

# Rizomatisch denken in de systeemtherapie

---

Jasmina Sermijn

---

*‘Ze [...] droeg overal een vormeloze tweedehands tas van versleten brokaat met zich mee, waarin een verzameling zat van stukjes gekleurde stof in alle mogelijke vormen. Ze kon zichzelf er niet toe brengen om ze te rangschikken tot een definitief patroon. Daarom verschoof en schikte ze de stukjes telkens opnieuw, dacht even na en verschoof en schikte ze weer zoals de stukken van een eindeloze puzzel.’ (Deleuze & Guattari, 1980, p.595, vertaling J. Sermijn)*

In het systeemtherapeutische werkveld wordt de laatste jaren regelmatig gesproken over het narratieve zelf of het ‘zelf-als-verhaal’. Hiermee verwijst men naar het idee dat het ‘zelf’ geen inherent gegeven is, maar iets dat voortdurend geconstrueerd en gereconstrueerd wordt in en door verhalen die een persoon over zichzelf vertelt (Bruner, 1986, 2002; Davies & Harré, 1990; Gergen, 1989, 1991; Gubrium & Holstein, 1994, 1995; Ricoeur, 1983, 1985, 1992; Sermijn, Loots, & Devlieger, 2005, 2007). Daar waar traditionele subjecttheorieën binnen de psychologie uitgaan van het bestaan van een essentieel kernzelf met min of meer stabiele eigenschappen die van buitenaf objectief geobserveerd en gemeten kunnen worden, stelt een narratieve visie dat mensen niet geboren worden met een zelf. Volgens de narratieve visie ontlenen mensen hun zelf aan de narratieve activiteit van het vertellen, interpreteren en toepassen van hun verhalen.

Het beschouwen van het zelf als iets dat niet gegeven is maar narratief gevormd wordt en veranderlijk is, heeft automatisch gevolgen voor de wijze waarop wij naar therapie kijken. Als we ervan uitgaan dat er noch in individuen, noch in gezinssystemen een essentie bestaat die van buitenaf objectief geobserveerd, gemeten en veranderd kan worden, en als we ervan uitgaan dat zelfheid gevormd wordt in en door het verhalen, dan kan therapie opgevat worden als een ruimte waar in de dialoog tussen therapeut en cliënt(en), zelfverhalen gevormd kunnen worden. Therapie heeft dan niet tot doel op zoek te gaan naar disfunctionele essenties,

zoals individuele stoornissen of disfunctionele gezinsstructuren. Evenmin heeft ze tot doel deze disfunctionele essenties van buitenaf te veranderen. Integendeel, therapie wordt dan een narratieve ruimte waarin verschillende mogelijke zelfverhalen geco-construeerd kunnen worden. Geco-construeerd, want zelfverhalen ontstaan steeds in interactie met de Ander. Met de Ander wordt verwezen naar concrete andere personen maar eveneens naar de maatschappelijke taal en discoursen waarvan mensen gebruikmaken in hun spreken. Het co-construeren van zelfverhalen is bijgevolg geen individuele aangelegenheid maar eerder iets dat tot stand komt binnen een breed narratief, betekenisgenererend systeem. De term 'systeem' verwijst hier dan naar alle stemmen die de zelfverhalen van cliënten mee vormen.

Als we deze narratieve visie volgen en ervan uitgaan dat mensen hun zelfheid ontlenen aan de verhalen die zij over zichzelf vertellen en dat therapie een narratieve ruimte is waarin zelfverhalen geco-construeerd worden, dan kunnen we ons de vraag stellen wat er precies verstaan wordt onder de co-constructie van een zelfverhaal. In de narratieve theorie wordt het verhaal namelijk niet enkel beschouwd als een metafoor voor het zelf: zelfheid wordt niet *vergeleken* met een verhaal, het *is* een verhaal. Maar over welk soort verhaal wordt hier gesproken? Als het zelf een geco-construeerd verhaal is, hoe ziet dat verhaal er dan uit? Het zijn deze vragen die wij in dit artikel exploreren. Meer specifiek gaan wij op zoek naar een mogelijke 'kijk' op de wijze waarop zelfverhalen binnen een therapiecontext vorm krijgen, een 'kijk' die therapeuten een houvast biedt in het narratieve constructiewerk dat zij samen met cliënten ondernemen.

### *Zelf als traditioneel verhaal*

Binnen onze westerse wereld wordt een verhaal over het algemeen omschreven als iets dat beschikt over een scenario of plot, een eenheid en compleetheid, en een lineaire structuur die temporeel en ruimtelijk geordend is (Ricoeur, 1983, 1985, 1992). Uitgaande van deze traditionele verhaalnotie, zouden we het narratieve zelf kunnen bekijken als een verhaal dat gekenmerkt wordt door deze eigenschappen. Het zelf als traditioneel verhaal is een verhaal dat, hoewel het temporeel veranderlijk is, gekenmerkt wordt door een scenario of plot die het verhaal tot een lineair gestructureerde eenheid en compleetheid maakt. Meer concreet zou dit betekenen dat mensen al hun zelfervaringen in één lineair, compleet verhaal over zichzelf zouden gieten, een verhaal dat – net zoals een traditionele autobiografie – ruimtelijk en temporeel geordend is rond een plot met een begin, midden en einde (Sermijn, 2008; Sermijn et al., 2005, 2007, 2008).

