde afstemmingsgebeuren om twee redenen voor ons verborgen is: het is door ons denken buitengesloten en het gaat aan ons denken vooraf. Fuchs spreekt van ‘lijfsvergetelheid’ en van een ‘prereflexieve sfeer’.

In *Leib, Raum, Person* begrijpt Fuchs de primaire betrekking van individu en wereld als iets dat zich prereflexief, lijfelijk-affectief en tijdruimtelijk voltrekt. ‘Lijf’ (*Leib*) betekent hier iets wezenlijk anders dan ‘lichaam’ (*Körper*). We heb-

ben een lichaam, maar we *zijn* lijfelijk. *Lijfelijk* bestaan we altijd al, de distantie tot ons *lichaam* is secundair en komt pas later tot stand. Onze lijfelijke existentie is een continu tijdruimtelijk gebeuren. Het lijf is niet *in* de ruimte, zoals het lichaam, maar ‘verruimtelijkt zich voortdurend en brengt zelf zijn ruimte voort’.¹⁹ Dit ruimtebegrip moeten we dynamisch verstaan, als ruimte-in-de-tijd: ‘Lijfelijke ruimte is wordende, gerichte ruimte. Net zo min als het lijf *in* de ruimte is, is het *in* de tijd; het *verruimtelijkt zich* en het *tijdigt zich*’.²⁰ Deze lijfelijke ruimtelijkheid noemt Fuchs ‘oorspronkelijke participatie aan de wereld’, een dynamisch gebeuren waarin ‘binnen en buiten in elkaar overgaan’.²¹

Het is deze oorspronkelijke participatie die volgens Fuchs bij depressie verstoord is. Hij spreekt van *Korporifizierung des Leibes*, of in het Engels: *hyperembodiment*. Het lijf verliest z’n elementaire openheid, z’n verruimtelijkende vermogen; in plaats van toegang te verschaffen tot de wereld wordt het een obstakel. Het levende lijf verwordt zagezegd tot doods lichaam. In Fuchs’ *Psychopathologie von Leib und Raum* treedt depressie naar voren als ‘verstoring van de innerlijfelijke dynamiek’, als verstarring daarvan, en daarmee als ‘een verstoring van de uitwisseling met de omgeving, een opgesloten zijn in het eigen lijf’. Lijfelijke dynamiek, kortom, maakt plaats voor ‘stase’.²²

Waarom gebeurt dit? Fuchs zit wat het antwoord op die vraag betreft op twee sporen, waarbij hij in eerste instantie een vitalistisch, individualistisch spoor benadrukt, maar in tweede instantie meer het accent legt op een betrekkingmatig, intersubjectief spoor. Fuchs’ interpretatie verschuift met andere woorden van een *intra*lijfelijke naar een *inter*lijfelijke duiding, zoals in 2009 duidelijk uitgesproken in *Psychopathologie der subjektiven und intersubjektiven Zeitlichkeit*. Het draait bij het fenomeen depressie om een gelaagde interpretatie, schrijft Fuchs daar, die depressie enerzijds als gevolg van een intersubjectieve desynchronisering, anderzijds als remming van de aandrift beschrijft.

Waar Fuchs gaandeweg ‘achter komt’, in de fenomenologische verdieping in de *Sache selbst*, is dat de in de fenomenologische traditie gangbare duiding van depressie als radicale geremdheid – *Vitalstörung* of *Werdenshemmung* – te relateren valt aan een temporele afstemmingsverstoring, waarin de remming als het ware wortelt. Lijfelijke geremdheid en lijfruimtelijke insluiting zijn het gevolg

¹⁹ Thomas Fuchs, *Leib, Raum, Person: Entwurf einer phänomenologischen Anthropologie*. Stuttgart: Klett-Cotta, 2000a, p. 91.

²⁰ *Ibid.*, p. 124.

²¹ *Ibid.*, pp. 21, 25.

²² Thomas Fuchs, *Psychopathologie von Leib und Raum: Phänomenologisch-empirische Untersuchungen zu depressiven und paranoiden Erkrankungen*. Darmstadt: Steinkopff, 2000b, p. 99 e.v.

van de verstoring van een basaal afstemmingsgebeuren, een desynchronisatie of *detunement*. Fuchs pleit daarom voor een focusverschuiving in de duiding van depressie: van ‘individuele inhibitie’ naar ‘desynchronisatie’. Hij schrijft: ‘Mijn these is dat melancholie het resultaat is van een desynchronisatie, dat wil zeggen een ontkoppeling in de temporele relatie van organisme en omgeving, of van individu en maatschappij’.²³ Een dergelijke focusverschuiving is vandaag de dag extra van belang, zo voegt hij toe, vanwege de toenemende versnelling en permanente revolutie van de leefwereld in de hedendaagse, ‘manische’ samenleving.

