

Inaugurele rede
prof. dr.

Léon de Bruin

**Van stoornis
naar verschil:
neurodiversiteit voorbij
het medische model**

**RADBOUD
UNIVERSITY
PRESS**

Radboud Universiteit
Faculteit der Filosofie, Theologie en Religiewetenschappen



Léon de Bruin promoveerde cum laude aan de Universiteit Leiden met een interdisciplinaire studie naar belichaamde cognitie. Momenteel is hij hoogleraar Cognitieve Diversiteit aan de Radboud Universiteit Nijmegen en hoogleraar Filosofie van de Neurowetenschappen aan het Amsterdam UMC. Zijn onderzoek en onderwijs bevinden zich op het snijvlak van philosophy of mind,

neurowetenschappen en psychiatrie, met bijzondere aandacht voor belichaamde cognitie en neurodiversiteit.

In *Van Stoornis naar Verschil – Neurodiversiteit voorbij het Medisch Model* (2025) pleit Léon de Bruin voor een fundamentele herbezinning op cognitieve variatie. Hij laat zien hoe psychiatrische classificaties, zoals de DSM-5, uitgaan van een geïndividualiseerde notie van disfunctie, terwijl zij de rol van sociale normen en de afstemming op de omgeving naar de achtergrond schuiven. Op basis van inzichten uit de philosophy of mind, neurowetenschappen en psychiatrie ontwikkelt hij een relationele opvatting van “functie”, waarin stoornis en verschil voortkomen uit de dynamische wisselwerking tussen individuen en hun sociale omgeving. Deze visie op neurodiversiteit ontkent het bestaan van lijden niet, maar verzet zich tegen de automatische veronderstelling dat het tot individuele disfunctie gereduceerd kan worden. In plaats daarvan pleit De Bruin voor meer aandacht voor erkenning, identiteit en de vormende kracht van labels in onderwijs en samenleving.

VAN STOORNIS NAAR VERSCHIL:
NEURODIVERSITEIT VOORBIJ HET MEDISCHE MODEL

Van stoornis naar verschil:

neurodiversiteit voorbij het medische model

*Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar Cognitieve Diversiteit
aan de Faculteit Filosofie, Theologie en Religiewetenschappen van de Radboud Universiteit
Nijmegen, op vrijdag 4 juli 2025.*

door prof. dr. ing. Léon C. de Bruin

Van stoornis naar verschil: neurodiversiteit voorbij het medische model
From Disorder to Difference: Neurodiversity Beyond the Medical Model

Uitgegeven door RADBOUD UNIVERSITY PRESS
 Postbus 9100, 6500 HA Nijmegen
www.radbouduniversitypress.nl | radbouduniversitypress@ru.nl

Deze publicatie maakt deel uit van de series Redes en Oraties.

Omslag: naar ontwerp van Textcetera
Print en distributie: Pumbo.nl

ISBN: 9789465152431
 Gratis te downloaden op: www.radbouduniversitypress.nl

© 2026 Léon de Bruin

**RADBOUD
UNIVERSITY
PRESS**

Dit is een Open Access boek gepubliceerd onder de termen van de Naamsvermelding-NietCommercieel-GeenAfgeleideWerken 4.0 Internationaal (CC BY-NC-ND 4.0). De gebruiker dient de maker van het werk te vermelden, een link naar de licentie te plaatsen en aan te geven of het werk veranderd is. De gebruiker mag dat op redelijke wijze doen, maar niet zodanig dat de indruk gewekt wordt dat de licentiegever instemt met het werk of het gebruik van het werk. Gebruik voor commerciële doeleinden is onder deze licentie niet toegestaan. De gebruiker mag geen juridische voorwaarden of technologische voorzieningen toepassen die anderen er juridisch in beperken om iets te doen wat de licentie toestaat. Men mag het veranderde materiaal niet verspreiden als men het werk heeft geremixt, veranderd, of op het werk heeft voortgebouwd.

Waarde rector magnificus, geachte aanwezigen,

Op het internet circuleert een cartoon waarin verschillende dieren — waaronder een olifant, een aap, een pinguïn en een vis — tegenover een leraar staan. Die geeft hen de volgende instructie: “Voor een eerlijke selectie moet iedereen hetzelfde examen afleggen: klim allemaal in deze boom.” Daaronder staat het onderschrift: “Ons onderwijssysteem”, gevolgd door een citaat dat (onterecht) aan Albert Einstein wordt toegeschreven: “Iedereen is een genie. Maar als je een vis beoordeelt op zijn vermogen om in een boom te klimmen, zal hij zijn hele leven denken dat hij dom is.”

Het is een krachtige vergelijking, die met een eenvoudig beeld laat zien dat één maatstaf niet voor iedereen goed uitpakt. Als de aap de norm bepaalt als het gaat om boomklimmen, is het dan eerlijk om de olifant, de pinguïn en de vis te beschouwen als afwijkingen van die norm? Of kunnen we hen beter beoordelen op basis van hun eigen unieke vermogens, die in een andere omgeving wel tot hun recht komen? Hoe is het om voortdurend afgerekend te worden op iets waarvoor je simpelweg niet gemaakt bent? De vergelijking laat ook zien hoe diep structurele miskennen kan doorwerken in iemands zelfbeeld. De vis denkt dat hij dom is, omdat hij zijn hele leven is afgerekend op een vaardigheid die hem totaal niet eigen is.

Deze vragen en onderwerpen staan centraal in de neurodiversiteitsbeweging. Ze dagen ons uit om fundamenteel anders te kijken naar variatie in menselijk denken, voelen en doen — niet als afwijking van een norm, maar als onderdeel van natuurlijke diversiteit. In plaats van iedereen langs dezelfde meetlat te leggen, pleit de neurodiversiteitsbeweging voor een pluraliteit aan perspectieven en voor ruimte om verschillende cognitieve stijlen tot hun recht te laten komen. Daarmee verschuift de focus van stoornis naar verschil — van pathologiseren naar erkennen, van voldoen aan een norm naar het bevragen ervan, en van uitsluiting naar inclusie.

Een belangrijk uitgangspunt van mijn leeropdracht Cognitieve Diversiteit is het vergroten van bewustwording rond deze thematiek. Er bestaat nog veel onduidelijkheid over wat neurodiversiteit precies inhoudt, welke reikwijdte het heeft, en hoe we bepalen welke condities er wel of niet onder vallen.

Wat is neurodiversiteit?

Neurodiversiteit verwijst naar het idee dat verschillen in cognitief functioneren – zoals aandacht, taalgebruik, sociale interactie, leerstijl en prikkelverwerking – natuurlijke variaties zijn binnen de menselijke soort. Net zoals biodiversiteit verwijst naar variatie in flora en fauna, verwijst neurodiversiteit naar variatie in hoe mensen denken, voelen en waarnemen.

Onder de paraplu van neurodiversiteit vallen doorgaans condities zoals autisme, ADHD, dyslexie, dyscalculie, dyspraxie en Tourette. Waar deze condities traditioneel vaak als ‘stoornissen’ werden geclassificeerd, benadrukt het neurodiversiteitsdenken juist dat we ze niet als *tekort* moeten zien, maar als *verschil* – als een vorm van menselijke variatie die waardevol en betekenisvol kan zijn. Daarmee roept het bredere vragen op over wie of

wat bepaalt wat het betekent om normaal te zijn, en hoe we omgaan met verschillen in functioneren.

Hoe bepalen we wat normaal is? Stel je voor: we meten de lengte van een grote groep volwassenen in Nederland. Als we deze lengtes in een grafiek zetten, met het aantal mensen op de verticale as en de lengte op de horizontale as, dan krijgen we een klokvormige curve. Dit heet een normaalverdeling. Het merendeel van de mensen zit in het midden van deze verdeling. In Nederland ligt de gemiddelde lengte van volwassen mannen bijvoorbeeld rond de 183 cm, en van vrouwen rond de 170 cm. De meeste mensen zijn ietsje groter of kleiner - dat noemen we dan 'gemiddeld' of 'normaal'. Maar sommige mensen zijn veel langer (bijv. 205 cm) of veel kleiner (bijv. 160 cm). Zij zitten aan de randen van de verdeling. Hoewel hun lengte minder vaak voorkomt, betekent dat echter niet dat er iets 'mis' met hen is.

In het debat over neurodiversiteit wordt een vergelijkbaar beeld gebruikt om verschillen in cognitief functioneren te duiden. Mensen die rond het gemiddelde functioneren of daar niet ver van afwijken, worden *neurotypisch* genoemd. Degenen die verder van het gemiddelde afwijken - aan de randen van de verdeling - noemen we *neurodivergent*.

En dat zijn er nogal wat. Ongeveer 1 tot 2% van de wereldbevolking valt binnen het autismespectrum. ADHD komt voor bij zo'n 5%, met iets hogere cijfers onder kinderen en iets lagere onder volwassenen. Naar schatting heeft 7% van de mensen dyslexie, 5 tot 6% dyspraxie, en 3 tot 6% dyscalculie. Tourette komt voor bij ongeveer 0,5 tot 1% van de wereldbevolking.

Alles bij elkaar opgeteld wordt geschat dat 15 tot 20% van de mensen neurodivergent is. Dit percentage ligt lager dan het totaal van de afzonderlijke condities, omdat er sprake is van overlap — bijvoorbeeld tussen ADHD en autisme, en tussen dyslexie en dyscalculie. In een collegezaal met honderd studenten zitten dus waarschijnlijk zo'n vijftien tot twintig personen die niet binnen het neurotypische profiel passen. Maar dit percentage is sterk afhankelijk van welke condities precies worden meegerekend. Is hoogbegaafdheid of hoogsensitiviteit een vorm van neurodivergentie? En hoe zit het met de meer controversiële condities, zoals posttraumatische stressstoornis, bipolaire stoornis, depressie, angststoornis, schizofrenie, of borderline persoonlijkheidsstoornis?

Volgens een grootschalige internationale studie, gepubliceerd in The Lancet Psychiatry (McGrath et al. 2023), zal ongeveer de helft van de wereldbevolking in de loop van het leven te maken krijgen met een mentale stoornis. Als we neurodiversiteit ruim interpreteren — en dus het merendeel van wat we nu als mentale stoornissen classificeren meetellen — dan lopen de aantallen flink op.

Het demarcatieprobleem

De paradoxale situatie die dan ontstaat, is dat we eigenlijk niet langer kunnen spreken van een 'neurotypisch gemiddelde', aangezien dat niet langer de meerderheid van de bevolking betreft. Maar is nog een andere, misschien wel meer fundamentele vraag: wat zetten we eigenlijk op de horizontale as van de grafiek als criterium voor cognitief functioneren?

Met andere woorden: hoe maken we precies onderscheid tussen wat als neurotypisch, neurodivergent of als mentale stoornis wordt beschouwd?