Als therapeut word je echter al snel geconfronteerd met de mogelijke beperkingen van deze verhaalnotie. Cliënten komen onze therapiekamer over het algemeen niet binnen met volledig coherente, complete zelfverhalen op zak. Hoewel sommige delen van hun zelfverhalen wel traditionele verhaaleigenschappen bezitten, zijn er evenzoveel tegenstrijdige, ruimtelijk en temporeel discontinue verhaalelementen in aanwezig. Het feit dat cliënten niet over zichzelf spreken in termen van traditionele verhalen, roept bedenkingen op. Zijn de narratieve kenmerken zoals omschreven in de traditionele verhaalnotie, wel eigen aan de menselijke natuur? Is het wel mogelijk alle zelfervaringen – rekening houdend met de veelheid aan ervaringen, met mogelijke breuken, tegenstrijdigheden – te ordenen in een enkel coherent verhaal over zichzelf? En moeten wij als therapeuten trachten losse vertellingen tot een enkel compleet, logisch geordend verhaal te weven? Moeten wij verhaalelementen die niet passen binnen een enkel coherent verhaal, stroomlijnen en de illusie creëren dat de ervaring, de zelfheid van onze cliënten een mooi coherent geheel vormt (Sermijn, 2008; Sermijn et al., 2005, 2007, 2008)? Deze vragen, die in de traditionele notie van het verhaal onbeantwoord blijven, vormen het uitgangspunt van de tweede, postmoderne verhaalnotie.

### *Zelf als postmodern verhaal*

Het postmoderne uitgangspunt is dat ‘alles een verhaal is’ (Currie, 1998). Er hoeft geen sprake te zijn van een ordening in een overkoepelende plot om van een verhaal te spreken. Hoewel het, gezien de vaagheid en grenzeloosheid eigen aan de postmoderne verhaalnotie, onmogelijk is om duidelijk te omschrijven wat een verhaal al dan niet is, vinden we in de postmoderne narratieve theorie (Currie, 1998; Gibson, 2004; Herman & Vervaeck, 2005) enkele kenmerken terug die als typisch voor postmoderne verhalen worden beschouwd: geen synthese van de verhaalelementen rond een enkele plot, geen hiërarchie binnen het verhaal, maar narratieve lateraliteit en het laten bestaan van ongetemde elementen, dat wil zeggen elementen die zich niet laten onderbrengen in een traditionele verhaalstructuur. Deze kenmerken maken duidelijk dat de postmoderne notie door een heel andere bril naar verhalen kijkt. Ze legt nadruk op al hetgeen in de traditionele notie buitengesloten wordt en hecht belang aan het laten bestaan van alles wat niet in een gestroomlijnd verhaal past.

Deze postmoderne notie volgend zouden we het zelf kunnen opvatten als een ongetemd verhaal dat bestaat uit een heterogene verzameling van horizontale, soms ongetemde verhaalelementen die een persoon over zichzelf vertelt en die niet tot synthese worden gebracht in een enkel

coherent verhaal waaraan de persoon zijn zelfheid ontleent. Deze visie – het narratieve zelf als postmodern verhaal – sluit beter dan de traditionele visie aan bij de alledaagse narratieve praktijken waarmee wij als therapeuten te maken krijgen. De verhalen die cliënten over zichzelf vertellen zijn geen traditionele verhalen maar eerder heterogene verzamelingen van soms gestroomlijnde, soms ongetemde verhaalelementen.

Beide verhaalnoties overschouwend, kunnen we hier voorlopig besluiten dat de postmoderne notie ruimte creëert voor alternatieve verhaalvormen. Dit betekent niet dat de traditionele notie volledig overboord gegooid moet worden. Traditionele verhaalkenmerken zijn in de zelfverhalen van cliënten niet volledig afwezig. Zouden er geen traditionele verhaalkenmerken aanwezig zijn, dan zouden cliënt en therapeut verdwalen in een chaos van ongetemde verhaalelementen en zouden zij niet langer in staat zijn om elkaar te begrijpen.

Wel betekent het dat de traditionele notie te beperkt is en nood heeft aan uitbreiding, wil ze voldoende aansluiten bij de therapeutische praktijk. In het vervolg van dit artikel exploreren wij dan ook een alternatieve visie van het zelf als verhaal, een visie die vertrekt vanuit de postmoderne notie, maar het bestaan van traditionele verhaalaspecten niet uitsluit. Hierbij maken wij gebruik van het beeld van het rizoom, een concept ontleend aan het werk van de Franse filosofen Deleuze en Guattari (1976, 1980). Door het narratieve ‘zelf’ te vergelijken met een rizomatisch verhaal creëren we een visie die therapeuten kan helpen te reflecteren op de wijze waarop zelfverhalen binnen therapie geco-construeerd worden, alsook op hun eigen positie in dit constructiewerk.

