

# De plaats van psychiatrische diagnoses binnen psychotherapie. Een rizomatisch perspectief.<sup>1</sup>

Gepubliceerd in: *Systeemtheoretisch bulletin*, JG27/2009/SB1

Jasmina Sermijn

**Bijna één op de vier volwassenen in België maakt in zijn of haar leven een mentale stoornis door en wordt bijgevolg geconfronteerd met een psychiatrische diagnose. Voor therapeuten betekent dit telkens opnieuw een heuse uitdaging om op zoek te gaan naar de plaats van psychiatrische diagnoses binnen psychotherapie. In dit artikel exploreer ik hoe therapeuten en cliënten hiermee kunnen omgaan. Door in te gaan op vragen als: “Wat is een psychiatrische diagnose?”, “Wie is het subject dat gediagnosticeerd wordt?” en “Hoe interageert een subject met een psychiatrische diagnose?” stel ik de dominante medisch-objectivistische manier van kijken in vraag. Mensen bezitten vele zelden die onmogelijk gevat kunnen worden in één diagnose. Dit artikel wil een alternatieve kijk aanbieden die toelaat om een persoon in zijn veelvoudigheid te beschouwen. De metafoor van het rizoom blijkt hierbij heel bruikbaar.**

*“Toen ben ik naar het ziekenhuis gegaan. Daar hebben ze mij gemeten, gewogen, en heb ik enkele tests gemaakt. Dat waren zo van die emotionele belevingstests, denk ik. Ze stelden ook vragen aan mij en mijn ouders, zo van hoeveel en wat ik precies at, of mijn haar uitviel, of ik het koud had, of ik veel braakte en zo. En toen hebben ze vastgesteld dat ik anorexia had.” (Charlotte)*

*“Zodra ik wist dat ik borderline had, was ik er heel veel mee bezig, zo van: wat houdt dat nu juist in, borderline, hoe gaan andere mensen daarmee om? Ik ben dan gaan zoeken via internet naar levensverhalen, hulpmiddelen en dergelijke. Ik kwam dan ook automatisch op chatrooms voor mensen met borderline terecht. Maar op een bepaald moment merkte ik dat ik mij ernaar begon te gedragen, naar wat er op mijn computerscherm verscheen.” (Marjan)*

Bovenstaande verhaalfragmenten klinken waarschijnlijk niet vreemd in de oren van therapeuten. Dagelijks komen wij als therapeuten in aanraking met mensen die een psychiatrische diagnose toegewezen kregen.<sup>2</sup> Dit is niet verwonderlijk als we weten dat de meest recente prevalentiegegevens die voortkomen uit de *European Study of Epidemiology of Mental disorders* (ESEMEd, 2004) aangeven dat 27,6 % van de Belgische bevolking ouder dan 18 jaar – d.w.z. 1 op de 4 personen – ooit in hun leven minstens één mentale stoornis

---

<sup>1</sup> Dit artikel is grotendeels gebaseerd op de volgende gepubliceerde werken: Sermijn, J. (2008) *Ik in veelvoud. Een zoektocht naar de relatie tussen mens en psychiatrische diagnose*. Leuven: Acco; Sermijn, J., Devlieger, P. & Loots, G. (2008). The narrative Construction of the self: selfhood as a rhizomatic story. *Qualitative Inquiry*, 14: 8.

<sup>2</sup> Ik beperk mij hier tot wat we zouden kunnen noemen de ‘officiële diagnoses’ d.w.z. de diagnoses die toegewezen worden door experts-psychiaters. Ten gevolge van het insjipelen van het diagnostisch discours in de media ed. zien we ook meer en meer een ander fenomeen verschijnen nl. dat van de ‘officieuze diagnoses’ d.w.z. de diagnoses die mensen zichzelf toe-eigenen zonder een expert te raadplegen.

heeft gehad. Bij 10,7 % - d.w.z. één op de tien personen – werd een mentale stoornis gemeld in het jaar voorafgaand aan de bevraging. Extrapoleren we deze cijfers, dan betekent dit dat er op jaarbasis ongeveer 845.000 personen in België een mentale stoornis doormaken (Bruffaerts et al., 2004). Gezien de term ‘mentale stoornis’ in deze prevalentiestudie verwijst naar de diagnostische categorieën die opgenomen zijn in de DSM-IV-TR<sup>3</sup>, dan kunnen we bijgevolg verwachten dat er jaarlijks ongeveer evenveel Belgen een psychiatrische diagnose toegewezen krijgen.

