

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Systeemtherapie en psychiatrische diagnoses... aparte werkelijkheden?

Over diagnoses en unieke verhalen

Jan De Vos

Tina: Ben ik borderline?

Psychiater: Hoe kom je erbij?

Tina: Wel, op de psychiatrische afdeling was er een vrouw, en die had een borderlinestoornis. Ik herkende mezelf, en ook mijn moeder, in die vrouw.

Psychiater: Wat is dat voor jou, borderline?

Tina: O... dat is een dramaqueen... de afvalbak van de psychiatrie...

En wat is het voor jou, borderline?

Als systeemtherapeut heb ik veel affiniteit met circulair psychotherapeutisch denken. Als kinder- en jeugdpsychiater ben ik ook goed vertrouwd met het lineair medisch denken. Twee denkwijzen die conceptueel haaks op elkaar schijnen te staan. Tegenpolen die voor meerdere psychiaters-psychotherapeuten herkenbaar zijn (Van Oenen, Cornelis, & Bernardt, 2012). Tegenpolen die identiteitsvragen oproepen: 'Ben ik een therapeut of een dokter?' en 'Tot welke familie behoort ik eigenlijk, die van de therapeuten of die van de psychiaters?' en 'Wat is van hogere orde: de expertise van de cliënt of datgene wat conform bewezen *good practices* van ons als arts en psychotherapeut verwacht wordt?' Ook bij cliënten genereert spreken tegen een psychiater andere vragen en verwachtingen dan spreken met een psychotherapeut.

Doorheen de jaren heb ik psychiatrische diagnoses leren waarderen als sterke en zinvolle instrumenten. Daar waar het past, kunnen ze helpen om houvast en richting te geven aan het behandelproces van cliënten en systemen. In dit artikel beweer ik echter dat een psychiatrische diagnose – in alle wetenschappelijke objectiviteit gesteld – op zich geen verschil maakt. Om verschil te maken is psychotherapeutisch denken en

handelen nodig. Het hanteren van psychiatrische diagnoses binnen een psychotherapeutische context is echter niet zonder risico. Alertheid is geboden voor de ingrijpende effecten en de soms naïeve verwachtingen die medisch-psychiatrische diagnoses kunnen oproepen alsof ook in de psychotherapie alles definieerbaar, kenbaar, maakbaar en herstelbaar is.

Aan de hand van casuïstiek uit mijn werk met jongeren en hun gezinnen beschrijf ik manieren waarop het denken in termen van psychopathologie enerzijds en van psycho- en systeemtherapie anderzijds kunnen samenspelen ten bate van de cliënt. Met dit artikel hoop ik andere systeemtherapeuten te inspireren om met behoud van de eigenheid als psychotherapeut om te gaan met psychiatrische diagnoses. Ingebed in een systeemtherapeutisch kader kunnen psychiatrische diagnoses een belangrijk verschil maken voor cliënten. Zodoende wil ik bijdragen aan de discussie binnen het veld van de systeemtherapie rond de status van de diagnose.

Systeemtherapie en psychopathologie: tegenspraak of samenspraak?

Psychotherapie en psychopathologie, een complexe relatie! Liaison dangereuse? Een duel tussen rivalen? Krachtige samenspelers? Van dat alles wat? Volgens Reijmers (1997) en Sermijn (2008) gaat het om fundamenteel verschillende perspectieven op de werkelijkheid.

Wetenschappelijke disciplines zoals geneeskunde hanteren een 'objectivistisch-wetenschappelijke' kijk (Sermijn, 2008). Men gaat ervan uit dat er een objectieve en algemeen geldende werkelijkheid bestaat die van buitenaf kenbaar is via het observeren en meten van feiten. Deze werkelijkheid staat op zichzelf, los van contexten en buiten de observator om.

Deze objectivistische wetenschappelijke kijk kan een heilzaam effect hebben op cliënten. Als poging om vat te krijgen op complexe realiteiten (De Mol, 2000) wordt de stoornis buiten de persoon geplaatst. Zo kon Paul bij terugkeer uit een lang ziekteverlof wegens een ernstige depressie, zonder schaamte aan zijn collega's vertellen dat hij aan 'een neurotransmitterstoornis' leed, die genezen werd met de juiste medicijnen.