### *Zelf als rizomatisch verhaal*

Het rizoom is een ondergronds wortelsysteem, zoals je dat terugvindt bij aardbeiplanten, bamboe, gember enzovoort. In tegenstelling tot de hiërarchische wortelstructuur van bomen – een hoofdwortel die zijdelings vertakt in twee zijwortels die op hun beurt weer in tweeën vertakken – kent het rizoom geen overzichtelijke structuur maar waaiert het op een onoverzichtelijke manier uit naar alle kanten. Een rizoom kan de meest uiteenlopende vormen aannemen: vanaf de vertakking en uitbreiding in alle richtingen aan de oppervlakte, tot aan de vorm in bollen en knollen.

Het belangrijkste kenmerk van een rizoom is dat het meerdere ingangen heeft. Je kunt er van verschillende kanten binnenkomen en zodra je binnen bent, ben je gekoppeld. Er bestaat geen hoofdingang of beginpunt dat de weg biedt naar een kern of centrum. Het bestaan van meerdere ingangen impliceert automatisch een veelheid. Met het principe van

veelheid verwijzen Deleuze en Guattari (1976, 1980) naar het bestaan van een veelheid die niet omgevormd kan worden tot een eenheid. Binnen de veelheid bestaat geen duidelijke hiërarchie, ordening of volgorde. Dit maakt dat elk punt van een rizoom steeds verbonden kan worden met ongeacht welk ander punt in het rizoom, het principe van verbinding. Op welke plaats een rizoom gebroken of vernietigd wordt, het zal steeds verder groeien volgens andere lijnen of verbindingen, het principe van de niet-betekenisdragende breuk (Deleuze & Guattari, 1976, 1980; Sermijn, 2008, 2009; Sermijn et al., 2008).

Hoe kunnen we het rizoom als beeld voor de narratieve co-constructie van zelfheid gebruiken? Hoe helpt dit beeld systeemtherapeuten naar de zelfverhalen van cliënten te kijken en ermee aan de slag te gaan? Met deze vragen in het achterhoofd hernemen wij elk van de kenmerken van het rizoom en passen we deze toe op narratieve zelfheid. Ter illustratie zal telkens een fragment gebruikt worden uit een therapeutisch gesprek tussen de therapeut (Th) en Isabelle (Cl), een dame die in het kader van de therapie over zichzelf vertelde.

#### *Meerdere ingangen*

Wanneer we het zelf beschouwen als een rizomatisch verhaal met meerdere ingangen, gaan we er in de eerste plaats vanuit dat er geen juiste ingang of vraag bestaat die de therapeut de weg wijst om tot de waarheid te komen over de zelfheid van cliënten. De illusie dat je het echte, essentiële zelf van een persoon zou kunnen vatten, wordt volledig losgelaten. Het zelf als rizomatisch verhaal heeft vele mogelijke ingangen en elke ingang zal leiden tot andere constructies van zelfheid. Welke ingang een cliënt neemt, is van veel factoren afhankelijk, maar zal onder meer bepaald worden door het publiek tot wie hij spreekt (hier in de eerste plaats de therapeut) en de context waarin het spreken plaatsgrijpt (de therapeutische context en de bredere maatschappelijke context). De vragen die de therapeut stelt en de positie van de cliënt en therapeut (zoals leeftijd, geslacht, doelstellingen en ideologie), bepalen mede welke ingang genomen wordt. Als therapeut wordt je daarbij automatisch deel van het rizoom. Je kan onmogelijk als een objectieve observator buiten het rizoom blijven staan; zodra je binnen bent, ben je gekoppeld. Therapeut en cliënt kunnen gezien worden als twee rizomatische netwerken die in elkaar grijpen en in die concrete therapiecontext gedeelde wegen creëren.

Het volgende verhaalfragment toont hoe de ingang die Isabelle (Cl) neemt, geplaatst moet worden binnen de therapeutische context waarin haar spreken plaatsgrijpt.

Th: Kan je mij vertellen wat jou hier brengt?

Cl: Ik heb de laatste tijd zoiets van, dat het allemaal niet meer goed voelt...

De startvraag die de therapeut stelt, creëert automatisch een conversatiecontext waarin bepaalde zelfconstructies meer uitgelokt worden dan andere. De vraag: *Wat brengt jou hier (bij mij als therapeut)?* zorgt er bij Isabelle voor dat zij direct begint te praten over wat zij als moeilijk ervaart. Therapeut en cliënt vertrekken hier beiden impliciet vanuit het dominante maatschappelijke discours dat rond therapie bestaat: mensen gaan in therapie om over problemen te praten. De ingang die Isabelle naar aanleiding van de vraag van de therapeut neemt, is dan ook een ingang die meteen een bepaalde zelfconstructie uitlokt, namelijk 'het zelf dat problemen ervaart en nood heeft aan therapie om deze problemen op te lossen'.

Dit voorbeeld toont hoe belangrijk het is dat wij ons als therapeuten realiseren dat de vragen die wij aan onze cliënten stellen en de ideeën van waaruit wij vaak impliciet vertrekken, van grote invloed zijn op de zelfconstructies die in therapie al dan niet kunnen ontstaan. Mocht deze therapeut met Michael White in gedachten een totaal andere startvraag gesteld hebben, zoals: 'Ik zou graag eerst even tijd nemen om kennis te maken met jou, los van de problemen waarmee je worstelt', dan zouden er in de dialoog tussen therapeut en cliënt waarschijnlijk heel andere ingangen in het rizomatisch verhalennetwerk geëxploreerd kunnen worden, die tot andere versies van zelfheid zouden leiden.