Dat therapeuten de dag van vandaag voortdurend uitgedaagd worden om op zoek te gaan naar de plaats van psychiatrische diagnoses binnen psychotherapie past dan ook in dit plaatje. Mijn eigen zoektocht startte tien jaar geleden, toen ik als studente in de klinische psychologie stage deed in een residentiële afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis. Ik koos deze stageplaats vanuit de idee dat daar gewerkt zou worden met mensen die - omwille van welke reden dan ook – vastgelopen waren en op de één of andere manier psychisch *lijden*. Tot mijn verbazing merkte ik al snel dat de complexiteit van het menselijke lijden sterk overschaduwde werd doordat er DSM-IV diagnoses toegekend *moesten* worden. Ik zeg ‘moesten’ aangezien ik later begreep dat iedere residentiële psychiatrische dienst of instelling bij Koninklijk besluit (zie KB, 2002) wettelijk verplicht is om wat men noemt MPG’s - minimale psychiatrische gegevens – waaronder een DSM of ICD-diagnose - te registreren en door te geven. Van iedere nieuwe persoon die werd opgenomen, werd een testbatterij afgenomen waarna er op de algemene teamvergadering naarstig werd gezocht naar *de stoornis* – naar de defecten – waaraan deze persoon leed. Op basis van de al dan niet gestelde diagnose werd dan bepaald of deze persoon voor verdere behandeling in aanmerking kwam, bij welk soort therapie deze persoon het meeste baat zou hebben, of h/zij al dan niet recht had op een uitkering, terugbetaling, bijkomende familiale hulp, ...

Deze ervaring leerde mij – samen met daarop volgende ervaringen die ik opdeed in de geestelijke gezondheidszorg - dat psychiatrische diagnoses veel meer zijn dan louter wetenschappelijke termen die gebruikt worden om psychisch lijden te *beschrijven*. Hoewel psychiatrische diagnoses oorspronkelijk ontstaan zijn vanuit de nood aan een éénduidig wetenschappelijk taalgebruik voor psychiaters, blijken zij de dag van vandaag samen te

---

<sup>3</sup> Een mentale stoornis wordt binnen de ESEMeD studie gedefinieerd aan de hand van de aanwezigheid van de diagnostische criteria zoals die zijn vastgelegd in de DSM-IV. De diagnoses worden gesteld door middel van het Composite International Diagnostic Interview (CIDI) dat specifiek voor deze studie door de wereldgezondheidsorganisatie werd geoptimaliseerd. (zie ook Bruffaerts et al. 2004)

hangen met allerlei fundamentele maatschappelijke praktijken zoals het al dan niet toegang krijgen tot bepaalde gezondheidszorg, verzekeringssystemen, onderwijs enz. Daarnaast reikt de oorspronkelijke functie van diagnoses ook verder dan enkel een éénduidig taalgebruik voor experts, aangezien zij over het algemeen ook meegedeeld worden aan de cliënt en als het gaat over een kind ook aan zijn ouders.

*‘Wat gebeurt er met mensen als zij te horen krijgen dat zij lijden aan ‘depressie’, ‘borderline’, ‘schizofrenie’, ...? Gaan zij anders praten en denken over zichzelf? Passen zij de diagnose op zichzelf toe of verwerpen zij de diagnose? En wat is dat eigenlijk een psychiatrische diagnose?’*

Toen ik vijf jaar geleden de kans kreeg om te doctoreren, koos ik ervoor om deze vragen als uitgangspunt van mijn onderzoek te nemen. Meer concreet wilde ik nagaan *hoe mensen binnen onze huidige westerse cultuur interageren met de psychiatrische diagnoses die op hen worden toegepast*. Het exploreren van deze vraag resulteerde uiteindelijk in enerzijds een theoretisch-filosofische studie, anderzijds in een meer praktijkgerichte narratieve studie waarbij ik de levensverhalen van vijf mensen die één of meerdere psychiatrische diagnoses kregen, beluisterde en bestudeerde. In het vervolg van dit artikel zal ik enkele belangrijke aspecten van dit onderzoek belichten. Daarbij zal ik in een eerste deel ingaan op het gegeven dat psychiatrische diagnoses en gediagnosticeerde subjecten binnen onze huidige westerse wereld vooral vanuit een medisch-objectivistisch perspectief benaderd worden. Hoewel dit perspectief ons een mogelijke kijk op diagnoses en gediagnosticeerde subjecten kan bieden, zal ik trachten aan te tonen dat het ook enkele gevaren kent. Enerzijds dreigt het mensen die een diagnose toegewezen krijgen te reduceren en in te passen in het keurslijf van een diagnostische categorie, anderzijds dreigt het ook de vrijheid en ruimte binnen het psychotherapeutisch werk sterk te reduceren. In het tweede deel van dit artikel tracht ik dan ook een alternatieve kijk op psychiatrische diagnoses en gediagnosticeerde subjecten te presenteren, een kijk die rekening houdt met de complexiteit van mensen en zowel cliënt als therapeut ruimte laat om reflexief om te gaan met psychiatrische diagnoses.