In de filosofie van de psychiatrie wordt dit ook wel het *demarcatieprobleem* genoemd: de vraag waar de grens ligt tussen normaal en pathologisch functioneren. Een breed geaccepteerde manier om die grens te trekken is via de definitie van mentale of *psychische* stoornis zoals die wordt beschreven in de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013):

“Een syndroom dat wordt gekenmerkt door een klinisch significante verstoring in de cognitieve functies, de emotieregulatie of het gedrag van een persoon. Deze verstoring is een uiting van een disfunctie in de psychologische, biologische of ontwikkelingsprocessen die ten grondslag liggen aan het psychische functioneren. Psychische stoornissen gaan gewoonlijk gepaard met significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of in andere belangrijke activiteiten.” (p. 10)

In deze definitie zitten twee belangrijke aannames verpakt. De eerste is de aanname dat het syndroom een 'uiting' is van een disfunctie in psychologische, biologische of ontwikkelingsprocessen. De term 'uiting' is behoorlijk vaag - iets wat in de wetenschap helaas vaker voorkomt wanneer relaties tussen complexe fenomenen worden geduid - maar lijkt een oorzakelijke relatie te veronderstellen tussen disfunctie en symptomen. Het probleem is echter dat veel syndromen die in de DSM-5 zijn opgenomen een grote heterogeniteit aan symptomen omvatten. Een treffend voorbeeld hiervan is de diagnose *Major Depressive Disorder* (MDD), oftewel een ernstige depressieve stoornis. Voor de diagnose van MDD vereist de DSM-5 de aanwezigheid van minstens vijf van negen mogelijke symptomen, gedurende minimaal twee weken. Hierbij moet ten minste één van de symptomen bestaan uit een depressieve stemming of verlies van interesse of plezier.

De overige symptomen zijn:

- Veranderingen in eetlust of gewicht (toename of afname),
- Slaapproblemen (insomnia of hypersomnia),
- Psychomotorische agitatie of vertraging,
- Vermoeidheid,
- Gevoelens van waardeloosheid of buitensporige schuld,
- Verminderde concentratie of besluiteloosheid,
- Terugkerende gedachten aan de dood of suicidaliteit.

Hierdoor kunnen twee personen met dezelfde MDD-diagnose volledig verschillende klinische profielen vertonen. Patiënt Anton kan bijvoorbeeld een depressieve stemming, insomnia, gewichtsverlies, vermoeidheid en concentratieproblemen hebben, terwijl patiënt Beverly verlies van interesse, hypersomnia, gewichtstoename, psychomotorische vertraging en schuldgevoelens ervaart. Beide patiënten voldoen aan de DSM-5-criteria voor MDD, maar hun symptomen overlappen nauwelijks. Een snelle rekensom leert ons dat er (rekening houdend met de eis dat een kernsymptoom aanwezig moet zijn) 227 unieke combinaties

van symptomen mogelijk zijn die voldoen aan de MDD-criteria. Daarbij geldt ook nog dat sommige criteria interne tegenstrijdigheden bevatten: patiënten kunnen zowel te weinig als te veel slapen, en ze kunnen zowel gewicht verliezen als aankomen.

De DSM-5 specificeert dus per syndroom hoeveel symptomen aanwezig moeten zijn, hoe lang ze moeten aanhouden en welke impact ze moeten hebben op het functioneren. Maar ze verklaart niet wat de onderliggende oorzaken zijn van dit syndroom. Zoals de Amerikaanse neurowetenschapper en psychiater Thomas Insel (2013) opmerkt:

"Hoewel de DSM wel eens wordt omschreven als de 'bijbel' van het vakgebied, is het hooguit een woordenboek, waarin een verzameling labels wordt gecreëerd en elk label wordt gedefinieerd. [...] In tegenstelling tot onze definities van bijvoorbeeld ischemische hartziekte, lymfoom of AIDS, zijn de DSM-diagnoses gebaseerd op consensus over clusters van klinische symptomen, niet op een objectieve laboratoriummeting."

De kans dat we de onderliggende oorzaken van psychiatrische syndromen zullen achterhalen, lijkt bovendien bijzonder klein. Dat hangt samen met reeds genoemde heterogeniteit van symptomen: mensen met dezelfde diagnose kunnen sterk uiteenlopende klachten ervaren, wat het zeer onwaarschijnlijk maakt dat er sprake is van een gemeenschappelijke biologische basis.

Toch blijven overheden en wetenschappers fors investeren in de zoektocht naar zogenoemde 'biomarkers' – objectief meetbare biologische kenmerken van mentale stoornissen. Een recent Nederlands voorbeeld is de toekenning van ruim 23 miljoen euro voor de ontwikkeling van een 'hersenenatlas' van psychiatrische symptomen. De betrokken onderzoekers stellen dat dit project aanzienlijke maatschappelijke meerwaarde zal opleveren in een tijd waarin mentale gezondheidsproblemen toenemen:

"Met de hersenenatlas kunnen we straks precies zien welke cellen en moleculen in de hersenen veranderd zijn bij bijvoorbeeld symptomen als angst, vergeetachtigheid, impulsiviteit of depressie. We verwachten dat we op basis daarvan innovatieve diagnostische biomarkers kunnen ontwikkelen voor de diagnose, prognose en behandeling van hersenaandoeningen."

Deze hoge verwachtingen staan echter in scherp contrast met de teleurstellende opbrengsten van bijna 45 jaar hersenonderzoek. Ondanks miljarden aan investeringen is er tot op heden voor geen enkele mentale stoornis een robuuste, objectieve biomarker geïdentificeerd. Gezien de complexiteit en uiteenlopende verschijningsvormen van psychiatrische syndromen, lijkt het *wishful thinking* te veronderstellen dat dergelijke markers in de nabije toekomst alsnog zullen worden gevonden. Zonde van het geld dus.

Het is bovendien maar de vraag of de oorzakelijkheid van mentale stoornissen überhaupt in psychologische, biologische of ontwikkelingsprocessen gezocht moet worden. Dit brengt ons bij de tweede belangrijke aanname in de definitie van mentale stoornis. De DSM-5 stelt expliciet dat sociaal afwijkend of conflicterend gedrag geen mentale stoornis is, tenzij het "voortkomt uit een disfunctie in het individu". Echter, de geschiedenis van de

psychiatrie laat zien dat wat als stoornis wordt beschouwd nauw verweven is met sociale normen, die in de loop van de tijd veranderen en dus niet uitsluitend op wetenschappelijke criteria zijn gebaseerd.

Een bekend voorbeeld is homoseksualiteit, dat tot 1973 als mentale stoornis werd geclassificeerd in de tweede editie van de DSM. De opname én de latere verwijdering ervan waren het gevolg van veranderende sociale opvattingen, niet van wetenschappelijk bewijs. Op vergelijkbare wijze werd drapetomanie — een zogenaamde mentale stoornis uit 1851 die moest verklaren waarom tot slaaf gemaakte mensen probeerden te ontsnappen — later ontmaskerd als pseudowetenschap.

Vanuit een neurodiversiteitsperspectief kent de definitie van mentale stoornis in de DSM-5 dus een tweezijdig defect. Ten eerste veronderstelt zij dat zeer uiteenlopende symptoomclusters veroorzaakt worden door specifieke onderliggende disfuncties in psychologische, biologische of ontwikkelingsprocessen. Hier is echter nauwelijks empirisch bewijs voor. Het gevolg is dat menselijke variatie ten onrechte wordt gemedicaliseerd, terwijl de symptomen eerder wijzen op verschil dan op stoornis. Ten tweede lokaliseert de DSM-5 disfuncties primair in het individu, en heeft het onvoldoende oog voor de rol van sociale normen en omgevingsfactoren. Daardoor dreigt niet alleen het verschil maar ook het lijden dat daaruit voortkomt te worden toegeschreven aan een persoonlijk defect—en blijft de maatschappelijke inbedding van dat lijden buiten beeld.

Individu of omgeving?

Een argument dat vaak wordt aangehaald om toch van *stoornissen* te spreken, in plaats van *verschillen* tussen mensen, is dat het normaliseren van pathologisch gedrag geen recht doet aan de ervaring van mensen die hieronder gebukt gaan —hun verdriet, hun gevoel van vervreemding, en hun besef dat er iets mis is. Mijn collega De Haan (2020) verwoordt dit (vrij vertaald) als volgt:

"Door bepaalde manieren waarop mensen omgaan met de wereld, zichzelf en/of anderen als pathologisch te interpreteren, erkennen we dat hun bestaan als persoon in de wereld op het spel staat, en dat hun persoon-zijn wordt aangetast of zelfs beschadigd." (p. 205)

Dit is natuurlijk een cruciaal punt. De vraag blijft echter of we het *individu* moeten pathologiseren, of juist kritisch moeten kijken naar diens *leefwereld*. Komt het lijden voort uit een individuele stoornis, of wordt het veroorzaakt door externe sociale factoren zoals stigma, gebrekkige aanpassing of uitsluiting? Als het lijden sociaal geproduceerd is, dan dreigen we — ondanks onze goede bedoelingen — het probleem ten onrechte binnen het individu te situeren, in plaats van in een wereld die onvoldoende ondersteuning biedt.

Een voorbeeld dat veel aandacht heeft gekregen in de feministische literatuur is de borderline persoonlijkheidsstoornis. Ongeveer 75% van de mensen met deze diagnose is vrouw (mensen krijgen vaker het label antisociale persoonlijkheidsstoornis). Veel vrouwen

met borderline hebben een voorgeschiedenis van trauma: naar schatting heeft circa 80% fysiek misbruik meegemaakt en 70% seksueel misbruik. Toch suggereert de diagnostische term ‘persoonlijkheidsstoornis’ dat het probleem in eerste instantie ligt bij het individu. Dit kan de aandacht afleiden van de sociale en relationele contexten waarin het psychisch lijden is ontstaan. Door het lijden te framen als een stoornis, lopen we het risico om structurele oorzaken, zoals misbruik, verwaarlozing of maatschappelijke ongelijkheid, te marginaliseren of zelfs volledig te negeren.

Dat wil niet zeggen dat iemand met borderline persoonlijkheidsstoornis niet gebaat is bij psychiatrische hulp. Maar het is kortzichtig om de gedragspatronen die als problematisch worden gezien uitsluitend toe te schrijven aan een functioneel defect van het individu. Voorstanders van neurodiversiteit stellen dat ‘functie’ in essentie een *relationeel* begrip is: het verwijst naar de afstemming tussen een persoon en diens sociale omgeving. Deze afstemming ontstaat en verschuift in de tijd, onder invloed van levensloop, context en relaties. Mensen met borderline persoonlijkheidsstoornis vertonen vaak gedragspatronen die zijn ontstaan als overlevingsstrategieën in reactie op trauma. Hun emotionele systeem is in die context gevormd en afgestemd op onveiligheid, onvoorspelbaarheid en dreiging. Daardoor kunnen zij ook in latere, relatief veilige omgevingen gevoelens van instabiliteit, afwijzing of angst blijven ervaren, zelfs wanneer er geen sprake meer is van acuut gevaar.