Als therapeut zijn wij deel van het rizoom en bepalen wij mee welke ingangen er al dan niet geëxploreerd worden, welke versies van zelfheid er al dan niet geconstrueerd kunnen worden in de therapeutische ruimte.

### *Veelheid en verbindingen*

Het bestaan van meerdere ingangen maakt dat we het narratieve zelf kunnen beschouwen als een veelheid aan verhalen die niet tot eenheid kan worden gebracht. Er bestaat niet een allesomvattend coherent verhaal waarin een subject al zijn zelfervaringen kan gieten en zichzelf herkent. Integendeel, er bestaat een veelheid aan verhalen die, afhankelijk van de ingangen die therapeut en cliënt nemen, elk een andere versie van zelfheid construeren. Op het ogenblik dat de cliënt tegen de therapeut over zichzelf vertelt, construeert hij een momentaan, contextueel gebonden 'zelf'. Dit doet hij door samen met de therapeut in de veelheid aan soms tegenstrijdige verhaalelementen op zoek te gaan naar mogelijke verbindingen die samenhang creëren, iets wat zowel voor de therapeut

als voor de cliënt een houvast biedt, een kader waarin zij zichzelf en elk-ander kunnen beschrijven en begrijpen.

Cl: De laatste tijd ben ik bezig met naar mezelf te kijken, dingen te doen die ik voel dat ik wil doen, zelf proberen voelen van 'gaat het goed of niet goed' zonder me te laten controleren. Ik ben ooit een zeilcursus gaan volgen... Ik weet nog goed dat ik op die boot zat en als ge wilt zeilen dan moet ge die zeilen lossen en aantrekken, ge moet u voor een stuk overgeven, ik heb niets anders gedaan dan controleren, ik was op die boot maar ik voelde toen ook die angst die ik al jaren voelde en die controle... Dat heeft te maken met... Toen ik 18 was heb ik een diagnose gekregen, bipolaire stoornis...

Hoewel het rizoomdenken dit zoeken naar verbindingen en eenheid in de veelheid niet uitsluit, benadrukt het dat elke eenheid lokaal en tijdelijk is. Eenheid wordt beschouwd als de tijdelijke machtsovername van een specifiek verhaal met het gevolg dat andere mogelijke verhalen op dat moment worden buitengesloten. Zo kan een bepaald zelfverhaal op een concreet moment, binnen een concrete context, overheersen en voor de cliënt en/of de therapeut de illusie creëren dat het verhaal een eenheid vormt en dat dit het enige mogelijke verhaal is.

In het volgend fragment vertelt Isabelle hoe zij en anderen in haar omgeving jarenlang al haar zelfervaringen in een overheersend verhaal plaatsten, namelijk het verhaal van 'het zelf dat lijdt aan een bipolaire stoornis'.

Cl: Toen ik die diagnose had gekregen had ik echt zoiets van 'ik kan daar niets aan doen, het is iets in mijn hoofd, een hersenziekte'. Voor mij was dat van 'oké, ik heb dat en ik moet daarmee leren leven'. Ik moet rustig leven, regelmaat hebben en zien dat als ik nog iets voel in de richting van het manische of het depressieve, dat ik er dan op tijd bij ben. Mijn omgeving die moest dat ook doen, dat mee in het oog houden voor mij, voor als ik het niet goed zou voelen aankomen. En dat heb ik dus al die jaren gedaan. Alles, echt alles werd continu geïnterpreteerd vanuit die diagnose. Allez, bijvoorbeeld als vrouw, ge hebt om de zoveel weken uw maandstonden en dan die premenstruele periode, dan hebt ge al gauw zoiets van 'ik voel me niet goed' en keer op keer had ik zoiets van 'oei ik ben precies wat lastiger'. Ik mocht mij niet goed of te goed voelen want dan dacht ik 'oei ik word manisch' en ik mocht mij niet slecht voelen of ik dacht 'oei ik ga hervallen'. Dus constant controle, controle, twintig jaar aan een stuk...

Hoe sterk het heerschappij van een specifiek zelfverhaal ook lijkt, therapeuten die rizomatisch denken houden steeds in het achterhoofd dat

elke eenheid lokaal en tijdelijk is en dat er naast het verhaal dat op een bepaald moment overheerst nog vele andere zelfverhalen kunnen bestaan die op dat moment niet belicht worden.

Als therapeuten moeten wij voortdurend alert blijven op alle verhaalelementen die niet passen binnen het geconstrueerde eenheidsverhaal.

Cl: Dat is nog maar een paar maanden dat ik echt zeg van kijk, nee, ik ben daar niet langer meer mee bezig... Ik sta niet meer achter die diagnose. Ik bedoel nu ook in de lente door zo veel wakker te liggen in bed en te zien van oké dit gaat, ja dat is echt de eerste keer dat ik dat kan doen... Hadden ze me al langer laten doen dan was ik er misschien al lang van af. En dat zijn de dingen waar ik mee bezig ben nu, doen wat ik voel dat goed is voor mij...