### **Psychiatrische diagnoses en gediagnosticeerde subjecten**

Wanneer we de literatuur over psychiatrische diagnoses erop naslaan, dan merken we dat deze over het algemeen benaderd worden vanuit *een medisch, objectivistisch perspectief* (zie o.m.

Kitcher, 1997). Vanuit dit perspectief worden psychiatrische diagnoses beschouwd als ‘waarheden’: termen die verwijzen naar werkelijke entiteiten met een intrinsieke betekenis (de psychiatrische stoornis of disfunctie) die via wetenschappelijk onderzoek ontdekt, objectief beschreven en geanalyseerd kunnen worden. De psychiatrische stoornissen waarnaar de diagnostische termen verwijzen, worden hierbij beschouwd als ‘natural kinds’: “*entities that are regular (non random) and internally consistent from one instance to the next*” ... ‘*objects that figure in scientific laws and have defining conditions (= necessary and sufficient properties that are inherent to the thing in question ... ‘a grouping of things which is a natural grouping, not an artificial one*” (Bechtel, 1988 in Zachar, 2000). Net zoals goud gekenmerkt wordt door een essentie – 79 protonen – wordt elke psychiatrische stoornis gekenmerkt door *een essentie* die operationaliseerbaar is dat wil zeggen objectief observeerbaar en beschrijfbaar ongeacht de context waarin de stoornis voorkomt.

Deze medisch- objectivistische kijk op psychiatrische stoornissen vinden we terug in de wereldwijd gebruikte classificatiesystemen DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, APA) en ICD (*International Classification of Diseases and Related Health Problems*, WHO). Deze classificatiesystemen worden ook wel ‘de bijbels van de psychiatrie’ genoemd aangezien zij dé hoofdkennisbronnen over mentale stoornissen zijn en bijgevolg bepalend voor welk menselijk gedrag al dan niet als psychiatrisch gestoord wordt beschouwd. De psychiatrische stoornissen die in deze classificatiesystemen zijn opgenomen gelden dus als ‘natural kinds’, dat wil zeggen betekenisgebonden, objectieve categorieën die noodzakelijke en voldoende interne eigenschappen (direct observeerbare kenmerken van individuen of symptomen gefundeerd op empirisch onderzoek) bezitten om gediagnosticeerd te worden. Een mentale stoornis wordt hierbij in de eerste plaats gezien als *een objectieve wetenschappelijke entiteit* (de pathogenie of disfunctie in het individu die een patroon van symptomen veroorzaakt en objectief kunnen worden onderzocht) die – slechts in de tweede plaats - gekoppeld wordt aan een normatieve, sociale dimensie (de pathoplastie of de tijd- en plaatsgebonden invloeden die de pathogenie een persoonlijke kleur en inhoud geven). Paranoïde wanen bijvoorbeeld worden in de eerste plaats beschouwd als de uiting (symptoom) van een interne disfunctie in het individu, namelijk de stoornis schizofrenie. De disfunctie *veroorzaakt* de wanen, terwijl de normatieve, sociale dimensie hooguit het inhoudelijke aspect van de wanen beïnvloedt. (Vandereycken, 1994; Kleinman, 1988).

Samenvattend kunnen we stellen dat psychiatrische diagnoses vanuit een medisch-objectivistisch perspectief termen zijn die verwijzen naar werkelijke entiteiten, naar interne disfuncties *in* een individu vergelijkbaar met een soort van ziektes die zich tijdelijk of langdurig vastnestelen in personen. Belangrijk hierbij is dat achter dit idee een *specifiek mensbeeld* schuilgaat, namelijk. het beeld van de mens als een biologisch bepaald, ontologisch gegeven dat gekenmerkt wordt door een essentieel kernzelf dat min of meer stabiele eigenschappen kent die van buitenaf objectief vastgesteld kunnen worden. Belangrijk aan dit mensbeeld is ook dat de mens hier beschouwd wordt als een geïsoleerd, in zichzelf besloten wezen dat *los* lijkt te staan van anderen alsook van taal, discours en maatschappelijk- historische contexten (Sermijn, 2008). De mens wordt geboren met zijn/haar (sterk biologisch gerichte) essentie, een essentie die hooguit beïnvloedt kan worden door externe factoren.