Wanneer deze diepgewortelde responsen vervolgens worden geïnterpreteerd als bewijs voor een interne stoornis, dreigen we voorbij te gaan aan de oorspronkelijke en vaak begrijpelijke functie van dit gedrag. Adaptieve strategieën die ooit hielpen om te overleven in onveilige omstandigheden, worden dan met terugwerkende kracht gepathologiseerd omdat ze in de huidige context als disfunctioneel worden gezien. Dit verschuift niet alleen de aandacht van het systeem naar het individu, maar versterkt ook impliciet de culturele norm dat afwijking van een sociaal wenselijk en masculien model van zelfbeheersing, emotieregulatie en relationele stabiliteit gelijkstaat aan persoonlijk falen.

Of gedrag wordt geïnterpreteerd als stoornis hangt dus af van de culturele en sociale verwachtingen waaraan dat gedrag wordt gespiegeld. Wie in de ene omgeving als afwijkend of problematisch wordt gezien, kan elders zonder frictie functioneren of zelfs als waardevol worden erkend. Maar hoe scherp kunnen we de grens tussen verschil en stoornis nu daadwerkelijk stellen? Wanneer is een bepaalde conditie een uitdrukking van neurodiversiteit die vraagt om een beter afgestemde omgeving, en wanneer duidt zij op een intrinsieke stoornis, waarbij lijden en disfunctioneren blijven bestaan, ook los van de context?

Voor sommige condities lijkt een neurodivergente herinterpretatie voor de hand te liggen. In het artikel *Neurodiversity – a revolutionary concept for autism and psychiatry* (2017) stelt hoogleraar ontwikkelingspsychologie Simon Baron-Cohen de vraag: “Is autisme een stoornis of simpelweg een verschil?” Hij betoogt dat veel kenmerken van autisme ook begrepen kunnen worden als natuurlijke variatie.

Allereerst wijst hij erop dat de honderden genetische varianten die met autisme geassocieerd worden, doorgaans in veel populaties voorkomen — wat eerder wijst op natuurlijke variatie dan op genetische defecten. Op neurobiologisch niveau stelt Baron-

Cohen dat er geen aanwijzingen zijn dat het autistische brein pathologisch is — een opvallende uitspraak voor iemand die eerder bekendheid verwierf met het ‘extreem mannelijke brein’ als verklaring voor autisme. Hoewel het autistische brein structurele en functionele verschillen vertoont, bijvoorbeeld in de manier waarop hersengebieden met elkaar communiceren, zijn deze verschillen vaak minimaal en is er geen overtuigend bewijs dat ze wijzen op schade of ziekte. Ze kunnen even goed worden geïnterpreteerd als alternatieve vormen van informatieverwerking. Op cognitief niveau, tenslotte, beschikken veel autistische personen over uitgesproken sterke eigenschappen, zoals een uitzonderlijk oog voor detail of patroonherkenning. In bepaalde contexten kunnen deze eigenschappen juist een voordeel opleveren. Op basis van deze overwegingen concludeert Baron-Cohen dat mensen met autisme, mits zij zich in een ondersteunende en goed afgestemde omgeving bevinden, vaak net zo goed — of zelfs beter — kunnen functioneren dan neurotypische individuen. Maar wanneer het om andere aandoeningen gaat, stelt Baron-Cohen juist dat de term ‘stoornis’ wél van toepassing is. In tegenstelling tot autisme, waarbij het functioneren sterk afhankelijk is van de context, blijft het lijden bij bijvoorbeeld een ernstige depressie volgens hem bestaan, zelfs in een veilige, ondersteunende en goed afgestemde omgeving. Datzelfde geldt voor ernstige angststoornissen, anorexia en psychose, aangezien deze gepaard gaan met disfunctioneren dat niet afhankelijk is van de omgeving.

Desalniettemin is het lastig om een scherpe grens te trekken tussen intrinsiek lijden en sociaal geproduceerd leed. Zo is het lijden bij autisme niet uitsluitend toe te schrijven aan omgevingsfactoren. Sommige mensen met autisme ervaren ernstige desoriëntatie, overprikkeling of onvermogen tot communicatie, zelfs in sterk aangepaste en ondersteunende omgevingen. Dit wijst erop dat er óók bij autisme sprake kan zijn van intrinsiek lijden. Omgekeerd kunnen we bij de condities die door Baron-Cohen nog steeds als stoornissen worden begrepen — zoals ernstige depressie — niet zonder meer voorbijgaan aan de invloed van culturele normen. De Affective Valuation Theory van Jeanne Tsai (2017) laat bijvoorbeeld zien dat culturen verschillende idealen hanteren over hoe emoties beleefd en geuit zouden moeten worden. In veel westerse samenlevingen wordt een hoge mate van opwindning en extase als wenselijk beschouwd, terwijl andere culturen juist kalmte en innerlijke rust idealiseren. Wanneer iemands persoonlijke gevoelsstijl niet overeenkomt met deze culturele verwachtingen, kan dat leiden tot gevoelens van tekortschieten, miskennis of zelfs psychisch lijden. Een introvert en ingetogen persoon kan zichzelf in een extraverte cultuur waarin ‘blijve energie’ de norm is, als depressief gaan ervaren.

Deze voorbeelden maken duidelijk dat we het onderscheid tussen stoornis en verschil niet kunnen maken zonder kritisch te kijken naar de verhouding tussen individu en omgeving. De uitdaging ligt daarbij niet in de keuze tussen de erkenning van lijden óf de erkenning van diversiteit, maar in het vinden van een evenwichtige benadering die beide aspecten serieus neemt — zonder het ene tot het andere te reduceren.

Erkenning en identiteit

Een relationeel begrip van ‘functie’ nodigt uit tot een kritische bevraging van de verhouding tussen individu en omgeving. Dit vraagt allereerst om een andere kijk op de mens als object van studie binnen de geesteswetenschappen. Wanneer we in de natuurkunde een fysiek object bestuderen, bijvoorbeeld een steen die valt onder invloed van de zwaartekracht, dan heeft onze analyse geen invloed op dat object: een steen blijft een steen, ongeacht hoe we het benoemen of classificeren. Bij mensen ligt dat fundamenteel anders. Wanneer we mensen iets toeschrijven, bijvoorbeeld een classificatie uit de DSM-5, beïnvloedt dat hoe zij zichzelf begrijpen, ervaren en gedragen. Er ontstaat een wederkerige dynamiek tussen toeschrijving en zelfinterpretatie.

De Canadese filosoof Ian Hacking (1999) noemt dit fenomeen het *looping effect*: zodra een classificatie wordt toegekend (bijvoorbeeld de diagnose ‘borderline persoonlijkheidsstoornis’), gaan mensen zich anders gedragen, worden zij anders behandeld, en herinterpreteren zij hun ervaringen, zoals stigma, in het licht van deze classificatie. Dit leidt tot een veranderde realiteit, waarop wetenschappers vervolgens hun classificaties weer aanpassen — waarmee de cirkel rond is.

Deze dynamiek werpt nieuw licht op de wisselwerking tussen psychisch lijden en sociale respons. Aan de ene kant zien we dat door het toeschrijven van een classificatie het lijden van het individu begrijpelijk gemaakt binnen een breder systeem —het zogenaamde *medische model*. Dit model gaat ervan uit dat een mentale stoornis het gevolg is van een interne, biologische disfunctie die objectief kan worden vastgesteld, en die behandelbaar is via medische interventies zoals medicatie, therapie of opname.

De arts en filosoof Ivan Illich wees in *Medical Nemesis* (1975) al op het paradoxale feit dat het medische model bijzonder schadelijk kan zijn voor de menselijke gezondheid. Hij onderscheidt daarbij drie niveaus van *iatroge* schade — schade die voortkomt uit medisch handelen.

Op *klinisch* niveau gaat het om directe schade aan patiënten als gevolg van medische interventies. Denk aan herhaalde misdiagnoses, suïcidale gedachten veroorzaakt door antidepressiva, of motorische stoornissen als gevolg van langdurig antipsychoticagebruik.

Op *sociaal* niveau betreft het schade die ontstaat wanneer de samenleving haar eigen vermogen om met ziekte, pijn en tegenslag om te gaan uit handen geeft aan professionele medische systemen. Volgens Illich leidt deze afhankelijkheid tot een proces waarin menselijke ervaringen zoals verdriet, rouw of stress worden begrepen als medische aandoeningen van ‘patiënten’. Sociale problemen worden daarmee eerst geïndividualiseerd en vervolgens gemedicaliseerd. Overgewicht wordt obesitas, werkstress wordt burn-out en rouw wordt depressie. Het lijden dat hiermee gepaard gaat wordt gereduceerd tot individueel falen, waarvoor professionele hulp (therapie, medicatie, coaching) als noodzakelijke oplossing wordt gepresenteerd. Daarbij verschuift de verantwoordelijkheid van de gemeenschap naar het individu en diens behandelaar.

Op *cultureel* niveau waarschuwt Illich voor de geleidelijke erosie van gedeelde manieren om met lijden, ziekte en dood om te gaan. De moderne geneeskunde verdringt

traditionele bronnen van betekenis, zoals levensbeschouwelijke overtuigingen, rituelen en collectieve vormen van zingeving. Hierdoor raken mensen vervreemd van hun eigen lijden en van de gemeenschap waarin dat lijden een plaats zou kunnen krijgen. Pas wanneer het begrepen wordt als een medische classificatie, en dus past binnen het zorgsysteem, wordt hun ervaring als ‘echt’ erkend. Binnen een samenleving die sterk *meritocratisch* is ingericht — waarin mensen individueel worden afgerekend op succes of falen — biedt een diagnose soms het enige maatschappelijk geaccepteerde excuus voor lijden. Geen wonder dat het ontvangen van een label als autisme of ADHD voor veel mensen gepaard gaat met gevoelens van opluchting: eindelijk wordt hun ervaring erkend. Het verkrijgen van een label verschaft het individu dus niet alleen toegang tot zorg, maar ook tot erkenning en identiteit.

Leven, lijden en leren

Ik wil terugkeren naar de cartoon waarmee we begonnen: “Iedereen is een genie. Maar als je een vis beoordeelt op zijn vermogen om in een boom te klimmen, zal hij zijn hele leven denken dat hij dom is.” Hoewel de cartoon in haar eenvoud krachtig is, schiet ze ook tekort — juist doordat ze té eenvoudig is.

We zeggen: als een vis in het water. Maar wat is de natuurlijke plaats van de mens? De mens heeft geen vaste habitat, geen scherpomlijnde niche. De mens vormt zijn omgeving en wordt door zijn omgeving gevormd, in een voortdurende wisselwerking. Zozeer zelfs, dat het moeilijk is om een duidelijke grens te trekken tussen wat natuurlijk en wat kunstmatig is.