Andere cliënten beschrijven een vervreemdend, kleinerend en reducerend effect wanneer psychiatrische terminologie te veel samenvalt met hun identiteit. 'Ik word boos op de moeder van mijn vriend wanneer ze over Brian spreekt als adhd-er, nld-er en autist.' Ook de interviews opgenomen door Sermijn (2008) zijn in deze sprekend.

Psychotherapeutische modellen hanteren een ander paradigma. Zij beschrijven de mens in bredere verbanden en gelaagdheden, en focussen op de subjectieve wereld van unieke ervaring en beleving. Voor een hel-

dere beschrijving van de basisgedachten in moderne versus post-moderne psychotherapie, en de essentie van het narratieve, collaboratieve en oplossingsgerichte denken, verwijs ik naar Hillewaere (2008). Constructionistisch geïnspireerde systeemtherapeuten gaan ervan uit dat de context en de observator het geobserveerde bepalen; met andere woorden, de werkelijkheid wordt geconstrueerd in een wederkerig beïnvloedingsproces. Zij hanteren een constructionistisch-kritisch perspectief (Sermijn, 2008). In dit artikel beschrijf ik uitvoerig deze visie en de eruit voortvloeiende handelwijze omdat deze mij in staat stellen mijn eigen innerlijk conflict tussen medisch-psychiatrisch en psychotherapeutisch perspectief te overstijgen, om zodoende tot een complementair handelen te komen ten bate van de cliënt.

In onze samenleving is het 'objectivistisch' discours dominant. Auteurs zoals Verhaeghe (2009) laten zich kritisch uit over de actuele ontwikkeling waarbij alle psychische problemen gezien worden als ziektes of als gevolg van erfelijke afwijkingen en ontregelde hersenchemie. Ook cliënten en hulpverleners ontsnappen niet aan dit discours. De vraag naar duidelijke diagnoses klinkt steeds luider en de druk op hulpverleners om het te weten wordt steeds dwingender. 'Wanneer ik het weet, weet ik het dan wel genoeg?' Hier klinkt ook angst doorheen om niet aan de 'gouden standaards' te voldoen.

Psychotherapie en psychopathologie, twee tegengestelde uitgangspunten rond dezelfde cliënt — dat geeft een spanningsveld. Reijmers (1997, p. 147) beschrijft deze relatie als paradoxaal: 'Al naargelang de ingang die men neemt, verschijnt een andere werkelijkheid.' Zij noemt dat 'van perspectief switchen'. Dat maakt de relatie niet alleen complex, maar ook verwarrend, zoals het inleidende therapiefragment met Tina laat voelen. Lijdt Tina aan een stoornis zoals de vrouw op de psychiatrische afdeling, een ziekte die genezen kan worden? Met deze vraag nemen we de ingang van een persoonlijkheidsstoornis waarvoor een evidence-based behandel-methode bestaat. Of zegt Tina iets over zichzelf ('Ben ik borderline, een dramaqueen die gedumpt wordt in de psychiatrie?') en over haar betekenisvolle verbanden ('ook mijn moeder')? We nemen dan een andere ingang, namelijk dat een persoon vervat zit in betekenisvolle verbanden. In ieder geval spiegelt Tina zich in de vrouw op de psychiatrische afdeling, en in dat beeld verschijnt iets over haarzelf, over de relatie met haar moeder, en over de psychiatrie. Tina toetst haar beeld bij de hulpverlener en toont zich benieuwd naar de ingang die hij zal nemen.