Wanneer we dit perspectief volgen, zou dit betekenen dat mensen die een psychiatrische diagnose toegewezen krijgen zeer weinig ruimte hebben om te interageren met hun diagnose. Het gediagnosticeerde zelf/subject<sup>4</sup> wordt hier namelijk beschouwd als een mentaal gestoord zelf, een zelf dat tijdelijk of langdurig disfunctioneel is en specifieke, objectief meetbare tekens en symptomen vertoont die behandeld moeten worden. Als diagnoses werkelijke entiteiten of stoornissen zijn die zich tijdelijk of langdurig ‘vastnestelen’ *in* een persoon, dan kan die persoon niets anders doen dan: 1) zich bewust worden van het feit dat h/zij ziek is, 2) zich zo goed mogelijk laten behandelen voor die ziekte en 3) zo goed mogelijk leren omgaan met de ziekte of stoornis. De stoornis *overkomt* de persoon die zich er alleen maar bij kan neerleggen. (Sermijn, 2008) Het antwoord op de vraag naar de wijze waarop mensen interageren met de psychiatrische diagnoses die zij toegewezen krijgen, zou vanuit deze optiek dan ook beperkt blijven tot een proces van aanvaarding: ‘*ik ben ziek en moet met die ziekte leren omgaan*’ en behandeling: ‘*ik laat mijn ziekte behandelen met de gedachte ze of te kunnen genezen of ze stabiel te kunnen houden*’ (Sermijn, 2008). Dit zou eveneens betekenen dat onze taak als therapeuten gereduceerd zou worden tot enerzijds het zo goed mogelijk

---

<sup>4</sup> Ik gebruik de termen ‘zelf’ en ‘subject’ hier door elkaar. Het zijn beide termen die gebruikt worden om te verwijzen naar de eigenheid van een individuele mens. Welke term gebruikt wordt, is afhankelijk van de wetenschapsdiscipline van waaruit geschreven wordt. Zo wordt de term subject vnl. binnen de filosofie gebruikt, terwijl de term zelf vnl. stamt uit een sociaal psychologische traditie.

helpen van cliënten in hun proces van bewustwording en aanvaarding<sup>5</sup>, anderzijds tot het concreet en gericht behandelen van hun ziekte/stoornis.

Toch *tonen* de verhalen van mensen die een psychiatrische diagnose kregen mijn inziens veel meer dan louter en alleen processen van aanvaarding en behandeling. Neem bijvoorbeeld de volgende verhaalfragmenten van Marjan, Patrick en Amos - drie participanten die ik in het kader van mijn onderzoek ontmoette:

*“Ja, oké, ik heb borderline, maar ik ga ook werken, ik heb een huis, vrienden, ... En op mijn werk is er geen plaats voor borderline, daar ben ik eigenlijk geen borderliner maar gewoon een bepaalde persoon – Marjan - die zo en zo doet.” (Marjan)*

*“Die psychiater paste het etiket schizofrenie op mij toe, maar ik stond daar niet achter. Ik beschouw mijzelf niet als ziek. Mijn zijn kan eerder beschouwd worden als een vorm van verzet, een revolte, een andere visie op de wereld.” (Patrick)*

*“Ik denk dat mijn enorme hoge gevoeligheid voor zulke zaken als psychotisch werd beschouwd. Maar daarin zijn ze volledig verkeerd, ik ben niet psychotisch, het zijn zij die mij niet begrijpen. [...] Ze hebben me ooit gezegd dat psychotisch zijn betekent dat er een breuk met de werkelijkheid is, dat psychotische mensen niet meer in de werkelijkheid leven. Vandaar dat ik dus helemaal niet akkoord ga met het feit dat men mij psychotisch noemt, omdat ik volgens mij geen breuk met de werkelijkheid ervaar. Ik heb net een te grote ontvankelijkheid voor de werkelijkheid [...]. Er zijn trouwens nog mensen die over zo'n gevoeligheid beschikken [...]. Blijkbaar kunnen kunstenaars – door hun gevoeligheid – interpretaties maken die juist zijn, maar waar andere mensen niet bij kunnen.” (Amos)*