Als je een vis dwingt om een boom te beklimmen, gaat hij dood — hij is daar simpelweg niet voor gemaakt. Als je een mens dwingt om een boom te beklimmen, gaat hij niet dood. Maar als hij het steeds weer moet afleggen tegen de aap, en keer op keer wordt uitgelachen, zal hij daaronder lijden. Dat lijden is psychisch, niet biologisch.

Maar stel nu dat diezelfde mens door zijn medemens wordt aangemoedigd om zich te specialiseren in boomklimmen. Stel nu dat hij wekelijks gaat trainen, het gezelschap van anderen opzoekt, een boomklimvereniging opricht en uiteindelijk misschien zelfs wereldkampioen wordt. Dan kan wat potentieel een bron van frustratie en zelfdegradatie is, juist een belangrijke bijdrage leveren aan de ontwikkeling van zelfvertrouwen en identiteit.

De mens is niet gemaakt om bomen te beklimmen. Maar hij is ook niet *niet gemaakt* om bomen te beklimmen. De mens, schreef Nietzsche, is “het nog niet vastgestelde dier”. Hij ontwikkelt zich via de normen die hij deels zelf creëert. Die sociale normen kunnen een beperking vormen, maar ook een mogelijkheid om iets te leren wat hij nog niet kan.

In mijn jeugd had ik nooit echt moeite met het beklimmen van bomen. Maar het omgaan met andere mensen — dáár snapte ik helemaal niets van. Ik voelde me als een aap die werd beoordeeld volgens een voor mij onbekende standaard voor sociaal gedrag. In een poging dat gedrag te begrijpen en tegenover anderen te verantwoorden, kwam ik al op jonge leeftijd in aanraking met labels.

Ik was verschrikkelijk druk en beweeglijk, had te veel energie en zat altijd net een paar versnellingen te hoog. Wellicht had ik ADHD? Ik zag grenzen vooral als sociale

constructies en had moeite met autoriteit. Wellicht had ik ODD — oppositioneel-opstandige gedragsstoornis? Ik begreep niet hoe je je in een groep moest gedragen, of hoe je contact maakte met anderen. Wellicht had ik autisme?

In mijn verdere leven zijn twee momenten bepalend geweest voor de plaats die de psychiatrie zou krijgen in mijn zelfnarratief. Het eerste moment was rond mijn twintigste levensjaar, toen ik besloot uit te gaan zoeken ‘hoe het nu precies zat’ met die labels. Wat was mijn therapievraag? Ik denk iets in de trant van: Waarom is er lijden in mijn leven en waar komt het vandaan? Best wel existentieel, dus. De therapeut kon er niet zoveel mee. Hij concludeerde dat ik ADHD had, en liet me een jaar lang experimenteren met Ritalin.

Wat ik me daar nog van kan herinneren is dat het voelde als een dikke warme deken — een verdovende buffer tussen mij en de buitenwereld. Simpele activiteiten die me normaal dood zouden vervelen, werden ineens enorm boeiend. Ik kon de hele dag tevreden op de bank zitten breien. Maar het 'dipmoment' — het punt waarop de werking afnam en mijn energie en stemming kelderden — werd steeds ondraaglijker. Op een willekeurige dag besloot ik te stoppen met de Ritalin, en ik heb er nooit meer naar omgekeken.

Het tweede moment is recenter. Er is de afgelopen jaren veel onderzoek gedaan naar autisme bij vrouwen. Lange tijd werd aangenomen dat autisme vooral bij mannen voorkwam. Pas in de laatste decennia is duidelijk geworden dat dit komt doordat de diagnostische criteria voor autisme gebaseerd zijn op *mannelijk gedrag*. Hierdoor is een blinde vlek ontstaat voor het feit dat autisme zich bij vrouwen op een andere manier kan manifesteren — vaak subtieler en beter sociaal gecamoufleerd.

Veel vrouwen met autisme verbergen hun autistische trekken actief door zich sociaal aan te passen, ook wel 'masking' genoemd. Eén van de strategieën die zij daarvoor gebruiken is imitatie: ze observeren hoe anderen zich gedragen en proberen dat gedrag na te bootsen. Ook leren ze sociale 'scripts' uit het hoofd (bijvoorbeeld hoe een gesprek hoort te verlopen), waardoor ze ogenschijnlijk vlot sociaal kunnen functioneren — tot het allemaal te veel wordt. Emoties en stress worden vaak intern verwerkt of onderdrukt, waardoor problemen zoals angst, overprikkeling of depressie minder zichtbaar zijn. Vaak zijn deze vrouwen hypergevoelig voor sociale signalen en kritiek, en ontwikkelen ze copingstrategieën die op het eerste gezicht 'normaal' lijken.

Ik had me al enige tijd verdiept in autismeonderzoek, deels vanuit de behoefte om mezelf beter te begrijpen. Hoewel ik me tot op zekere hoogte herkende in het mannelijke fenotype en formeel gezien buiten de doelgroep viel, waren het juist de beschrijvingen van masking en imitatie in het vrouwelijke fenotype die me echt raakten. Meteen daarna kwamen de vragen. Moet ik hier iets mee? Heb ik dit label officieel nodig? Wat als een psychiater zou zeggen dat ik het *niet* heb? Ik had *herkenning*, maar wilde ik ook *erkenning*?

Ik had mijn leven altijd gezien als een lang en moeilijk leertraject, waar ik nog lang niet uit was, maar waar ik wel met een soort van tevredenheid op kon terugkijken. Dat had deze aap toch maar mooi gedaan! Het leek zowaar alsof hij andere mensen écht begreep. Zeker niet perfect, maar goed genoeg. Moest het lijden van de aap nu nog verder gekwalificeerd of erkend worden? Zou dat deuren openen die tot nu toe gesloten waren gebleven?

Jezelf zijn aan de universiteit

In mijn leeropdracht bezin ik me niet alleen op de relatie tussen mens en omgeving en op de vraag hoe identiteit wordt gevormd binnen sociale normen, maar ook op de verwevenheid van leven, lijden en leren.

Nergens komt die verwevenheid duidelijker naar voren dan in het onderwijs. De laatste jaren is het aantal studenten dat zichzelf als neurodivergent beschouwd sterk toegenomen. Deze studenten vragen zich af of er iets 'mis met ze is', en proberen de problemen die ze ervaren tijdens hun studie een plek te geven. Is het leren gewoon moeilijk? Of sluit de manier waarop zij graag zouden leren simpelweg niet aan bij de huidige leeromgeving, die is afgestemd op de gemiddelde neurotypische student?

Ik heb verschillende neurodivergente studenten geïnterviewd over hun ervaringen binnen de universiteit en daarbuiten. Wie de interviews wil beluisteren: dat kan, ze zijn online beschikbaar. Ze laten duidelijk zien wat afwijzing en een gebrek aan erkenning doen met iemands zelfnarratief. Maar ook hoe studenten strategisch labels inzetten om bijvoorbeeld extra examentijd mogelijk te maken. Anderen studenten vragen zich juist af: ik wijk af van de norm, maar wil ik daar eigenlijk wel een label op plakken? En kan ik pas echt mezelf zijn in mijn studie als dat label er is, of juist niet?

Deze vragen komen ook op het pad van de academicus. Mag je als docent je eigen ervaringen, je eigen manier van denken en voelen meenemen het klaslokaal in? En kun je je persoonlijkheid een plek geven in het onderzoek dat je doet? Lange tijd beschouwde ik mijn academische werk als iets dat losstond van wie ik was. Gaandeweg ontdekte ik echter dat mijn theoretische interesse juist nauw verweven was met de vragen waar ik in het dagelijks leven mee worstelde. Mijn proefschrift ging nota bene over sociale cognitie en het klassieke filosofische probleem van 'other minds': hoe kunnen we anderen begrijpen als we alleen hun uiterlijk gedrag kunnen waarnemen? Wat ik toen nog niet doorhad, maar inmiddels wél zie, is dat deze filosofische vraag geworteld was in de alledaagse ervaring - in mijn moeite om sociaal gedrag intuïtief te begrijpen, en in mijn behoefte om met taal, concepten en theorieën te achterhalen wat voor anderen vanzelfsprekend leek te zijn. Autism bleek voor mij diep filosofisch, en filosofie diep autistisch.

Via de Special Interest Group Neurodiversiteit organiseer ik hier aan de Radboud regelmatig bijeenkomsten om de rol van neurodiversiteit in het hoger onderwijs te verkennen — niet alleen voor studenten, maar ook voor docenten. Veel collega's geven aan dat ze met vergelijkbare vragen worstelen, en voortdurend het gevoel hebben te moeten functioneren binnen systemen die zijn afgestemd op de 'gemiddelde mens'. En ook buiten de universiteit groeit de belangstelling: ik word steeds vaker gevraagd om advies over neurodiversiteit op de werkvloer, bijvoorbeeld in de rechtspraak, defensie en de zorg.

De labels voorbij

Neurodiversiteit brengt, net als biodiversiteit, kracht, creativiteit en een breed scala aan probleemoplossende vermogens in menselijke gemeenschappen. Dat geldt ook voor de universiteit. Dat geldt *juist* voor de universiteit, omdat zij als missie heeft om nieuwe generaties studenten op te leiden die kunnen omgaan met complexe vraagstukken, — vraagstukken die om uiteenlopende manieren van denken vragen.

Toch zijn we in het onderwijs vaak geneigd te denken in termen van gesloten systemen: wat werkt, wat meetbaar is, wat *evidence-based* onderbouwd kan worden. Zeker onder druk van bezuinigingen, die van ons vragen om onze begroting ‘sluitend’ te krijgen, groeit de verleiding om alles in voorspelbare formats te gieten. Maar gesloten systemen, waarin een paar dwingende normen centraal staan, bieden misschien de illusie van zekerheid, maar zijn in werkelijkheid kwetsbaar, weinig innovatief en moeilijk wendbaar. Ze bieden geen houvast bij het omgaan met onverwachte ontwikkelingen en nieuwe uitdagingen.

Zoals u misschien weet is mijn onderzoek sterk geïnspireerd door het zogenaamde ‘belichaamde cognitie’ paradigma. Volgens dit paradigma is menselijke cognitie niet louter breinactiviteit, maar ontstaat het vanuit de continue interactie tussen brein, lichaam en omgeving. Waar mijn focus aanvankelijk vooral lag op het samenspel van brein en lichaam, ben ik de afgelopen jaren steeds meer gaan inzien hoe bepalend de omgeving is voor hoe mensen waarnemen, begrijpen en handelen. Omgevingen zijn geen neutrale achtergronden, maar levende systemen die zelf voortdurend in beweging zijn. Of het nu om ecosystemen of om onderwijsinstellingen gaat — deze systemen zijn dynamisch en open, ze ontwikkelen voortdurend, en hun diversiteit is essentieel om in te kunnen spelen op verandering en onzekerheid. Deze diversiteit laat zich op haar beurt niet vangen in vaste categorieën of labels. Labels zijn per definitie statisch, terwijl mensen — net als de systemen waarin ze functioneren — voortdurend in ontwikkeling zijn. Labels staan zelden open voor groei, voor leren, of voor verandering.