Wanneer enkel vertrokken wordt vanuit het eigen gezichtspunt, het idee dat de eigen werkelijkheid de waarheid is, dan sluiten psychopathologie en psychotherapie elkaar uit. Dergelijke machtsstrijd wordt spijtig genoeg vaak beslecht ten koste van de cliënt. Uitdaging is om uit

de strijd te blijven en om de tegenpolen te laten samenspelen ten bate van de cliënt. Sermijn ziet beide perspectieven als waardevolle en complementaire manieren om naar de werkelijkheid te kijken. Daarbij baseert ze zich op het postmoderne denken waarbij er veel verschillende en in principe evenwaardige ingangen zijn op de werkelijkheid. Ze verduidelijkt haar zienswijze met het beeld van een rizoom, een metafoor ontleend aan de biologie. Een rizoom 'is een ondergronds wortelsysteem, een open gedecentraliseerd netwerk, dat op een niet zichtbare, horizontale manier uitwaaiert naar alle kanten, zoals een gemberwortel of aardbeiwortelgestel. Het belangrijkste kenmerk is dat het meerdere ingangen heeft. Vanaf welke kant je ook komt, zodra je binnen bent, ben je gekoppeld. Er bestaat geen hoofdingang of beginpunt dat de weg biedt naar "dé waarheid"' (Sermijn, 2008, p. 87). In deze visie kan iemand tegelijk 'gestoord' en 'niet gestoord' zijn, zonder dat er uitspraak gedaan wordt over de waarheid. Wanneer ik de zeventienjarige Toon vraag wat hij verstaat onder adhd, somt hij eerst de triade van kernsymptomen op. Hij vertelt ook dat medicatie hem helpt zich te gedragen 'zoals leerkrachten van een normale leerling verwachten'. Tegelijk zegt hij dat adhd een gave is. Hij verwijst naar creatieve, energievolle bekende figuren zoals Einstein en Bill Clinton die ook het geluk hadden adhd te hebben.

Reijmers (1997) benadrukt het belang om het verschil tussen paradigma's te laten bestaan. Ik lees daarin dat juist het verschil het samenspel maakt. Ik meen dat we noch als therapeuten, noch als cliënten eraan kunnen ontsnappen om van perspectief te veranderen. Laat ons proberen ons ervan bewust te zijn wanneer welk perspectief speelt, wanneer wie welke ingang neemt, en laat ons trachten dit ook transparant te maken naar onze cliënten.

Diagnose — 'a difference that makes a difference' (Bateson, 1972)?

Diagnosticeren is op zoek gaan naar het verschil, naar 'datgene waarin deze (unieke) cliënt verschilt van alle anderen'. Vermeir (1998, p. 17) verwijst hiermee op haar beurt naar een spanningsveld tussen het unieke (de subjectieve werkelijkheid) en het algemene (de objectieve werkelijkheid). Bateson (1972) indachtig ontstaat de vraag welke diagnose op welke manier 'een verschil kan maken dat een verschil is'.

In het *Handboek systeemtherapie* maakt Reijmers (2008) onderscheid tussen verklarende en beschrijvende diagnoses. Een verklarende diagnose verwijst naar de oorzaken van problemen en stoornissen. Conform een lineair model wordt gezocht naar pathologie en een objectief weten van buitenaf. De verklarende diagnose weerspiegelt vaak de ordening van

de expert hoewel ook cliënten vaak reeds een verklarende diagnose gesteld hebben. Deze kunnen, evenals psychiatrische diagnoses, opgevat worden als pogingen om een complexiteit onder één noemer te vatten (De Mol, 2000) en worden ook wel eerste-ordediagnoses genoemd (Mattheeuws, 1985).

Een beschrijvende diagnose daarentegen doet recht aan moeilijkheden waarmee mensen worstelen, alsook aan constructieve relaties, veerkracht en competentie. Mogelijkheden en moeilijkheden worden in hun verband geëxploreerd zodat bredere verbindingen (opnieuw) zichtbaar worden.

We herkennen hier de eerder beschreven perspectieven op de werkelijkheid. Een verklarende diagnose vertrekt vanuit een objectivistisch perspectief en is gericht op evidence, gebaseerd op feiten die onderzocht moeten worden. In het constructionistische perspectief daarentegen staan betekenis en ervaring centraal. Een diagnose is een verhaal van betekenis binnen een bepaalde tijd, cultuur, context.

De centrale vraag is waarmee de cliënt gebaat is en wanneer. Volgens Cottyn (2001, p. 49) 'wordt een diagnose batig wanneer deze een communicatieve opening creëert waarin een kind en zijn omgeving uit de impasse geraken, een patroon wijzigen, een blokkade overstijgen.'