In bovenstaand verhaalfragment betekent dit dat we die elementen die niet in het dominante verhaal passen, extra belichten zodat de schijneenheid doorbroken wordt, en er ruimte ontstaat om andere ingangen te exploreren die tot andere zelfverhalen kunnen leiden.

Th: Ik hoor je zeggen dat dit de eerste keer is dat je kan wakker liggen in de lente en dat je kan zeggen van oké, dit gaat, zonder dat je de hele tijd moet controleren of bang bent om terug te vallen. Kan je mij helpen begrijpen hoe dat voor jou is, dat gevoel van oké, dit gaat? Wat vertelt dat over jou als persoon?

Cl: Wel ja, dat niet alles wat ik voel, bijvoorbeeld als ik even niet goed kan slapen of lig te piekeren in mijn bed, dat niet alles wat ik voel automatisch verwijst naar hervallen, naar manisch of depressief worden. Ik ben nu eenmaal iemand die veel nadenkt over de dingen, altijd al geweest...

Th: Als je zegt dat je iemand bent die veel nadenkt over de dingen, kan je mij misschien nog een voorbeeld geven dat toont wat jij daar mee bedoelt? Iets dat toont dat jij veel nadenkt over de dingen?

Dit voortdurend alert blijven en belichten van verhaalelementen die niet passen binnen het dominante eenheidsverhaal, sluit aan bij het denken in termen van 'uitzonderingssituaties' of *unique outcomes* van Michael White. White en Epston (1990, p.15) omschrijven een *unique outcome* als 'een uitzondering op het probleem die je niet zou verwachten vanuit het probleemverhaal zelf'. Wat White en Epston omschrijven als een uitzonderingssituatie, kan vergeleken worden met de eerder beschreven 'ongetemde' verhaalele-



menten die niet passen in de schijneenheid van het overheersende verhaal. Door deze ongetemde verhaalelementen in de verf te zetten en te verbinden met andere uitzonderingssituaties, trachten narratieve therapeuten samen met hun cliënten het probleemverzadigde verhaal te doorbreken en ruimte te maken voor nieuwe verbindingen die tot rijkere verhalen kunnen leiden en deze aan te dikken. Dit ruimte maken voor nieuwe verbindingen brengt ons naar het volgende en laatste kenmerk van het rizoom, het idee van breuken en vluchtlijnen die daaruit kunnen ontstaan.

### *Breuken en vluchtlijnen*

Ruimte maken voor nieuwe verbindingen kan alleen gebeuren als oude, gefixeerde verbindingen op de een of andere manier doorbroken worden. Met het principe van de breuk verwijzen Deleuze en Guattari (1976, 1980) naar het idee dat verbindingen tussen verhaalelementen in een rizoom op elk moment verbroken kunnen worden. Een breuk is nooit fataal, aangezien er uit elke breuk vluchtlijnen kunnen ontstaan die ruimte maken voor nieuwe verbindingen, waaruit nieuwe zelfconstructies kunnen groeien. Voorbeelden van breuken zien we terug in de volgende verhaalfragmenten die Isabelle in latere gesprekken vertelde.

Cl: Toen we het hadden over het feit dat ik veel nadenk en dat het veel wakker liggen misschien gewoon te maken heeft met het feit dat ik een denker ben... Dat doet echt deugd... Het heeft misschien helemaal niks te maken met manisch worden... Het geeft me zo een vrijheid om dat idee van 'oei, ik lig weer wakker, ik zal wel manisch worden' te kunnen loslaten. Dat is echt de eerste keer dat ik dat kan doen... (ik ben gewoon een denker).

Cl: Weet je nog dat ik de vorige keer vertelde dat ik niet goed wist of en wat ik tegen mijn zoon kan vertellen over mijn verhaal? Je vroeg me toen wat me allemaal tegenhield... Het feit dat ze me gezegd hadden er beter niets van te vertellen... De schrik dat hij zoiets zou hebben van 'oei, ga ik dat ook krijgen'... Je vroeg me ook na te denken wat ik zelf het belangrijkste vond: mijn fierheid op waar ik nu sta met hem te kunnen delen of het toch te verzwijgen uit angst. Ik heb intussen met hem gesproken en dat voelde goed. Ik denk dat hij nu wel trots is op mij zo van: 'Mama, chique gedaan!' (ik ben een chique mama).

Cl: Ik heb intussen met de huisarts bekeken of en hoe ik mijn medicatie zou kunnen afbouwen... Tot mijn verbazing zei hij dat hij erachter zou staan moest ik de medicatie willen afbouwen... Dit weten doet

deugd, zoiets van 'hij staat achter mij en denkt dat ik mogelijk zonder medicatie kan leven' (de huisarts ziet mij als iemand die mogelijk zonder medicatie kan leven).

Deze voorbeelden geven aan hoe er op elk moment oude verbindingen verbroken kunnen worden en nieuwe verbindingen kunnen ontstaan die een mogelijke vlucht betekenen uit het allesoverheersende verhaal van 'het zelf dat bipolair gestoord is'. Het overheersende verhaal wordt als het ware opengebroken en maakt plaats voor nieuwe mogelijke zelfconstructies: 'het zelf dat een denker is', 'het zelf dat mogelijk zonder medicatie kan leven', 'het zelf dat een chique mama is'.