Vanuit de psychiatrie hoor ik steeds vaker verontruste geluiden over de invloed van sociale media op hoe mensen zichzelf diagnosticeren en elkaar labelen. En inderdaad: de drempel om psychiatrische begrippen te gebruiken is drastisch verlaagd. ADHD, autisme, depressie, trauma — het zijn geen scherp afgebakende classificaties meer, maar termen die rond zoemen in ons alledaagse taalgebruik. De taal van de psychiatrie is een gemeenschappelijke taal geworden — niet langer het exclusieve domein van de expert. Dat proces is onomkeerbaar. Taal laat zich niet beheersen, en labels kunnen niet worden ‘teruggevorderd’. Als er iemand is die dat begrijpt, dan is het wel de filosoof.

De populaire arts en verslavingsdeskundige Gabor Maté maakt in zijn lezingen vaak een onderscheid tussen trauma met een kleine t en Trauma met een hoofdletter T. De eerste verwijst naar ogenschijnlijk ‘kleine’ ervaringen die diepe sporen kunnen nalaten, de tweede naar ‘grote’, erkende vormen van traumatisering. Misschien kunnen we iets vergelijkbaars doen met labels: een onderscheid maken tussen labels met een kleine ‘l’ — narratieve hulpmiddelen in onze zoektocht naar identiteit — en Labels met een hoofdletter

‘L’ — officiële diagnoses voor therapieën, dossiers en beleidsstructuren. Beide hebben een legitieme functie, mits we ze niet door elkaar halen.

De taal van de psychiatrie blijft echter ontoereikend voor ons zelfnarratief - zelfs al we de bestaande labels opnieuw interpreteren vanuit een neurodivers denkkader. Neurodiversiteit is waardevol, maar zodra zij wordt opgelegd of gefixeerd tot *neuro-identiteit*, miskent dat de veranderlijke aard van het mens-zijn en de potentie voor groei en ontwikkeling.

De filosoof Richard Rorty stelt dat filosofische problemen altijd ontstaan binnen specifieke vocabularia — historisch gegroeide manieren van spreken en betekenis geven. Wie zulke problemen wil ‘oplossen’, kan zich niet beroepen op methoden die altijd hebben gewerkt: hij moet op zoek naar nieuwe taal. Hij zal nieuwe begrippen en metaforen moeten ontwikkelen om de wereld en onze plaats daarin te herdenken, en zo ruimte te creëren voor andere manieren van samen leven, samen lijden en samen leren.

Dankwoord

Nu ik aan het einde van mijn rede ben gekomen, wil ik graag een speciaal woord van dank uitspreken aan allen die het mogelijk hebben gemaakt dat ik hier vandaag mag staan.

Allereerst dank ik de rector en de leden van het College van Bestuur voor het in mij gestelde vertrouwen. Vervolgens gaat mijn dank uit naar de overige leden van het bestuur van de Faculteit Filosofie, Theologie en Religiewetenschappen. Tot vorige week waren dat Annemarie en Heleen, die ik in het bijzonder wil bedanken voor de prettige samenwerking van de afgelopen jaren — we vormden een sterk team! Sinds deze week is Bert toegetreden; ik zie ernaar uit om met hem en Annemarie een even goede samenwerking op te bouwen.

Ook veel dank aan mijn andere FFTR-collega's met wie ik in de bestuurlijke context intensief samenwerk: Jasper, Cees, Carla-Rita, Anika, Els. En aan Corien, voorzitter van de afdeling Taal en Cognitie, waar mijn leerstoel is ingebed. Mijn collega vice-decanen en alle anderen met wie ik het laatste jaar heb opgetrokken om de onderwijsvisie van de Radboud Universiteit verder vorm te geven, wil ik eveneens van harte bedanken.

De Radboud Universiteit is een prachtige plek om te werken, al staan we ook voor een uitdagende periode. Juist dan is het waardevol dat er, naast alle ingewikkelde gesprekken en bestuurlijke vraagstukken, ook ruimte blijft voor projecten die energie en plezier geven. Zoals de uitrol van de nieuwe masteropleiding *Healthcare Humanities*, samen met Gert, Jelle, Wyke en alle andere vrienden van het programma. En de ontwikkeling van het Europese masterprogramma *Neurotech*, waarin wij als faculteit de ELSA-modules mede vormgeven. En het NWA- projectvoorstel over neurodiversiteit met Leentje, dat enkele weken geleden is ingediend.

En natuurlijk: het filosoferen zelf! Derek, Gerrit, Marc en Roy — samen hebben we de afgelopen jaren een bijzondere kruisbestuiving tussen filosofie en psychiatrie tot stand gebracht, en echt nieuwe thema's op de kaart kunnen zetten. Met Dereks leerstoel *Filosofie in de GGZ*, waarvoor hij hier vorige maand zijn oratie uitsprak, en mijn leerstoel *Cognitieve*

Diversiteit, hebben we een krachtige combinatie gevormd op het vlak van de filosofie van de psychiatrie.

Nina, onlangs heb jij je proefschrift over netwerkmodellen in de psychiatrie afgerond en je mag dit eind november gaan verdedigen. De laatste loodjes waren zwaar, maar je hebt het fantastisch gedaan. Ik ben ontzettend trots op jou en op het eindresultaat!

Ik wil ook mijn andere promovendi noemen, wier onderzoek in het verlengde van deze leerstoel ligt. Magali, die aan het Utrecht UMC werkt aan een proefschrift over wat het betekent om een psychiatrische diagnose te accepteren; Lisa aan het Radboud UMC, over klinische onzekerheid en hoe we hiermee om kunnen gaan, en sinds kort Carmen, aan het Erasmus UMC die onderzoek doet naar neurodiversiteit onder verpleegkundigen. Het is een genoegen om jullie, in allerlei dwarsverbanden en met verschillende mensen en instituten te begeleiden in het onderzoek naar deze belangrijke thema's — over open systemen gesproken!

Ook een speciaal woord van dank aan mijn collega's van de afdeling Anatomie en Neurowetenschappen van het AmsterdamUMC. In het bijzonder aan jou, Ysbrand, voor je openheid en het meedenken over hoe we filosofie kunnen doen binnen de wilde wereld van de neurowetenschap. En aan mijn collega's van de sectie *Education and Innovation*, met wie ik met veel plezier samenwerk. Vooral de gezamenlijke sessies in de cursus *The Empathic Brain* behoren tot mijn favoriete momenten van de afgelopen jaren.

Ook aan mijn collega-filosofen van de recent gevormde Faculty of Social Sciences and Humanities van de Vrije Universiteit, met name Lieven, Edwin en Sabrina: heel veel dank voor de plezierige samenwerking.

Tot slot wil ik mijn familie en vrienden bedanken, en alle mooie mensen in mijn leven. Die 20% neurodivergentie halen wij met gemak! Mijn ouders en drie broers: de afgelopen jaren waren enorm intens. Stephan, dat je überhaupt nog leeft — wat een wonder. En dat we onderling zo'n fijne verstandhouding hebben, is dat ondanks of dankzij de labels? Mijn goede en beste vrienden: Sander, Bram en Gert-Jan. Het is bijzonder om elkaar al zo lang te kennen!

Lieve Leia en Kaj, wat heerlijk dat jullie er vandaag weer bij kunnen zijn. Jullie behoren tot de weinige dingen in het leven waar ik *niet* aan twijfel. Tot nu toe hebben we jullie zonder labels kunnen opvoeden, maar dat neemt uiteraard niet weg dat jullie heel bijzonder zijn.

Carla, het is maar een kleine stap van neurodiversiteit naar neurodivergente relaties. Wij weten hoe het is om het anders te doen. Wat het kost, maar ook wat het oplevert. Gelukkig doen we dat helemaal in lijn met de fundamentele waarden van de leiderschapsvisie van de Radboud Universiteit: moed, verbinding en openheid.

Het Japanse *oubaitori* verwijst naar de bloesem van de kers, pruim, perzik en abrikoos. Deze fruitbomen komen tijdens het voorjaar alle vier tot bloei, maar het heeft weinig zin om ze met elkaar te vergelijken. Ze zijn uniek en schitterend op hun eigen manier.

Ik heb gezegd.

Referenties

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Baron-Cohen, S. (2017). Editorial Perspective: Neurodiversity - a revolutionary concept for autism and psychiatry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 58(6), 744–747.
- De Haan, S. (2020). *Enactive Psychiatry*. Cambridge University Press.
- Hacking, I. (1995). The looping effects of human kinds. In D. Sperber, D. Premack, & A. J. Premack (Eds.) *Causal cognition: A multidisciplinary debate* (pp. 351–394). Clarendon Press/Oxford University Press.
- Illich, I. (1975). *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. London: Calder & Boyars.
- McGrath J.J., Al-Hamzawi A., Alonso J., et al. (2023). Age of onset and cumulative risk of mental disorders: a cross-national analysis of population surveys from 29 countries. *The Lancet Psychiatry*, Volume 10 (9), 668 – 681.
- Tsai, J.L. (2017). Ideal affect in daily life: implications for affective experience, health, and social behavior. *Current Opinion in Psychology* 17, 118-128.

Inaugural lecture
prof. dr.

Léon de Bruin

**From Disorder
to Difference:
Neurodiversity Beyond
the Medical Model**

**RADBOUD
UNIVERSITY
PRESS**

Radboud University
Faculty of Philosophy, Theology and Religious Studies



Léon de Bruin received his PhD *cum laude* from Leiden University with an interdisciplinary study on embodied cognition. He is currently Professor of Cognitive Diversity at Radboud University Nijmegen and Professor of Philosophy of Neuroscience at Amsterdam UMC. His research and teaching are situated at the intersection of philosophy of mind, neuroscience,

and psychiatry, with particular attention to embodied cognition and neurodiversity.

In *From Disorder to Difference – Neurodiversity Beyond the Medical Model* (2025), Léon de Bruin argues for a fundamental rethinking of cognitive variation. He shows how psychiatric classifications such as the DSM-5 rely on an individualized notion of dysfunction while sidelining the role of social norms and environmental fit. Drawing on philosophy of mind, neuroscience, and psychiatry, he develops a relational account of “function,” in which disorder and difference emerge within the dynamic interplay between individuals and their social contexts. On this view, neurodiversity does not deny suffering but resists automatically locating it within individual dysfunction. Instead, De Bruin calls for greater sensitivity to recognition, identity, and the formative power of labels in education and society.

FROM DISORDER TO DIFFERENCE:
NEURODIVERSITY BEYOND THE MEDICAL MODEL

From Disorder to Difference:

Neurodiversity Beyond the Medical Model

*Inaugural lecture delivered upon accepting the position of Professor of Cognitive Diversity
at the Faculty of Philosophy, Theology and Religious Studies, Radboud University Nijmegen,
Friday 4 July 2025*

by Prof. Dr. Ing. Léon C. de Bruin

Esteemed Rector Magnificus, distinguished guests,

A cartoon circulating on the internet depicts various animals—among them an elephant, a monkey, a penguin, and a fish—standing in front of a teacher. The teacher gives them the following instruction: “For a fair selection, everyone must take the same exam: please climb this tree.” Beneath the image is the caption: “Our education system,” followed by a quote that is (incorrectly) attributed to Albert Einstein: “Everyone is a genius. But if you judge a fish by its ability to climb a tree, it will live its whole life believing that it is stupid.”