Ik maak hier een onderscheid tussen een diagnose als feit en een diagnose als proces. Hun onderling verschil en verhouding worden ook goed weergegeven door de metaforen van Ausloos (1999). Hij heeft het respectievelijk over foto (een feitelijke momentopname, en dus statisch) versus een film (een opeenvolging van beelden die beweging geeft, een dynamisch proces). Deze diagnoses hebben een verschillende status: respectievelijk objectief en los van de context, versus een construct van de cliënt en hulpverlener samen. Ik beweer dat een diagnose op zich, losstaand van de context, geen betekenisvol verschil kan maken en vaak zelfs vervreemdende effecten heeft. In het postmoderne denken kan een diagnose beschouwd worden als een symbool dat naar de werkelijkheid verwijst, maar er niet mee samenvalt. 'Diagnosevorming is een dynamisch afstemmingsproces tussen cliënten, hulpverleners en hun contexten. Niet de diagnoses die "waar" zijn, maar enkel de diagnoses die bijdragen aan het veranderingsproces zijn therapeutisch bruikbaar' (Reijmers, 2008, p. 287). En ik meen dat in het bijzonder systeempsychotherapie zich tot zo een afstemmingsproces leent en erg nodig is!

Systeemtherapie — een dynamisch afstemmingsproces

Met de metafoor van het rizoom geeft Sermijn (2008) de postmoderne idee weer dat er meerdere perspectieven op de werkelijkheid mogelijk

zijn. Het gewicht dat men daarbij aan kennis geeft, is zeer interessant. De kennis over het algemene wordt beschouwd als expertise en noodzakelijke grondvest van de hulpverlener. Naar de cliënt toe is deze echter te toetsen op relevantie. De kennis over het unieke wordt beschouwd als de expertise van de cliënt, en daar is de hulpverlener in principe onwetend over. Zo zijn er verschillende waarheden die evenwaardig naast elkaar bestaan. Wanneer deze elkaar vinden in een dialoog (Rober, 1997; 2002) komt er een ander verhaal tot stand. Een verhaal dat het lijden van en voor cliënten zinniger en meer aanvaardbaar kan maken en verandering toelaat. Een proces waartoe zowel het denken van de therapeut als van het cliëntsysteem bijdragen, het waarheidsgehalte is daarbij geen thema. Dit is vaak niet evident in een medisch georiënteerde setting, want wanneer het niet om de waarheid gaat dan houdt dat ook in dat je het niet weet.

Met andere woorden, systeemtherapie is heilzaam wanneer er een dialoog op gang komt waarin meerdere visies op werkelijkheid samen komen. Perspectieven van cliënt, context, therapeut, en maatschappij ontmoeten elkaar, waarbij de volgende elementen van essentieel belang zijn: (1) een verklarende diagnose, (2) brede verbanden, (3) een niet-wetende houding en (4) een co-evoluerend proces, zoals blijkt uit onderstaande toelichting.

- 1 Vaak zijn verklarende diagnoses de eerste ingang wanneer een gezin om hulp vraagt. Eerder beschreef ik dat het objectivistisch perspectief maatschappelijk dominant is, dat zowel wijzelf als cliënten deze invalshoek meenemen in het denken. Zoals later in dit artikel beschreven wordt in de casus van Frans, brengen cliënten vaak zelf hun verklarende diagnoses mee. Maar ook andere hulpverleners kunnen ze aanbrenge(n), zoals in het geval van Simon. In het gezin van Karel hebben we er zelf naar gevraagd, in de hoop met de hulp van een psychiatrische diagnose de vastgelopen dynamiek opnieuw op gang te brengen.
- 2 Samen met het systeem wordt gezocht naar betekenisgeving aan vreemd gedrag en lijden, krachten en competentie worden op de voorgrond geplaatst, en persoon, context en maatschappij met elkaar verbonden. Het systeem krijgt hierdoor betekenis in zijn brede verbanden.
- 3 Het is een diagnostisch proces waarvan de uitkomst op voorhand niet vast ligt. De hulpverlener neemt eigen ingangen vanuit zijn expertise en kennis over het algemene, en toetst deze aan het eigene van het gezin. Larner (1996, 2000) beschrijft deze positie als 'not-knowing knowing' ofwel als 'niet-wetend weten'. Hij heeft het daarbij over een hulpverlener die zich opstelt én als therapeut die participierend zoekt naar unieke betekenisgevingen van zijn cliënt, én als expert die zijn kennis over het algemene benut. Deze handelwijze is fundamenteel