Deze verhaalfragmenten tonen *meer* dan enkel en alleen het proces van het aanvaarden van de ziekte/stoornis en het zich laten behandelen voor die ziekte/stoornis. Zij tonen dat mensen veel *meer zijn dan hun diagnose of stoornis* en dat zij ook in staat zijn om zich te *verzetten tegen de diagnose* die zij van buitenaf toegewezen krijgen en te kiezen voor een andere betekenisverlening. Het vervolg van dit artikel zal ik dan ook wijden aan het uitzetten van een alternatieve kijk op ‘menselijke subjectiviteit’, alsook op de aard van psychiatrische diagnoses. Deze alternatieve kijk vond ik terug in de metafoor van ‘het zelf als verhaal’ en meer specifiek het ‘zelf als een rizomatisch verhaal’. Het gaat om een kijk die het medisch-objectivistische keurslijf openbreekt en de mogelijkheid biedt aan zowel mensen die

---

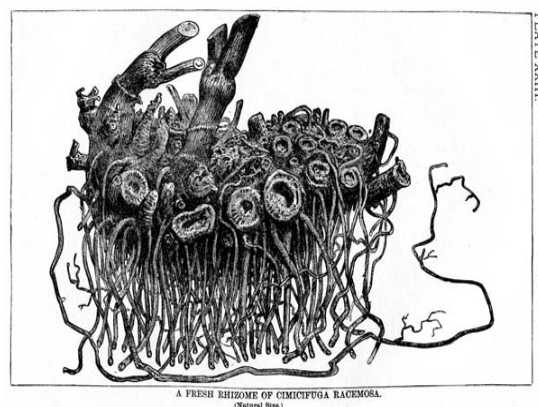
<sup>5</sup> Een mooi voorbeeld hiervan is de psycho-educatie die momenteel erg in de mode is en zich in hoofdzaak richt op het *voorlichten* van patiënten. Daarbij vertrekt men vanuit de idee dat patiënten 1) het recht hebben om te weten wat er mis is met hen, 2) hun ziekte/stoornis moeten leren accepteren en leren omgaan met de beperkingen die deze met zich meebrengt, 3) psycho-educatie ertoe leidt dat patiënten minder snel hervallen.

geconfronteerd worden met een diagnose alsook aan de therapeuten die deze mensen ontmoeten om andere wegen te bewandelen.

### **Een alternatieve kijk: het zelf als een rizomatisch verhaal**

Het rizoom is een begrip dat zijn oorsprong kent in de biologie en door de Franse filosofen Deleuze en Guattari (1976) als metafoor werd gebruikt om een kritiek te geven op wat zij noemen 'het representatieve, positivistische worteldenken' dat domineert binnen onze westerse wereld. Meer concreet bekritisieren zij in hun boek '*Rhizôme*' de moderne, westerse idee dat er een werkelijkheid bestaat die op een 'objectieve wijze' gerepresenteerd kan worden. Denken en representeren worden hierbij gelijk gesteld aan logisch ordenen en rangschikken in een hiërarchisch systeem. Het representatieve denken is een denken in termen van rede, logica en lineariteit, en het zijn net die aspecten die Deleuze & Guattari in vraag stellen. In mijn zoektocht naar een alternatieve kijk, liet ik mij inspireren door deze twee filosofen en experimenteerde met hun denken door het toe te passen binnen een specifieke context namelijk deze van de menselijke subjectiviteit en meer specifiek van het menselijk subject dat gediagnosticeerd wordt. (zie ook Sermijn, 2008)

Een rizoom is een ondergronds wortelsysteem, een open gedecentraliseerd netwerk dat je terugvindt bij planten zoals de aardbeienplant, gember, bamboe enz.



In tegenstelling tot de hiërarchische wortelstructuur van bijvoorbeeld bomen – één hoofdwortel die zijdelings vertakt in twee zijwortels die op hun beurt weer in tweeën vertakken enzovoort - kent het rizoom geen overzichtelijke structuur maar waaiert het op een niet te overziene manier uit naar alle kanten. Het belangrijkste kenmerk van een rizoom is dat het *meerdere ingangen* heeft. Er is geen hoofdingang of beginpunt dat de weg biedt naar één

kern of centrum. Het bestaan van meerdere ingangen maakt ook dat een rizoom gekenmerkt wordt door een *veelheid* die niet kan worden omgevormd tot een eenheid. Daarnaast kent een rizoom ook *geen vaste structuur, hiërarchie of volgorde*. Elk punt van een rizoom kan steeds *verbonden* worden met elk ander punt in het rizoom (principe van verbinding) en ongeacht op welke plaats een rizoom *gebroken* of vernietigd wordt, het zal steeds weer verder groeien volgens andere lijnen of andere verbindingen (principe van de niet-betekenisdragende breuk). Dit alles maakt ook dat een rizoom *open* is en ontvankelijk voor het constant opnemen van veranderingen.