It is a powerful metaphor, which with a simple image illustrates how a single standard does not work equally well for everyone. If the monkey sets the norm when it comes to tree climbing, is it fair to regard the elephant, the penguin, and the fish as deviations from that norm? Or would it make more sense to evaluate them on the basis of their own distinctive capacities, which may come into their own in a different environment? What does it mean to be continually assessed on something for which you are simply not made? The metaphor also shows how deeply structural misrecognition can shape a person's self-image. The fish comes to believe it is stupid because it has been judged its entire life on a skill that is utterly foreign to it.

These questions lie at the heart of the neurodiversity movement. They challenge us to fundamentally rethink variation in human thinking, feeling, and acting—not as deviation from a norm, but as part of natural diversity. Rather than measuring everyone against the same yardstick, the neurodiversity movement advocates a plurality of perspectives and space for different cognitive styles to flourish. In doing so, it shifts the focus from disorder to difference—from pathologizing to recognizing, from conforming to a norm to questioning it, and from exclusion to inclusion.

A central aim of my chair in Cognitive Diversity is to raise awareness of these issues. There is still considerable confusion about what neurodiversity actually entails, how far its scope extends, and how we determine which conditions do or do not fall under its umbrella.

What Is Neurodiversity?

Neurodiversity refers to the idea that differences in cognitive functioning—such as attention, language use, social interaction, learning style, and sensory processing—are natural variations within the human species. Just as biodiversity refers to variation in flora and fauna, neurodiversity refers to variation in how people think, feel, and perceive.

Under the umbrella of neurodiversity, conditions such as autism, ADHD, dyslexia, dyscalculia, dyspraxia, and Tourette's syndrome are typically included. Where these conditions have traditionally been classified as “disorders,” neurodiversity perspectives emphasize that they should not be understood as deficits, but as differences—as forms of human variation that can be valuable and meaningful. This perspective raises broader questions about who gets to decide what counts as normal, and how we should deal with differences in functioning.

How do we determine what is normal? Imagine that we measure the height of a large group of adults in the Netherlands. If we plot these heights in a graph, with the number of people on the vertical axis and height on the horizontal axis, we obtain a bell-shaped curve: a normal distribution. Most people cluster around the middle of this distribution. In the Netherlands, the average height of adult men is around 183 cm, and of women around 170 cm. Most people are slightly taller or shorter than average—and this is what we typically call “normal.” But some people are much taller (for example, 205 cm) or much shorter (for example, 160 cm). They lie at the edges of the distribution. Although their height occurs less frequently, this does not mean that there is anything “wrong” with them.

A similar image is used in debates on neurodiversity to make sense of differences in cognitive functioning. People who function around the average, or not far from it, are referred to as *neurotypical*. Those who deviate more strongly from the average—toward the edges of the distribution—are referred to as *neurodivergent*.

And there are quite a few of them. Approximately 1 to 2% of the global population falls on the autism spectrum. ADHD occurs in about 5%, with somewhat higher figures among children and slightly lower figures among adults. An estimated 7% of people have dyslexia, 5 to 6% dyspraxia, and 3 to 6% dyscalculia. Tourette's syndrome occurs in approximately 0.5 to 1% of the global population.

Taken together, it is estimated that around 15 to 20% of people are neurodivergent. This percentage is lower than the sum of the individual conditions, due to overlap—for example between ADHD and autism, and between dyslexia and dyscalculia. In a lecture hall with one hundred students, there are therefore likely to be around fifteen to twenty individuals who do not fit the neurotypical profile. However, this percentage strongly depends on which conditions are included. Should giftedness or high sensitivity count as forms of neurodivergence? And what about more controversial conditions, such as post-traumatic stress disorder, bipolar disorder, depression, anxiety disorders, schizophrenia, or borderline personality disorder?

According to a large-scale international study published in *The Lancet Psychiatry* (McGrath et al., 2023), approximately half of the world's population will experience a mental disorder at some point in their lives. If we interpret neurodiversity broadly—and include most of what we currently classify as mental disorders—the numbers increase substantially.

The Demarcation Problem

The paradoxical situation that emerges is that we can no longer meaningfully speak of a “neurotypical average,” since this no longer applies to the majority of the population. But there is another, perhaps more fundamental question: what exactly do we place on the horizontal axis of the graph as a criterion for cognitive functioning? In other words, how do we determine what counts as neurotypical, neurodivergent, or as a mental disorder?

In the philosophy of psychiatry, this question is known as the *demarcation problem*: the problem of where to draw the boundary between normal and pathological functioning. A

widely accepted way of drawing this boundary is through the definition of mental disorder as formulated in the DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013):

“A mental disorder is a syndrome characterized by clinically significant disturbance in an individual's cognition, emotion regulation, or behavior that reflects a dysfunction in the psychological, biological, or developmental processes underlying mental functioning. Mental disorders are usually associated with significant distress or disability in social, occupational, or other important activities.” (p. 10)

This definition contains two important assumptions. The first is the assumption that the syndrome “reflects” a dysfunction in psychological, biological, or developmental processes. The term “reflects” is rather vague—something that unfortunately occurs more often in science when relationships between complex phenomena are described—but it appears to imply a causal relationship between dysfunction and symptoms.

The problem, however, is that many of the syndromes included in the DSM-5 encompass a high degree of symptom heterogeneity. A striking example is the diagnosis of Major Depressive Disorder (MDD). For a diagnosis of MDD, the DSM-5 requires the presence of at least five out of nine possible symptoms for a minimum duration of two weeks, with at least one of the symptoms being either depressed mood or loss of interest or pleasure. The remaining symptoms include:

- changes in appetite or weight (increase or decrease),
- sleep disturbances (insomnia or hypersomnia),
- psychomotor agitation or retardation,
- fatigue,
- feelings of worthlessness or excessive guilt,
- diminished ability to concentrate or indecisiveness,
- recurrent thoughts of death or suicidality.

As a result, two individuals with the same MDD diagnosis can exhibit completely different clinical profiles. Patient Anton, for example, may experience depressed mood, insomnia, weight loss, fatigue, and concentration problems, while patient Beverly experiences loss of interest, hypersomnia, weight gain, psychomotor retardation, and feelings of guilt. Both patients meet the DSM-5 criteria for MDD, yet their symptoms barely overlap. A simple calculation shows that (taking into account the requirement that at least one core symptom must be present) there are 227 unique symptom combinations that satisfy the criteria for MDD. Moreover, some criteria are internally contradictory: patients may sleep too little or too much, and they may lose or gain weight.

The DSM-5 thus specifies how many symptoms must be present, how long they must persist, and how much they must interfere with functioning. But it does not explain what causes the syndrome. As the American neuroscientist and psychiatrist Thomas Insel (2013) famously observed:

“Although DSM has been described as a “Bible” for the field, it is, at best, a dictionary, creating a set of labels and defining each. [...] Unlike our definitions of ischemic heart disease, lymphoma, or AIDS, the DSM diagnoses are based on consensus about clusters of clinical symptoms, not on any objective laboratory measure.”

The likelihood that we will uncover the underlying causes of psychiatric syndromes appears to be small. This is closely related to the heterogeneity of symptoms already discussed: people with the same diagnosis can experience widely divergent complaints, making it highly unlikely that there is a single shared biological basis.

Nevertheless, governments and researchers continue to invest heavily in the search for so-called *biomarkers*: objectively measurable biological indicators of mental disorders. A recent Dutch example is the allocation of more than 23 million euros for the development of a “brain atlas” of psychiatric symptoms. The researchers involved argue that this project will deliver substantial societal value at a time when mental health problems are on the rise:

“With the brain atlas, we will soon be able to see precisely which cells and molecules in the brain are altered in symptoms such as anxiety, forgetfulness, impulsivity, or depression. On that basis, we expect to develop innovative diagnostic biomarkers for the diagnosis, prognosis, and treatment of brain disorders.”

These high expectations, however, stand in sharp contrast to the disappointing results of nearly 45 years of brain research. Despite billions of euros in investment, no robust, objective biomarker has yet been identified for any mental disorder. Given the complexity and heterogeneity of psychiatric syndromes, it seems like wishful thinking to assume that such markers will be found in the near future. A waste of money, then.

Moreover, it is questionable whether the causality of mental disorders should be sought in psychological, biological, or developmental processes at all. This brings us to the second important assumption embedded in the definition of mental disorder. The DSM-5 explicitly states that socially deviant or conflictual behavior is not a mental disorder unless it “results from a dysfunction in the individual.” Yet the history of psychiatry shows that what counts as a disorder is closely intertwined with social norms, which change over time and are therefore not based exclusively on scientific criteria.

A well-known example is homosexuality, which until 1973 was classified as a mental disorder in the second edition of the DSM. Its inclusion and its later removal were the result of shifting social views, not scientific evidence. In a similar way, drapetomania—a so-called mental disorder proposed in 1851 to explain why enslaved people attempted to escape—was later exposed as pseudoscience.

From a neurodiversity perspective, the DSM-5 definition of mental disorder therefore contains a twofold defect. First, it assumes that highly diverse symptom clusters are caused by specific underlying dysfunctions in psychological, biological, or developmental processes. There is, however, little empirical evidence for this. The result is that human variation is wrongly medicalized, even though the symptoms may point more to difference than to

disorder. Second, the DSM-5 primarily locates dysfunction within the individual and pays insufficient attention to the role of social norms and environmental factors. As a result, not only difference but also the suffering that may arise from it risks being attributed to a personal defect—while the societal embedding of that suffering remains out of view.

Individual or Environment?

An argument that is often invoked to justify speaking of *disorders* rather than *differences* between people is that normalizing pathological behavior does not do justice to the lived experience of those who suffer from it—their sorrow, their sense of alienation, and their feeling that something is fundamentally wrong. My colleague De Haan (2020) formulates this concern as follows (freely translated):

“By interpreting certain ways in which people relate to the world, to themselves, and/or to others as pathological, we acknowledge that their existence as persons in the world is at stake, and that their personhood is impaired or even damaged.” (p. 205)

This is, of course, a crucial point. The question remains, however, whether we should pathologize the individual, or instead critically examine their lifeworld. Does suffering arise from an individual disorder, or is it produced by external social factors such as stigma, inadequate accommodation, or exclusion? If suffering is socially produced, then—despite our good intentions—we risk locating the problem within the individual rather than within a world that fails to provide sufficient support.