verschillend van psycho-educatieve en gedragssturende interventies op basis van een diagnose binnen de setting gezin. Dergelijke interventies van de eerste orde kunnen zeer zinvol zijn, maar vallen niet onder de noemer systeempsychotherapie.

- 4 Het is een co-evoluerend proces (constructionisten spreken over 'co-constructie'). Een dialoog veronderstelt een authentieke interesse in het perspectief van de ander. Essentieel daarbij is het respect voor andermans perspectief en transparantie over het eigen relevante denken en voelen. Uitgangspunt is niet waarheid, macht en zekerheid, maar dialoog. Informatie en advies geven over de gestelde diagnose, zonder actieve toetsing van het effect ervan op het gezin, valt dus niet onder de noemer van dialoog.

Samengevat, een heilzaam diagnostisch proces genereert betekenissen en brede (systemische) verbanden, en is een co-constructie waarbij zowel hulpverlener als cliënt hun specifieke expertise inbrengen. Aan de hand van onderstaande casuïstiek uit mijn werk met jongeren en hun gezinnen illustreer ik het samenspel tussen psychopathologie en psychotherapie ten bate van de cliënt.

Het gezin van Frans (De Vos & Wijckmans, 2002)

In het gezin van Frans zijn drie adoptiekinderen, die van voorgaande hulpverleners een goed onderbouwde diagnose van hechtingsstoornis en gedragsstoornis meekregen. De tegenstrijdige vragen die de ouders van Frans tijdens het intakegesprek naar ons afvuren, getuigen van grote wanhoop. 'Geef ons een duidelijke diagnose! Hij is hechtingsgestoord, dan ligt het aan ons of niet!? Hij is "bodemloos", dus ligt het aan hem!? Zeg dat het aan ons ligt! Iedereen zegt het, dus zullen ze wel gelijk hebben. Zeg ons wat we fout gedaan hebben, en wat we moeten veranderen. Zeg dat het aan Frans ligt, dan kunnen we stoppen. Als we stoppen heeft ons leven geen zin meer, is alles voor niets geweest. We hebben meer gedaan dan we konden, maar iedereen, ook de hulpverlening, heeft zich tegen ons gekeerd. Als we Frans hier laten, bekennen we schuld, de omgeving heeft dan gelijk. Zo falen we nog meer. We gaan kapot. Weet u... we zijn lastige mensen!' Een poging om dit laatste positief te herkadereën lokt bij moeder een woedeaanval uit jegens de intaker.

Een ongewenst effect van verklarende diagnoses is dat ze de knoop nog kunnen versterken waarin gezinnen al verstrikt zitten. Zo is het duidelijk dat de ouders van Frans vastzitten in hun verklarende diagnoses, en dat toevoegingen van diagnostische categorieën niet zullen helpen om de knoop te ontwarren, evenmin als de te snelle (niet afgestemde) positieve herformulering door de therapeut helpt.

Een duidelijke diagnose zoals 'reactieve hechtingsstoornis', of stilstaan bij de gehechtheidstijl is hier dus niet relevant. Ook al ontleen deze begrippen bestaansrecht aan de beschrijving in de DSM en de hechtingstheorieën, ze helpen het gezin op dat moment niet om meer afstemming te vinden (Baert, 2002).

Ook de elkaar uitsluitende verklarende diagnoses die de ouders meebrengen in therapie laten weinig opening. Kort gezegd komt het erop neer dat of Frans gestoord is, of zichzelf, of de omgeving, en dat het verlossende antwoord (welke van de drie juist is en wat hun dan te doen staat) van ons moet komen.