Wanneer we deze metafoor van het rizoom toepassen op de menselijke subjectiviteit, betekent dit in de eerste plaats dat we ervan uitgaan dat er *geen juiste ingang* bestaat die ons de weg aanwijst om tot ‘dé waarheid’/ ‘dé werkelijkheid’ te komen over een persoon. Belangrijk hierbij is dat we afstappen van het essentialistische mensbeeld dat uitgaat van het bestaan van een ontologisch (kern)zelf met min of meer stabiele, meetbare eigenschappen. Het zelf – zoals wij dat hier beschouwen – is geen ontologisch gegeven maar iets dat (pas) vorm krijgt in en door de verhalen die het over zichzelf vertelt (zie o.m. Bruner, 1986, 2002; Gergen, 1989, 1991; Holstein & Gubrium, 2000; Ricoeur, 1983, 1985, 1990). Het verhaal wordt hierbij niet louter beschouwd als een metafoor van het zelf: het zelf wordt niet vergeleken met een verhaal, het *is* een verhaal. Mensen ontlenen hun ‘zelfheid’ aan de narratieve activiteit van het vertellen van verhalen over zichzelf. Deze idee van het ‘zelf als verhaal’ staat haaks tegenover de idee dat een mens geboren zou worden met een essentieel kernzelf. Mensen hebben geen essentie die bepaalt wie en hoe zij zijn, maar construeren en reconstrueren zichzelf voortdurend tijdens het spreken. Wanneer we deze narratieve visie op het zelf koppelen aan de metafoor van het rizoom, dan betekent dit dat wij het zelf kunnen opvatten als een rizomatisch verhaal met meerdere ingangen. De illusie dat er zoiets bestaat als één ingang die leidt tot hét échte zelf/de échte persoonlijkheid wordt dan ook volledig losgelaten. Het rizomatische zelf kent *vele* mogelijke ingangen en elke ingang zal leiden tot andere verbindingen, tot andere versies van zelfheid waarbij de ene niet meer ‘waar’ is dan de andere. Welke ingang er genomen wordt en welke *verbindingen* er tijdens het verhalen gemaakt worden, is afhankelijk van *de context* waarin het vertellen plaatsgrijpt. In het vertellen zit namelijk steeds de Ander vervat. Dat kan een concrete andere persoon zijn maar eveneens de maatschappelijke taal en discours waarvan een persoon gebruik maakt tijdens het spreken. Belangrijk hierbij is dat deze Ander niet *los* staat van het narratieve, rizomatische zelf maar er automatisch mee verbonden is. De Ander wordt deel van het rizoom en bepaalt



de mogelijkheden en grenzen waarbinnen een verhaal geconstrueerd kan worden. Het beeld van de mens met een kernzelf maakt binnen het narratief, rizomatisch denken dan ook plaats voor het beeld van een meervoudige, *veelzijdige* mens die zichzelf voortdurend vormt en hervormt binnen specifieke contexten en *open* staat voor het constant opnemen van veranderingen. Elke poging om deze veelzijdigheid tot een eenheid (tot één versie) om te vormen leidt tot een reductie, tot het uitsluiten van andere mogelijke en misschien even belangrijke versies. (Sermijn, 2008)

Als we deze ideeën doortrekken naar mensen die gediagnosticeerd worden, kunnen we stellen dat een psychiatrische diagnose *slechts één mogelijke ingang* biedt om het zelf, het ‘zijn’ van een persoon te beschouwen. Naast deze ingang zijn er nog talrijke andere ingangen mogelijk. Belangrijk hierbij is dat psychiatrische diagnoses vanuit een rizomatisch, narratief denken niet beschouwd worden als ‘werkelijke entiteiten *in* een individu’. Het zijn geen ‘natural kinds’, geen stoornissen die zich (tijdelijk of langdurig) vastnestelen in personen maar *talige constructen* die binnen onze westerse samenleving gebruikt worden om betekenis te geven aan specifieke fenomenen (manieren van denken en gedragingen die afwijken van de maatschappelijke norm)<sup>6</sup>. (zie o.m. Gergen et. al. 1996, Hacking, 1999, Shorter, 1997; Kutchins & Kirk, 1997, Kirk & Kutchins, 1992, 1998)