Het verbreken van gefixeerde verbindingen is echter niet gemakkelijk. Sommige betekenissen zijn zo dominant aanwezig in de maatschappij en cultuur waarin wij leven, dat het moeilijk is om ervan los te komen. Psychiatrische diagnoses bijvoorbeeld maken deel uit van een wetenschappelijk kennisdiscours dat in onze westerse wereld over het algemeen als de enige mogelijke waarheid wordt beschouwd. Dit maakt dat psychiatrische diagnoses een zekere macht in zich dragen die moeilijk te doorbreken is (Sermijn, 2009).

Als we terugkijken naar het verhaal van Isabelle zien we hoe moeilijk het voor haar is om volledig te breken met bepaalde dominante betekenissen. Op het moment bijvoorbeeld dat zij zegt dat ze zich niet meer wil laten controleren, zich niet meer in het diagnostisch verhaal wil plaatsen maar daarentegen wil doen wat zij voelt dat goed is voor haar, zie je hoe zij de breuk die daar ontstaat niet laat uitgroeien tot een vluchtlijn maar eerder geneigd is om terug te vallen op de vaste, gefixeerde verbindingen waar ze jaren naar geleefd heeft.

Cl: Het is nog maar een paar maanden dat ik echt zeg van 'nee, ik ben daar niet meer mee bezig'... 'ik sta niet meer achter die diagnose'... 'ik ga doen wat ik voel dat goed is voor mij'. Maar sommige dingen... Ik weet niet of ik mijn diagnose tegen mijn zoon moet vertellen... Hij weet er niks van... Ze hebben mij ook gezegd dat ik dat niet mag vertellen. Ik vind dat eigenlijk wel lastig...

Cl: Ik neem al jaren medicatie, ik weet niet wat die medicatie doet. Stel dat, ik ben nogal empathisch, ik ga nogal mee in de dingen, stel dat die lithium er in slaagt dat een beetje rustiger te houden, ik weet dat dus niet hè, maar stel dat dat zo is, ik sta wel niet meer achter die diagnose maar... ja, ik slik die nog wel efkes. Ik ben wel van plan... maar dat moet voor mij niet direct, ik slik ze nu toch al zo lang, maar op termijn... Allez, ik wil echt wel stoppen met die medicatie...

Deze voorbeelden geven aan hoe machtig bepaalde verbindingen en verhaallijnen kunnen zijn en hoe moeilijk het is om vluchtlijnen te creëren. Een vluchtlijn in het voorbeeld van Isabelle zou betekenen dat zij de verbinding tussen 'ik ben manisch-depressief dus ik moet heel mijn leven medicatie nemen' doorbreekt en gaat experimenteren met alternatieve verbindingen zoals 'ik sta niet meer achter de diagnose, ik ben niet langer ziek en wil mijn medicatie afbouwen'.

Voor ons als rizomatische, narratieve therapeuten is het belangrijk dat wij onze cliënten ondersteunen door samen op zoek te gaan naar breuken en vluchtlijnen die door de harde, gefixeerde verbindingen heen breken, waardoor het strakke, reducerende zelfverhaal opnieuw opengesteld wordt en we kunnen gaan experimenteren met het aangaan van nieuwe, meer helpende verbindingen.

Het is daarbij niet de bedoeling om tot een ander gefixeerd eenheidsverhaal te komen, wel om tijdelijke, lokale en contextgebonden verhalen te creëren, verhalen waaraan mensen hun zelfheid ontleen. Volgend fragment illustreert dit:

Th: Ik hoor je zeggen 'ik wil echt stoppen met die medicatie maar ik ben er bang voor, ik weet niet wat die medicatie doet, wie ik ben zonder'. Zijn er mensen in je omgeving die jouw wens tot stoppen ondersteunen?

Cl: Sinds kort ja... vroeger niet... Ze hadden me duidelijk gezegd dat ik een ziekte had en mijn hele leven medicatie zou moeten nemen. Maar doordat ik er nu zelf anders naar kijk... en de huisarts mij ook ziet als iemand die mogelijk zonder medicatie kan leven... Ja ik was echt verrast toen hij dat zei, dat was echt zoiets van 'er is iemand, een arts, die in mij gelooft'... en jij ook natuurlijk, jij zou er ook achter staan moest ik die keuze maken, dat weet ik. En ik denk... nu... ook mijn man, vroeger niet, net zoals mijn hele omgeving had hij zoiets van 'je moet medicatie nemen want je bent ziek' maar dat is wel anders nu, ik ben ook anders...

Th: Dus jouw wens om te stoppen, vindt momenteel ondersteuning bij je huisarts, mij als therapeut, je man... Wat doet dat met jou, te weten dat deze mensen jou ondersteunen in je idee van 'ik ben iemand die mogelijk zonder medicatie kan leven'?

Cl: Dat doet enorm veel deugd... Al die jaren dat ik te horen kreeg... keer na keer: je moet je hele leven medicatie nemen... En nu weten dat er mensen zijn die er wel in geloven, ja dat geeft weer hoop en perspectief... Misschien kan mijn wens wel echt worden...