Wij benoemen onze eigen gevoelens van overweldiging en onmacht om een zekere diagnose te stellen en focussen op hun eigen definiëring van 'lastige mensen'. Hiermee creëren we een opening. Hun idee van 'lastige mensen' herinterpreteren we openlijk, dat wil zeggen in gesprek met de familie, als een manier om betrokkenheid en inzet te tonen op een moment dat iedere hulp ervaren wordt als agressie en bevestiging van falen. De uitkomst van onze interventie is niet op voorhand bekend. Maar deze handelwijze – het probleemverhaal accepteren en proberen iets nieuws toe te voegen dat nog niet gezegd is – is een goed beschreven methodiek om ruimere verbanden opnieuw zichtbaar te maken (Anderson & Goolishian, 1988; 1992). We aanvaarden dus het tekort dat ingebracht wordt door het gezin, vanuit de idee dat ze hiermee erkenning vragen voor lijden. De herkadering ('the not yet said', Anderson & Goolishian, 1988; 1992) die daarnaast gebeurt, is een poging om krachten en competentie op de voorgrond te laten treden in een context die daar allergisch op reageert omdat dat als bedreiging wordt ervaren.

Deze handelwijze wordt in de verdere begeleiding doorgezet (De Vos & Wijckmans, 2002). We brengen ook onze kennis over adoptie, gehechtheid, en stoornissen druppelsgewijs en met zorgvuldige timing in ('not-knowing knowing'). Het team en de instelling fungeren als het ware als een intermediaire ruimte (De Vos, 2008; Spilingaer, 2003; 2005a; 2005b; Tilmans, 1990; Winnicott, 1958; 1971) tussen de binnen- en de buitenwereld van het gezin. Een ruimte waarin elementen van binnen en van buiten het gezin bij elkaar komen, waarin meer afstemming gerealiseerd wordt, waarin de ouders en Frans ondanks het gevoel 'kapot te gaan' op elkaar betrokken kunnen blijven en af en toe iets van wederzijdse inzet kunnen ervaren.

Het gezin van Karel

De psycholoog waar Karel al enige tijd in behandeling is, meldt op aandringen van de school aan de ouders dat er mogelijk sprake is van

autisme. De ouders reageren furieus. Volgens hen is er niets mis met hun zoon en moet hij beter zijn best doen om zich communicatief open te stellen, initiatief te nemen in contact, dingen over zichzelf te vertellen, en anderen in vertrouwen te nemen. Daarover geven ze hem reeds lang en aanhoudend strikte richtlijnen. Dat Karel hun richtlijnen niet in gedrag omzet, ervaren ze als een uiting van onwil. Ook de schoolomgeving vindt dat hij zich minder opstandig moet opstellen. Zij vinden wel dat er iets mis is, ze zien de problemen als intra- en inter-persoonlijk. Karel zelf heeft veel last van stresssymptomen, zoals haarplukken en slaapproblemen. Hij begrijpt echter niet waarom de omgeving zich druk maakt over hem. 'Perplexiteit en verbijstering als effect van de botsing tussen de autistische en niet-autistische wereld' (Cottyn, 1999, p. 154). De ouders zijn bereid om met de kinder- en jeugdpsychiater te spreken om tot een duidelijke diagnose te komen.

De goedbedoelde poging van de psycholoog om de moeilijkheden te vatten onder de vermoedelijke noemer van autisme, botst met de verklaringen van de ouders omtrent hun zoon.

Tijdens de ontwikkelingsanamnese stemt de psychiater zich zowel af op moeders verhaal (haar 'unieke expertise') als op de feitelijke data ('expertise over het algemene' van hulpverleners). Daarbij wordt deze botsing begrijpbaar. Moeder vertelt dat ze het woord autisme ervaart als een slag in het gezicht. Voor de zwangerschap van Karel verloor ze een dochter aan wiegendood. Zij voelde zich daar erg schuldig over. Na zijn geboorte week ze niet van Karels zijde, en door het scherp afgestelde wiegendoodalarm was dit zeer stresserend. Omtrent Karels vertraagde taalontwikkeling vertelt moeder dat ze dermate op hem afgestemd was dat ze zijn noden voorvoelde. Volgens haar was er bij Karel dus geen noodzaak om zich via gesproken taal uit te drukken. De noemer autisme kan moeders unieke verhaal omtrent de existentiële invulling van haar ouderschap niet vatten. Voor haar wordt in een slag haar levensopdracht, haar gigantische inzet en de verbondenheid met haar (gedroomde) kind tenietgedaan.