Het beschouwen van psychiatrische diagnoses als talige constructen die slechts één mogelijke ingang bieden in de wijze waarop mensen zichzelf kunnen construeren, creëert automatisch een alternatief perspectief voor de 845 000 mensen die jaarlijks in België geconfronteerd worden met een psychiatrische diagnose. Het narratieve, rizomatische perspectief *dwingt* mensen *niet* in een patroon van aanvaarding en behandeling van hun ziekte/stoornis. Integendeel, mensen krijgen de ruimte om actief te interageren met de diagnoses die zij toegewezen krijgen: zij kunnen erover reflecteren en ‘*kiezen*’ of zij (mede afhankelijk van de context) al dan niet de ingang van het psychiatrisch verhaal wensen te nemen. Ik plaats ‘*kiezen*’ hier tussen aanhalingstekens aangezien we niet mogen vergeten dat psychiatrische

---

<sup>6</sup> Zie bijvoorbeeld de geschiedenis van de diagnose ‘homoseksualiteit’. In 1974 werd ‘homoseksualiteit’ als gevolg van sociaal-politieke druk door de toenmalige homogroeperingen uit de DSM geschrapt. Iets wat jarenlang als een pathologische seksuele deviatie was beschouwd, werd plots geschrapt uit de lijst van stoornissen en beschouwd als een normale variatie in seksuele oriëntatie (zie voor een gedetailleerde en uitstekende bespreking hiervan: Kutchins & Kirk, 1997).

diagnoses deel uitmaken van een wetenschappelijk kennisdiscours<sup>7</sup> dat binnen onze Westerse wereld over het algemeen als dé enige waarheid wordt beschouwd. Een waarheid die gepaard gaat met allerlei werkelijke praktijken zoals het al dan niet recht hebben op een ziekte-uitkering, specifieke behandelingen, extra familiale hulp, extra onderwijsondersteuning, en zo meer. Het feit dat dit discours zichzelf legitimeert door zich te baseren op het waarheids criterium en samenhangt met talrijke maatschappelijke praktijken, maakt dat het een zekere *macht* in zich draagt en het een beperkende invloed kan hebben op de wijze waarop mensen zichzelf narratief vorm kunnen geven. Het *doet iets* met mensen. De alwetendheid van het psychiatrisch diagnostisch discours dreigt de veelvoudige, rizomatische mens te beperken in zijn/haar zelfconstructie en vast te pinnen op één aspect dat als dé (enige) waarheid wordt beschouwd. De veelheid die eigen is aan iedere mens, wordt in het keurslijf van één maatschappelijk voorgeschreven verhaal gedwongen waardoor andere en misschien meer helpende constructies uitgesloten worden. ‘*Persons become prisoners of diagnosis-created unworkable problems*’, zoals Harlene Anderson (1996) het sterk verwoordt.

*In hoeverre moeten wij ons als therapeuten tot de narratieve ruimte binnen deze gevangensmuren beperken? Bestaat onze taak er niet juist in om samen met de cliënt andere narratieve oorden te gaan verkennen? Oorden die misschien openingen kunnen maken in de dikke betonnen gevangensmuren waardoor de cliënt zich vrijer kan bewegen?*

Het narratieve, rizomatische denken biedt een ‘kijk’ aan therapeuten om met diagnostische labels om te gaan. Het louter begeleiden van cliënten in hun proces van aanvaarding en behandeling maakt plaats voor het *gezamenlijk* exploreren van verschillende mogelijke ingangen, verschillende mogelijke zelfconstructies die al dan niet kunnen leiden tot nieuwe en hoopvollere perspectieven en keuzemogelijkheden. Ik benadruk hier *gezamenlijk* aangezien je als therapeut vanaf de eerste ontmoeting automatisch deel wordt van het rizoom. Om het met de woorden van Deleuze en Guattari te zeggen: ‘*zodra je binnen bent, ben je verbonden*’. Rizomatisch denken impliceert immers een denken in termen van verbondenheid. Een rizoom kan nooit los beschouwd worden van diens context. Als we dat doortrekken naar subjectiviteit dan betekent dit dat het subject dat zichzelf vorm geeft middels verhalen dit enkel kan in verbinding met de context of de Ander. Als therapeuten nemen wij door onze aanwezigheid,

---

<sup>7</sup> Ik baseer mij hier op het discoursbegrip zoals omschreven door Foucault (1969): *Discours [est] tantôt domaine général de tous les énoncés, tantôt groupe individualisable d'énoncés, tantôt pratique réglée rendant compte d'un certain nombre d'énoncés*” (Foucault, 1969, 106).

door het stellen van vragen, het bieden van mogelijke reflecties en dergelijke,.. deel aan het narratief constructiewerk dat plaatsgrijpt binnen de therapeutische conversatie.