Een van de motto’s van mijn proefschrift is een regel van de Oudgriekse dichter Archilochus: γίνωσκε δ’ οἷός ῥυσμός ἀνθρώπους ἔχει, ‘gedenk welke ritmiek de mensen draagt’. Deze waarschuwing, die de dichter destijds aan de *thumos* richtte – de ziel, het hart, het gemoed – geldt onverkort en eens te meer voor ons, laatmoderne zielen. Het basale gebeuren van ritmische afstemming is niet iets wat men ongestraft kan veronachtzamen. In de jaren vijftig van de vorige eeuw al constateerde de destijds gezaghebbende hoogleraar psychiatrie H.C. Rümke dat psychische gezondheid bestaat in een gebalanceerde ‘ritmiek van openen en sluiten’ maar dat die ritmiek binnen de psychiatrie uiterst stiefmoederlijk behandeld werd: ‘Het verschijnsel dat de mens zich psychisch kan openen en sluiten (...) hoort tot de fenomenen in de psychologie en psychopathologie die volkomen verwaarloosd worden, ofschoon zij waarschijnlijk zowel voor het begrijpen van gezond als van ziek psychisch leven uiterst belangrijk zijn’.²⁴

Als depressie inderdaad in de grond een verstoring is van een elementair gebeuren van ritmische afstemming, dan wil herstel in de eerste plaats zeggen: elementaire *herstemming*. En als de wijdverbreidheid van depressie – de ‘epidemie’ – ons erop wijst hoe diepgaand de ontstemdheid momenteel is, moeten we dan wanhopen wat betreft de mogelijkheden tot herstel? Vermoedelijk heeft de ontstemdheid over de ontstemdheid, dat wil zeggen het onbehagen over de onafgestemdheid, er inmiddels al toe geleid dat zich diverse herstemmingsinitiatieven en herstemmingsmogelijkheden hebben ontvouwd en aangediend. Wie wat dat aangaat hoop wil krijgen, raad ik aan het onlangs verschenen boekje *Weten vraagt meer dan meten* (2017) te lezen. In weerwil van de ominieuze subtitel van de bundel – *Hoe het denken verdwijnt in het regime van maat en getal* – getuigen

²³ Thomas Fuchs, ‘Melancholia as a desynchronization: Towards a psychopathology of interpersonal time.’ *Psychopathology*, 2001, 34, p. 180.

²⁴ H.C. Rümke, ‘Divagaties over het probleem “zich openen en sluiten”.’ In: *Derde bundel studies en voordrachten over psychiatrie*. Amsterdam: Scheltema & Holkema, 1958, p. 181.

verschillende bekende cultuurcritici, waaronder Trudy Dehue en Paul Verhaeghe, zich gematigd optimistisch over veranderingen en tegenkrachten binnen de universiteit en de ggz. We hoeven niet te wanhopen, zo leert deze bundel ons. Zolang we Archilochus' maning maar niet vergeten. Zolang we wat depressie aangaat de volgende bottom line maar in gedachten houden: Herstel? Herstemming!

Verder lezen

- Bergh, Bert van den, *De schaduw van de zwarte hond*. Amsterdam: Boom, 2019
- Brinkgreve, Christien, Bloemink, Sanne en Koenen, Eric, *Weten is meer dan meten: Hoe het denken verdwijnt in het regime van maat en getal*. Amsterdam: University Press, 2017
- Dehue, Trudy, *De depressie-epidemie: Over de plicht het lot in eigen handen te nemen*. Amsterdam, Antwerpen: Augustus, 2008
- Dehue, Trudy, *Betere mensen: Over gezondheid als keuze en koopwaar*. Amsterdam: Atlas Contact, 2014
- Dufour, Dany-Robert, *The Art of Shrinking Heads: On the New Servitude of the Liberated in the Age of Total Capitalism*. Cambridge: Polity, 2008
- Ehrenberg, Alain, *The Weariness of the Self: Diagnosing the History of Depression in the Contemporary Age*. Montreal: McGill-Queen's University Press, 2016
- Fuchs, Thomas, *Leib, Raum, Person: Entwurf einer phänomenologischen Anthropologie*. Stuttgart: Klett-Cotta, 2000a
- Fuchs, Thomas, *Psychopathologie von Leib und Raum: Phänomenologisch-empirische Untersuchungen zu depressiven und paranoiden Erkrankungen*. Darmstadt: Steinkopff, 2000b
- Huijer, Marli, *Ritme: Op zoek naar een terugkerende tijd*. Amsterdam: Boom, 2015
- Ratcliffe, Matthew, *Experiences of Depression: A Study In Phenomenology*. Oxford: University Press, 2015
- Rosa, Hartmut, *Leven in tijden van versnelling: Een pleidooi voor resonantie*. Amsterdam: Boom, 2016