Een complexe uitgangssituatie! Enerzijds staat de verklarende diagnose van voorgaande hulpverlening (mogelijk autisme) haaks op die van de ouders (hij stelt zich niet open) en de school (oppositioneel-opstandig), en doet ze onrecht aan het bredere verhaal van de ouders (de existentiële dimensie van ouderschap). Er wordt tevens voorbijgegaan aan het perspectief van Karel (waarom maakt de omgeving zich druk?). Anderzijds vermoeden we als expert op basis van de feiten (symptomen en geschiedenis) wel degelijk een autismspectrumstoornis. We denken bovendien dat deze diagnose kan helpen om het gezin en de school uit hun impasse te halen. Hoe kan hier met respect voor de verschillende

visies aan diagnostiek gedaan worden die ook nog een verschil maakt?

Voor de formele diagnostiek van de eerste orde doen we een beroep op het Referentiecentrum Autisme (RCA). Om het resultaat nadien te kunnen integreren in de psychotherapie is het van het grootste belang hoe deze verwijzing ingekaderd wordt. Daartoe wordt er in eerste instantie en in gesprek met alle betrokkenen een vraagstelling geconstrueerd waarin men zich collectief herkent. In het systeem van Karel luidt deze als volgt: 'Karel en zijn omgeving stellen elkaar voor een raadsel. Karel begrijpt niet waarom men zich druk maakt over hem, en zij begrijpen niet waarom Karel dit niet begrijpt. Ook wij als hulpverleners zitten met een raadsel. Daarom willen we de mening vragen van andere hulpverleners buiten ons centrum.' Achteraf blijkt hiermee de basis gelegd voor een proces van de tweede orde omtrent de diagnose.

De wachttijd naar het RCA gebruiken we om met gezin en school stil te staan bij de 'perplexiteit en verbijstering' die ontstaan in de botsingen rondom en met Karel. Zo staan we onder meer met school en ouders stil bij misverstanden door zogenaamde letterlijke communicatie. Karel kopieert bijvoorbeeld bij een opdracht Nederlands een gedicht van een bekende dichter. De leerkracht berispt Karel omdat hij zich niet aan de opdracht om zelf een gedicht te schrijven gehouden heeft en hij daarenboven nog het 'lef' heeft dit te ontkennen. Karel is overstuurd omdat hij wel degelijk zelf, dat wil zeggen met zijn hand en zijn balpen, het gedicht opschreef.

Gestimuleerd door de nieuwsgierige en bevragende houding van de therapeut worden meerdere manieren van betekenis geven zichtbaar voor iedereen. In tegenstelling tot de aanvankelijke, eenzijdige intentionele en letterlijke interpretatie van Karels gedrag (verzet tegen gezag), worden verschillende eigenheden (manieren van zijn en handelen) en hun verbondenheid zichtbaar. Ook binnen het gezin kan worden stilgestaan bij de aparte eigenheden, niet alleen van Karel, maar van alle gezinsleden.

Na het adviesgesprek op het RCA vraagt vader aan Karel wat hij van de deskundigen begrepen heeft. Karel zegt zich dat hij zich afwachtend opstelt in contact; hij heeft dit geleerd omdat de reacties van anderen hem anders stresseren, en hij heeft veel tijd nodig om zich in een groep te begeven. Dat is anders dan bij de meeste anderen. Vader antwoordt dat hij zichzelf in zijn zoon herkent. Moeder en broer Piet zijn andere types, zij leggen snel en soms impulsief contact en merken dan pas achteraf dat ze soms 'op hun bek gaan'.

In de gezinssessie wordt zodoende het adviesgesprek van de deskundigen van het RCA opnieuw besproken. Vertrekkend van de betekenis die Karel eraan ontleent, worden relationele verbondenheid,

eigenheid en differentiatie in het gezin meer zichtbaar en meer voelbaar (een proces van de tweede orde). Krachten, gezinsidentiteit, en hun grote gehechtheid komen daarbij op de voorgrond.