Door ons niet op te stellen als ‘allesziende ogen’ die de waarheid over de ander bezitten, kan therapie worden opgevat als een *ruimte* waarin de veelzijdigheid van mensen wordt gerespecteerd en waar er verschillende versies van zelfheid gevormd kunnen worden. Het zelf wordt niet omgevormd tot een vaststaande, vastgeroeste wortel. De diagnostische taal kan daarbij beschouwd worden als één mogelijke co-constructie waaraan cliënt en hulpverlener samen deelnemen. Hoewel een dergelijke co-constructie positief en transformatief kan zijn, kan zij enkel plaatsvinden in een ruimte waarin men elkaar ontmoet en er plaats wordt gemaakt voor *niet-weten*<sup>8</sup> en *improvisatie* (zie ook Loots & Devlieger in: Sermijn, 2008).

***Therapeut en cliënt kunnen beschouwd worden als twee nomaden die samen een reis maken: bepaalde werelddelen, landen zullen zij uitgebreid bezoeken, van anderen vangen zij vluchtige blikken op en nog anderen blijven hen onbekend. Na hun reis sterft het rizoom niet af, het groeit gewoon verder ...***

---

<sup>8</sup> Hier wordt verwezen naar ‘the not-knowing position’ zoals geformuleerd door de familietherapeuten Harlene Anderson en Harry Goolishian (1992). Met de *not-knowing position* verwijzen zij naar een houding van nieuwsgierigheid en niet-weten die narratieve therapeuten hanteren in hun gesprekken met mensen. *The not-knowing position entails a general attitude or stance in which the therapist’s actions communicate an abundant, genuine curiosity. (...) The therapist, therefore, positions himself or herself in such a way as always to be in the state of ‘being informed’ by the client.*

## Referentielijst

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th Edition-Text Revision). Washington: American Psychiatric Association.
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: a not-knowing approach to therapy. In S. McNamee and K. Gergen (eds.) *Therapy as Social Construction*. London: Sage.
- Bruffaerts, R. et. al. (2004). Prevalentie van mentale stoornissen in de Belgische bevolking. Resultaten van de European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED). *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 60, nr. 2.
- Bruner, J. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bruner, J. (2002). *Making stories. Law, literature, life*. Cambridge: Harvard University Press.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (1976). *Rhizôme, introduction*. Paris: Editions de Minuit.
- Gergen, K.J. (1989). 'Warranting voice and the elaboration of the self.', in: Shotter, J. & Gergen, K.J. (eds.) *Texts of identity* (pp. 70-81), London: Sage.
- Gergen (1991). *The Saturated Self. Dilemmas of Identity in Contemporary Life*. USA: Basic Books.
- Gergen, K.J., Hoffman, L. & Anderson, H. (1996) Is diagnosis a disaster? A constructionist dialogue. In: Kaslow, F.W. (Ed.). *Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns* (102-118). New York: Wiley.
- Hacking, I. (1999). *The Social Construction of What?* Cambridge: Harvard University Press.
- Holstein, J.A. & Gubrium, J.F. (2000). *The self we live by: Narrative identity in a postmodern world*. New York: Oxford Books.
- Kirk, S.A. & Kutchins, H. (1998). *Aimez-vous le DSM? Le triomphe de la psychiatrie américaine*. Essonne : Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance.
- Kitcher, P. (1997). *The lives to come : the genetic revolution and human possibilities*. New York: Simon & Shuster.
- Kutchins, H. & Kirk, S.A. (1997). *Making us crazy. DSM- The Psychiatric Bible and the Creation of Mental Disorders*. London: Constable.
- 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. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris: Seuil.
- Sermijn, J. (2007). *Scènes uit een ontmoeting. De relatie tussen mens en psychiatrische diagnose*. Leuven: Acco.
- Sermijn, J. (2008) *Ik in veelvoud. Een zoektocht naar de relatie tussen mens en psychiatrische diagnose*. Leuven: Acco.

- Sermijn, J., Devlieger, P. & Loots, G. (2008). The narrative Construction of the self: selfhood as a rhizomatic story. *Qualitative Inquiry*, 14: 8.
- Shorter, E. (1997). *A History of Psychiatry. From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*. New York: John Wiley & Sons.
- Zachar, P. (2000). Psychiatric disorders are not natural kinds. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 7, 168-182.