A frequently discussed example in the feminist literature is borderline personality disorder. Approximately 75% of individuals diagnosed with this condition are women (men are more often diagnosed with antisocial personality disorder). Many women with a borderline diagnosis have a history of trauma: an estimated 80% have experienced physical abuse and 70% sexual abuse. Yet the diagnostic label *personality disorder* suggests that the problem primarily resides within the individual. This framing can divert attention away from the social and relational contexts in which psychological suffering has emerged. By construing suffering as a disorder, we risk marginalizing—or even entirely overlooking—structural causes such as abuse, neglect, or social inequality.

This does not mean that individuals diagnosed with borderline personality disorder do not benefit from psychiatric care. But it is short-sighted to attribute the behavioral patterns deemed problematic solely to a functional defect within the individual. From a neurodiversity perspective, “function” is fundamentally a *relational* concept: it refers to the fit between a person and their social environment. This fit emerges and shifts over time, shaped by life history, context, and relationships.

People diagnosed with borderline personality disorder often display behavioral patterns that developed as survival strategies in response to trauma. Their emotional systems were shaped and calibrated in contexts of insecurity, unpredictability, and threat.

As a result, they may continue to experience instability, rejection, or anxiety even in later, relatively safe environments, despite the absence of immediate danger.

When these deeply ingrained responses are subsequently interpreted as evidence of an internal disorder, we risk overlooking the original—and often intelligible—function of this behavior. Adaptive strategies that once enabled survival in unsafe circumstances are retrospectively pathologized because they are deemed dysfunctional in the current context. This not only shifts attention from systemic factors to the individual, but also implicitly reinforces a cultural norm in which deviation from a socially desirable and masculinized model of self-control, emotional regulation, and relational stability is equated with personal failure.

Whether behavior is interpreted as disordered thus depends on the cultural and social expectations against which it is measured. Someone who is regarded as deviant or problematic in one environment may function without friction—or even be valued—in another. But how sharply can we draw the boundary between difference and disorder? When does a condition express neurodiversity that calls for a better-attuned environment, and when does it point to an intrinsic disorder in which suffering and dysfunction persist regardless of context?

For some conditions, a neurodivergent reinterpretation seems obvious. In his article *Neurodiversity – a revolutionary concept for autism and psychiatry* (2017), developmental psychologist Simon Baron-Cohen asks: “Is autism a disorder, or simply a difference?” He argues that many features of autism can be understood as natural variation.

First, he notes that the hundreds of genetic variants associated with autism are common across populations, which suggests natural variation rather than genetic defect. At the neurobiological level, Baron-Cohen argues that there is no evidence that the autistic brain is pathological—an especially striking claim given his earlier prominence for the “extreme male brain” theory of autism. Although autistic brains show structural and functional differences, for example in patterns of neural connectivity, these differences are often small, and there is no convincing evidence that they indicate damage or disease. They can just as plausibly be interpreted as alternative modes of information processing. At the cognitive level, finally, many autistic individuals display pronounced strengths, such as exceptional attention to detail or pattern recognition. In certain contexts, these traits may confer significant advantages.

On the basis of these considerations, Baron-Cohen concludes that people with autism, provided they are embedded in a supportive and well-attuned environment, can often function just as well—or even better—than neurotypical individuals. When it comes to other conditions, however, he maintains that the term “disorder” remains appropriate. In contrast to autism, where functioning is strongly context-dependent, suffering in conditions such as major depression, severe anxiety disorders, anorexia, and psychosis persists even in safe, supportive, and well-adapted environments.

Nevertheless, drawing a sharp boundary between intrinsic suffering and socially produced suffering remains difficult. Suffering in autism, for example, cannot be attributed solely to environmental factors. Some autistic individuals experience severe disorientation,

sensory overload, or communicative incapacity even in highly adapted and supportive environments, suggesting that intrinsic suffering can also be present.

Conversely, for conditions that Baron-Cohen continues to classify as disorders—such as major depression—we cannot ignore the influence of cultural norms. Jeanne Tsai’s Affective Valuation Theory (2017), for instance, shows that cultures differ in their ideals regarding how emotions should be experienced and expressed. Many Western societies value high arousal and exuberance, whereas other cultures prioritize calmness and inner balance. When a person’s emotional style does not align with these cultural ideals, this mismatch can give rise to feelings of inadequacy, misrecognition, or psychological distress. An introverted and reserved individual may come to experience themselves as depressed in an extraverted culture in which “positive energy” is the norm.

These examples demonstrate that we cannot draw the distinction between disorder and difference without critically examining the relationship between individual and environment. The challenge lies not in choosing between acknowledging suffering *or* acknowledging diversity, but in developing a balanced approach that takes both seriously—without reducing one to the other.

Recognition and Identity

A relational understanding of “function” invites a critical examination of the relationship between individual and environment. This first of all calls for a different conception of the human being as an object of study within the humanities. When we study a physical object in physics—for example, a stone falling under the influence of gravity—our analysis has no effect on the object itself: a stone remains a stone, regardless of how we describe or classify it. With human beings, things are fundamentally different. When we ascribe something to people—such as a DSM-5 classification—this affects how they understand themselves, how they experience the world, and how they behave. A reciprocal dynamic emerges between ascription and self-interpretation.

The Canadian philosopher Ian Hacking (1999) refers to this phenomenon as the *looping effect*: once a classification is assigned (for example, the diagnosis borderline personality disorder), people begin to behave differently, are treated differently, and reinterpret their experiences—such as stigma—in light of that classification. This leads to a changed reality, to which scientists subsequently adapt their classifications, thereby completing the loop.

This dynamic casts new light on the interaction between psychological suffering and social response. On the one hand, assigning a classification renders an individual’s suffering intelligible within a broader system—the so-called *medical model*. This model assumes that a mental disorder is the result of an internal, biological dysfunction that can be objectively identified and treated through medical interventions such as medication, therapy, or hospitalization.

The physician and philosopher Ivan Illich already pointed out in *Medical Nemesis* (1975) the paradoxical fact that the medical model can be profoundly harmful to human health. He distinguished three levels of *iatrogenic* harm—harm caused by medical intervention itself.

At the clinical level, iatrogenesis refers to direct harm to patients resulting from medical interventions. Examples include repeated misdiagnoses, suicidal ideation induced by antidepressants, or motor disorders caused by long-term antipsychotic use.

At the social level, harm arises when society relinquishes its own capacity to deal with illness, pain, and adversity to professional medical systems. According to Illich, this dependence leads to a process in which human experiences such as sadness, grief, or stress are reinterpreted as medical conditions of *patients*. Social problems are first individualized and then medicalized. Overweight becomes obesity, work-related stress becomes burnout, and grief becomes depression. The suffering associated with these experiences is reduced to individual failure, for which professional intervention (therapy, medication, coaching) is presented as the necessary solution. Responsibility thus shifts from the community to the individual and their clinician.

At the cultural level, Illich warned of the gradual erosion of shared ways of dealing with suffering, illness, and death. Modern medicine displaces traditional sources of meaning, such as worldviews, rituals, and collective forms of sense-making. As a result, people become alienated from their own suffering and from the community in which that suffering might otherwise find a place. Only when suffering is understood as a medical classification—and thus fits within the healthcare system—is it recognized as *real*. In a society that is strongly organized along meritocratic lines, where individuals are held personally accountable for success or failure, a diagnosis sometimes becomes the only socially accepted excuse for suffering. It is therefore unsurprising that receiving a label such as autism or ADHD is often accompanied by feelings of relief: finally, one's experience is acknowledged. A label thus grants the individual not only access to care, but also access to recognition and identity.

Life, Suffering, and Learning

I would like to return to the cartoon with which we began: “Everyone is a genius. But if you judge a fish by its ability to climb a tree, it will live its whole life believing that it is stupid.” Although the cartoon is powerful in its simplicity, it also falls short—precisely because it is too simple.

We say: like a fish in water. But what is the natural place of the human being? Humans have no fixed habitat, no sharply defined niche. Humans shape their environment and are shaped by it, in a continuous interplay. So much so that it becomes difficult to draw a clear boundary between what is natural and what is artificial. If you force a fish to climb a tree, it will die—it is simply not made for that. If you force a human to climb a tree, they will not die. But if they are repeatedly outperformed by the monkey, and laughed at time and again, they will suffer. That suffering is psychological, not biological.

But now imagine that this same human is encouraged by others to specialize in tree climbing. Imagine that they begin to train weekly, seek out the company of others, found a tree-climbing association, and perhaps even become world champion. What might otherwise have been a source of frustration and self-degradation could then become an important contributor to the development of self-confidence and identity.

The human being is not made to climb trees. But neither is the human being not made to climb trees. As Nietzsche wrote, the human being is “the not-yet-determined animal.” Humans develop through norms that they partially create themselves. These social norms can be limiting, but they can also open up possibilities for learning something one could not yet do.

In my youth, I never had much difficulty climbing trees. But dealing with other people—that was something I did not understand at all. I felt like a monkey being judged according to a social standard that was entirely opaque to me. In an attempt to understand that behavior and to justify myself to others, I encountered labels at an early age.

I was extremely restless and physically active, had too much energy, and always seemed to operate a few gears too high. Perhaps I had ADHD? I tended to see boundaries as social constructions and struggled with authority. Perhaps I had ODD—oppositional defiant disorder? I did not understand how one was supposed to behave in a group, or how to make contact with others. Perhaps I had autism?

Two moments later in my life proved decisive for the role psychiatry would come to play in my self-narrative. The first occurred around my twentieth year, when I decided to investigate “what exactly was going on” with these labels. What was my therapeutic question? Something along the lines of: Why is there suffering in my life, and where does it come from? A rather existential question. The therapist could not do much with it. He concluded that I had ADHD and had me experiment with Ritalin for a year.

What I remember of that period is that it felt like a thick, warm blanket—a numbing buffer between myself and the outside world. Simple activities that would normally bore me to death suddenly became intensely engaging. I could sit contentedly on the couch all day knitting. But the “crash”—the moment when the effects wore off and my energy and mood plummeted—became increasingly unbearable. One day, quite suddenly, I decided to stop taking Ritalin, and I have never looked back.

The second moment is more recent. In recent years, much research has been conducted on autism in women. For a long time, autism was assumed to occur primarily in men. Only in recent decades has it become clear that this assumption arose because the diagnostic criteria for autism were based on male behavior. As a result, a blind spot emerged regarding the ways in which autism can manifest differently in women—often more subtly and more effectively socially camouflaged.

Many autistic women actively conceal their autistic traits through social adaptation, a phenomenon known as masking. One strategy they use is imitation: observing how others behave and attempting to replicate that behavior. They also memorize social “scripts” (for example, how a conversation is supposed to unfold), which allows them to appear socially fluent—until it all becomes too much. Emotions and stress are often processed internally or suppressed, making problems such as anxiety, sensory overload, or depression less visible. These women are often hypersensitive to social cues and criticism, and develop coping strategies that at first glance appear “normal.”