*Bruikbaarheid voor therapie: de creatie van crazy patchworks*

Cliënten komen binnen met zelfverhalen in allerlei vormen, maten en kleuren. Hoe kunnen wij hier als narratieve systeemtherapeuten mee omgaan? De manier waarop wij als therapeuten naar zelfverhalen kijken, heeft automatisch invloed op de manier waarop wij de zelfverhalen van cliënten beluisteren alsook op de manier waarop wij met deze verhalen binnen therapie aan de slag gaan. Wanneer wij vanuit een traditionele verhaalnotie vertrekken, met een sterke nadruk op aspecten als coherentie, lineariteit en eenheid, zullen wij geneigd zijn onze cliënten een weefgetouw aan te bieden. Een weefgetouw biedt namelijk duidelijke, voorgeschreven verhaallijnen in de vorm van scheringdraden, die strak en verticaal gespannen zitten in een weefgeraamte. Een voorbeeld hiervan is een psychiatrische diagnose. De diagnose vormt een weefgetouw dat bestaat uit vaste, vooraf bepaalde verhaallijnen (scheringdraden). De cliënt die binnenkomt en een diagnose krijgt, zal samen met de therapeut al zijn verhaalelementen als inslagdraden horizontaal tussen de vaste scheringdraden weven tot er een strak en gesloten weefsel ontstaat. Isabelle bijvoorbeeld gaf aan dit jarenlang samen met haar therapeut en familieleden gedaan te hebben.

Cl: Alles, echt alles werd in het verhaal van de diagnose geplaatst. Bijvoorbeeld als vrouw, ge hebt om de zoveel weken uw maandstonden... en dan die premenstruele periode, dan hebt ge al gauw zoiets van 'ik voel me niet goed' en keer op keer had ik zoiets van 'oei ik ben precies wat lastiger'... Ik mocht mij niet goed of te goed voelen want dan dacht ik 'oei ik word manisch' en ik mocht mij niet slecht voelen of ik dacht 'oei ik ga hervallen'.

Dit samen weven van losse verhaalelementen in een weefgetouw maakt dat er uiteindelijk een gestructureerde eenheid ontstaat, een ordening van boven naar onder waardoor het verhaal van de cliënt een afgesloten geheel wordt. Het wordt een weefselverhaal. In het geval dat een cliënt met een reeds strak geweven verhaal binnenkomt, zal de therapeut die vanuit de traditionele verhaalnotie denkt, het weefselverhaal bevestigen of een nieuw weefgetouw aanbieden. Hoewel dit soort van weefselverhalen eenheid, ordening en duidelijkheid creëren, bestaat het gevaar dat alles geïnterpreteerd en beleefd zal worden vanuit dit ene weefsel. Verbindingen buiten dit weefgetouw worden op die manier moeilijker gemaakt waardoor het zelf als het ware gereduceerd dreigt te worden tot één gesloten, gefixeerd verhaal.

Een rizomatische kijk op zelfverhalen wil deze reductie tegengaan. Vertrekken vanuit een rizomatische kijk houdt in dat wij als therapeuten

het weefsel uit het weefgetouw, het gefixeerde eenheidsverhaal, trachten los te maken en het opnieuw in het rizoom plaatsen. Zoals in bovenstaande tekst duidelijk werd gemaakt, kunnen wij dit doen door samen met onze cliënten in hun zelfverhalen op zoek te gaan naar ongetemde verhaalelementen en breuken, deze in de verf te zetten en aan te dikken zodat er vluchtlijnen kunnen ontstaan die door de harde, schijnbaar gefixeerde betekenissen heen breken, waardoor het strakke weefselverhaal wordt opengesteld en er ruimte ontstaat om te experimenteren met nieuwe verbindingen. Door het weefselverhaal terug te plaatsen in het rizoom kunnen er opnieuw ontelbare mogelijke verbindingen ontstaan. In het rizoom bestaan immers geen vooraf bepaalde scheringdraden waartussen de verhaalelementen van cliënten worden vast geweven. Integendeel, er kan geëxperimenteerd worden met allerlei verbindingen, die ruimte geven aan een grote variëteit aan mogelijke zelfconstructies. Het experimenteren met verbindingen die tijdelijke, lokale zelfverhalen creëren zorgt er aldus voor dat het zelf niet vastgezet wordt in een weefsel, maar beweeglijk en open blijft, zonder daarbij te vervallen in een niet-verbonden wirwar van draden. Deleuze en Guattari (1976, 1980) verwijzen in dit verband naar het creëren van een *crazy patchwork* ofwel een lapjeswerk. *Crazy patchworks* ontstaan door allerlei lapjes stof in alle maten en kleuren willekeurig naast elkaar te plaatsen. Er is geen juiste manier of vooraf bestaand patroon dat de volgorde van de draden of stukjes stof bepaalt. Er is geen weefgetouw waarin het verhaal kan worden vastgezet.