I had already been immersing myself in autism research for some time, partly out of a desire to better understand myself. While I recognized myself to some extent in the male phenotype and formally fell outside the target group, it was precisely the descriptions of

masking and imitation in the female phenotype that truly resonated with me. Questions immediately followed. Should I do something with this? Do I need this label officially? What if a psychiatrist were to say that I do not have it? I recognized myself in the label, but did I also want it to be officially recognized?

I had always seen my life as a long and difficult learning process, one that I was far from finished with, but one I could nonetheless look back on with a certain sense of satisfaction. That monkey had done pretty well after all! It almost seemed as though he truly understood other people—not perfectly, but well enough. Did the monkey's suffering now need to be further qualified or recognized? Would that open doors that had remained closed until now?

Being Yourself at the University

Within this chair, I do not reflect solely on the relationship between individual and environment, or on the question of how identity is shaped within social norms, but also on the entanglement of living, suffering, and learning.

Nowhere does this entanglement become more visible than in education. In recent years, the number of students who identify as neurodivergent has increased sharply. These students wonder whether there is something “wrong” with them and try to make sense of the difficulties they encounter during their studies. Is learning simply hard? Or does the way they would prefer to learn simply not align with the current learning environment, which is attuned to the average neurotypical student?

I have interviewed several neurodivergent students about their experiences within the university and beyond. Those who wish to listen to the interviews can do so; they are available online. They vividly illustrate what rejection, and a lack of recognition do to a person's self-narrative. They also show how students strategically deploy labels, for example to obtain extra exam time. Other students, by contrast, ask themselves: I deviate from the norm, but do I actually want to attach a label to that? And can I truly be myself in my studies only if that label is present—or perhaps only if it is not?

These questions also confront academics. Are you, as a lecturer, allowed to bring your own experiences, your own ways of thinking and feeling, into the classroom? And can you give your personality a place in the research you conduct? For a long time, I regarded my academic work as something separate from who I was. Gradually, however, I came to realize that my theoretical interests were in fact closely intertwined with the questions I struggled with in everyday life.

My doctoral dissertation was, after all, about social cognition and the classic philosophical problem of *other minds*: how can we understand others if we can only observe their outward behavior? What I did not yet realize at the time, but now clearly see, is that this philosophical question was rooted in everyday experience: in my difficulty intuitively grasping social behavior, and in my need to use language, concepts, and theories to understand what seemed self-evident to others. Autism turned out to be deeply philosophical, and philosophy deeply autistic.

Through the Special Interest Group Neurodiversity, I regularly organize meetings here at Radboud University to explore the role of neurodiversity in higher education—not only for students, but also for lecturers. Many colleagues indicate that they struggle with similar questions, and constantly feel compelled to function within systems that are calibrated to the “average person.” And interest beyond the university is also growing: I am increasingly asked to advise on neurodiversity in the workplace, for example in judiciary, defense, and healthcare.

Beyond Labels

Neurodiversity, like biodiversity, brings strength, creativity, and a wide range of problem-solving capacities into human communities. This is true of the university as well. Indeed, it is *especially* true of the university, given its mission to educate new generations of students who can engage with complex problems—problems that require diverse ways of thinking.

Yet in education we often tend to think in terms of closed systems: what works, what is measurable, what can be substantiated through evidence-based methods. Particularly under the pressure of budget cuts, which demand that our finances be “balanced,” the temptation grows to force everything into predictable formats. Closed systems, in which a small number of rigid norms dominate, may offer the illusion of certainty, but in reality, they are fragile, uninnovative, and poorly equipped to adapt. They provide little guidance when confronted with unforeseen developments and new challenges.

As some of you may know, my research is strongly inspired by the so-called *embodied cognition* paradigm. According to this paradigm, human cognition is not merely brain activity, but emerges from the continuous interaction between brain, body, and environment. While my initial focus was primarily on the interplay between brain and body, in recent years I have increasingly come to appreciate how decisive the environment is for how people perceive, understand, and act. Environments are not neutral backdrops, but living systems that are themselves constantly in motion. Whether we are dealing with ecosystems or educational institutions, these systems are dynamic and open: they continually develop, and their diversity is essential for responding to change and uncertainty.

This diversity, in turn, cannot be captured in fixed categories or labels. Labels are by definition static, whereas people—like the systems in which they function—are continually developing. Labels rarely allow room for growth, learning, or transformation.

From within psychiatry, one increasingly hears concerned voices about the influence of social media on how people diagnose themselves and label one another. And indeed, the threshold for using psychiatric terminology has dropped dramatically. ADHD, autism, depression, trauma—these are no longer sharply delimited classifications, but terms that buzz around in everyday language. The language of psychiatry has become a shared language—no longer the exclusive domain of experts. That process is irreversible. Language cannot be controlled, and labels cannot be “reclaimed.” If there is anyone who understands this, it is the philosopher.

The popular physician and addiction specialist Gabor Maté often distinguishes in his lectures between trauma with a small *t* and Trauma with a capital *T*. The former refers to seemingly “minor” experiences that can nonetheless leave deep traces; the latter to major, socially recognized forms of traumatization. Perhaps we can do something similar with labels: distinguish between labels with a small *l*—narrative tools in our search for identity—and Labels with a capital *L*—official diagnoses for therapy, medical records, and policy structures. Both have a legitimate function, provided we do not confuse them.

The language of psychiatry, however, remains insufficient for our self-narratives—even if we reinterpret existing labels from a neurodiversity perspective. Neurodiversity is valuable, but once it is imposed or fixed as *neuro-identity*, it risks denying the mutable nature of human existence and the potential for growth and development.

The philosopher Richard Rorty argues that philosophical problems always arise within specific vocabularies—historically developed ways of speaking and making meaning. Anyone who wishes to “solve” such problems cannot rely on methods that have always worked; they must search for new language. They must develop new concepts and metaphors to rethink the world and our place within it, thereby creating space for new ways of living together, suffering together, and learning together.

Acknowledgements

Now that I have reached the end of my lecture, I would like to express a special word of thanks to all those who have made it possible for me to stand here today.

First of all, I would like to thank the Rector Magnificus and the members of the Executive Board for the trust they have placed in me. I also extend my thanks to the other members of the Board of the Faculty of Philosophy, Theology and Religious Studies. Until last week, these were Annemarie and Heleen, whom I would like to thank in particular for the pleasant collaboration of recent years—we formed a strong team! Since this week, Bert has joined the Board; I look forward to building an equally productive collaboration with him and Annemarie.

I would also like to thank my other FFTR colleagues with whom I work closely in a governance context: Jasper, Cees, Carla-Rita, Anika, and Els. And Corien, Chair of the Department of Language and Cognition, in which my chair is embedded. I likewise extend my thanks to my fellow vice-deans and to all those with whom I have worked over the past year to further shape the educational vision of Radboud University.

Radboud University is a wonderful place to work, although we are also facing a challenging period. Precisely in such times, it is valuable that—alongside all the complex discussions and administrative challenges—there remains room for projects that generate energy and joy. Such as the rollout of the new master’s programme *Healthcare Humanities*, together with Gert, Jelle, Wyke, and all the other friends on the programme. And the development of the European master’s programme *Neurotech*, in which our faculty contributes to shaping the ELSA modules. And the NWA project proposal on neurodiversity with Leentje, which was submitted a few weeks ago.

And of course: philosophy itself! Derek, Gerrit, Marc, and Roy—together, over the past years, we have brought about a remarkable cross-fertilisation between philosophy and psychiatry, and have succeeded in putting genuinely new themes on the agenda. With Derek’s chair in Philosophy in Mental Health Care, for which he delivered his inaugural lecture here last month, and my chair in Cognitive Diversity, we have formed a powerful combination in the field of the philosophy of psychiatry.

Nina, you recently completed your doctoral dissertation on network models in psychiatry, and you will be defending it at the end of November. The final stretch was demanding, but you did an outstanding job. I am incredibly proud of you and of the final result.

I would also like to mention my other PhD candidates, whose research aligns closely with this chair. Magali, who at UMC Utrecht is working on a dissertation about what it means to accept a psychiatric diagnosis; Lisa at Radboud UMC, on clinical uncertainty and how we can deal with it; and, since recently, Carmen at Erasmus UMC, who is researching neurodiversity among nurses. It is a pleasure to supervise your work—in various constellations and with different people and institutions—on these important themes. Speaking of open systems!

A special word of thanks also goes to my colleagues at the Department of Anatomy and Neurosciences of Amsterdam UMC. In particular to you, Ysbrand, for your openness and your willingness to think along about how philosophy can be practiced within the wild world of neuroscience. And to my colleagues from the Education and Innovation section, with whom I collaborate with great pleasure. The joint sessions in the course *The Empathic Brain* are among my favourite moments of recent years.

I also wish to thank my fellow philosophers at the recently formed Faculty of Social Sciences and Humanities of the Vrije Universiteit, in particular Lieven, Edwin, and Sabrina, for the pleasant collaboration.

Finally, I would like to thank my family and friends, and all the wonderful people in my life. We easily reach that 20% neurodivergence together! My parents and my three brothers: the past years have been immensely intense. Stephan, the fact that you are still alive—what a miracle. And that we have such a warm relationship among ourselves: is that despite the labels, or because of them? My good and best friends: Sander, Bram, and Gert-Jan. It is special to have known each other for so long.

Dear Leia and Kaj, how wonderful it is that you can be here again today. You are among the few things in life about which I have no doubts. So far, we have managed to raise you without labels—but that does not detract from the fact that you are truly special. Carla, it is only a small step from neurodiversity to neurodivergent relationships. We know what it means to do things differently. What it costs, but also what it yields. Fortunately, we do so entirely in line with the fundamental values of Radboud University’s leadership vision: courage, connection, and openness.

The Japanese concept *oubaitori* refers to the blossoms of the cherry, plum, peach, and apricot trees. These fruit trees all bloom in spring, but it makes little sense to compare them. They are unique and beautiful in their own way.

I have spoken.

References

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Baron-Cohen, S. (2017). Editorial Perspective: Neurodiversity - a revolutionary concept for autism and psychiatry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 58(6), 744–747.
- De Haan, S. (2020). *Enactive Psychiatry*. Cambridge University Press.
- Hacking, I. (1995). The looping effects of human kinds. In D. Sperber, D. Premack, & A. J. Premack (Eds.) *Causal cognition: A multidisciplinary debate* (pp. 351–394). Clarendon Press/Oxford University Press.
- Illich, I. (1975). *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. London: Calder & Boyars.
- McGrath J.J., Al-Hamzawi A., Alonso J., et al. (2023). Age of onset and cumulative risk of mental disorders: a cross-national analysis of population surveys from 29 countries. *The Lancet Psychiatry*, Volume 10 (9), 668 – 681.
- Tsai, J.L. (2017). Ideal affect in daily life: implications for affective experience, health, and social behavior. *Current Opinion in Psychology* 17, 118-128.

FACULTEIT DER FILOSOFIE, THEOLOGIE EN RELIGIEWETENSCHAPPEN

Radboud Universiteit



www.radbouduniversitypress.nl