Een rizomatische kijk vereist dan ook een zekere creativiteit van therapeut en cliënt, alsook het aannemen van een collaboratieve, niet-wetende, nieuwsgierige houding (Anderson, 2012). Rizomatisch denken in therapie houdt in dat therapeut en cliënt samen durven experimenteren met draden en stofjes die tot allerlei vormen van *crazy patchwork* kunnen leiden. Op die manier ontstaan er tijdelijke, lokale zelfverhalen, in allerlei vormen en kleuren, open voor het voortdurend opnemen van veranderingen.

**Jasmina Sermijn** is klinisch psycholoog en systeemtherapeut, werkzaam in het centrum voor psychotherapie Hestia, en als praktijklector verbonden aan de Vrije Universiteit Brussel. E-mail: [jsermijn@vub.ac.be](mailto:jsermijn@vub.ac.be).

**Samenvatting** In het systeemtherapeutische werkveld wordt de laatste jaren veel gesproken over het narratieve ‘zelf’ of het ‘zelf-als-verhaal’. Hiermee wordt verwezen naar het idee dat het zelf narratief geconstrueerd wordt in en door verhalen die een persoon over zichzelf vertelt. Het verhaal wordt hierbij niet enkel beschouwd als een metafoor voor het zelf: het zelf wordt niet vergeleken met een verhaal, het is een verhaal. Maar over welk soort verhaal wordt hier gesproken?

Als het zelf een verhaal is, hoe ziet dat verhaal er dan uit? Het is deze vraag die in dit artikel geëxploreerd wordt. Vertrekkende vanuit de mogelijkheden en beperkingen van de traditionele en postmoderne visies op het 'zelf-als-verhaal', wordt een alternatieve visie uiteen gezet. Door het 'zelf' op te vatten als een rizomatisch verhaal, creëren wij een bruikbare kijk voor therapeuten op de wijze waarop zelfverhalen binnen een therapiecontext vorm krijgen en stimuleren wij hen om samen met hun cliënten een patchwork of lapjeswerk van zelfverhalen te construeren. Aan de hand van verhaalfragmenten uit eigen praktijk illustreren wij het rizomatisch denken en de mogelijkheden ervan op therapeutisch vlak.

### Literatuur

- Anderson, H. (2012). Collaborative relationships and dialogic conversations – Ideas for a relationally responsive practice. *Family Process*, 51(1), 8-24.
- Bruner, J. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bruner, J. (2002). *Making stories – Law, literature, life*. Cambridge: Harvard University Press.
- Currie, M. (1998). *Postmodern narrative theory*. New York: Macmillan.
- Davies, B., & Harré, R. (1990). Positioning – The discursive production of selves. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 20(1), 43-63.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1976). *Rhizôme – Introduction*. Parijs: Editions de Minituit. (Vertaald als: *Rizoom – Een inleiding*, 1998, Utrecht: Uitgeverij Rizoom.)
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1980). *Mille plateaux – Capitalisme et schizophrénie*. Parijs: Editions de Minituit. (Vertaald als: *A thousand plateaus – Capitalism and schizophrenia*, 2004, London & New York: Continuum.)
- Gergen, K.J. (1989). Warranting voice and the elaboration of the self. In J. Shotter & K.J. Gergen (eds.), *Texts of identity*. London: Sage.
- Gergen, K.J. (1991). *The saturated self – Dilemmas of identity in contemporary life*. New York: Basic Books.
- Gibson, A. (2004). *Towards a postmodern theory of narrative*. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Gubrium, J.F., & Holstein, J.A. (1994). Grounding the postmodern self. *The Sociological Quarterly*, 35(4), 685-703.
- Gubrium, J.F., & Holstein, J.A. (1995). Biographical Work and ethnography. In R. Josselson & A. Lieblich (eds.), *Interpreting experience – The narrative study of lives. Vol 3*. London: Sage Publications.
- Herman, L., & Vervaeck, B. (2005). *Verteldivels – Handboek verhaalanalyse*. Brussel: UBPpress.
- Ricoeur, P. (1983). *Temps et récit 1 – L'intrigue et le récit historique*. Paris: Seuil.
- Ricoeur, P. (1985). *Temps et récit 3 – Le temps raconté*. Paris: Seuil.
- Ricoeur, P. (1992). *Oneself as another*. Chicago/London: University of Chicago Press. (Oorspronkelijke uitgave: *Soi-même comme un autre*, 1990, Paris: Seuil)
- Sermijn, J. (2008). *Ik in veelvoud – Een zoektocht naar de relatie tussen mens en psychiatrische diagnose*. Leuven: Acco.
- Sermijn, J. (2009). De plaats van psychiatrische diagnoses binnen psychotherapie – Een rizomatisch perspectief. *Systeemtheretisch Bulletin*, 27(1), 27-43.
- Sermijn, J., Devlieger, P., & Loots, G. (2008). The narrative construction of the self – Selfhood as a rhizomatic story. *Qualitative Inquiry*, 14(8), 632-651.
- Sermijn, J., Loots, G., & Devlieger, P. (2005). In dialoog rond het zelf – Van een modern Cartesiaans zelf naar alternatieve opvattingen rond Zelfheid. *Tijdschrift voor Familiotherapie*, 11(2), 117-153.
- Sermijn, J., Loots, G., & Devlieger, P. (2007). Who are we? From a modern Cartesian self to alternative views on selfhood. *Qualitative Research Journal*, 7(2), 36-51.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.