Ook op school kan men anders gaan kijken naar Karel – als een aparte jongen die op een eigen manier in de wereld staat. Men slaagt erin te anticiperen op crisissituaties door hem als persoon aan te spreken en zorgzaam in de gaten te houden. Bij de medeleerlingen verwerft hij een gewaardeerde eigen plaats.

Waar de diagnose op zich aanvankelijk niet batig was, brengt systeemtherapie de context om met verschillen om te gaan en betekenis te geven aan fenomenen die voordien bevreemdend en splitsend waren. Hulpverlening oorspronkelijk vertrekkend vanuit een diagnostisch onderzoek brengt hier een proces op gang waarbij Karel en zijn gezin weer meer regisseur worden van hun leven (White, 1991; 1995; White & Epston, 1990).

Het gezin van Simon (De Vos, 2008)

Een kinderspsychiatrische dienst stelde eerder de diagnoses adhd en odd. Deze diagnoses brachten weinig verschil in het gezin: psychofarmaca werden niet als helpend ervaren, de pedagogische adviezen versterkten de ouderlijke onmacht, de strijd tussen de scheidende ouders ging onverhoeds verder, en Simon bleef zich verzetten tegen gezag en omgeving.

Wegens escalerende conflicten thuis en op school dringt zich nu een residentiële behandeling op. Simon weigert een gesprek met de psychiater: 'Ik ben niet gek, ik wil die gast niet zien.' Ik versta dat als een poging van Simon om zichzelf te behoeden tegen het risico vastgepind te geraken op een stoornis, los van betekenisvolle verbanden. Een poging ook om twijfels over zijn geestelijke gezondheid niet bevestigd te zien in de blik van de buitenwereld (je bent gek als je pillen inneemt; liever een doortastende rebel dan een welwillende gek). Ook de opname brengt geen blijvende verandering, en na enkele maanden vraagt het team om het medicatiespoor toch opnieuw te verkennen. Simon houdt het erbij dat hij niet met de psychiater spreekt, maar dat de 'psy' wel met hem mag komen spreken.

Blijkbaar heeft men met hem vroeger wel over adhd gesproken, maar eigenlijk is hij dat vergeten. Zeker is dat hij zonder resultaat en tegen zijn wil medicatie moest innemen. Hij weet niet wat hij zelf vindt over wat er met hem aan de hand is, maar ik mag wel mijn gedachten uitspreken. 'Ik denk dat je eigenlijk een soort turbo-hersenen hebt, en dat je hersenen soms vlugger werken dan dat je zelf kan volgen.' Simon glimlacht. 'Ik denk dat dat vaak leuk is maar dat je daardoor ook in problemen geraakt, op school bijvoorbeeld.' Wat hij

later wil worden weet hij niet. Hij heeft ook geen idee wat zijn ouders er allemaal van denken, en hoe zij tegenover medicatie staan, ik moet het hun zelf maar vragen. 'Als u dat nodig vindt, moet u hen maar uitnodigen, maar ik kom niet, want ik heb niks te zeggen.' Ik zeg hem dat hij niet verplicht is iets te zeggen, maar dat ik wel wil dat hij aanwezig is bij het gesprek met zijn ouders, zodat hij kan horen wat er over hem gezegd wordt.

Bij de familiezingting met beide ouders zet Simon zich apart, in een zetel naast de vergadertafel, verscholen achter een stripverhaal. Ervaringen en verwachtingen worden uitgewisseld. De manege blijkt een terrein van kracht – Simon is fervent paardenliefhebber en ruiter. Gaandeweg ontwikkelt zich een diagnostische metafoor: 'Zijn hersenen gaan sneller dan hij zelf kan volgen, hij is constant verrast door zichzelf en niet altijd op een aangename manier voor zichzelf en zijn omgeving. Hij verliest de teugels over zijn inwendige volbloedhengst.' Simon deelt ons van achter zijn stripverhaal mee dat hij 'niet tegen proberen van medicatie is'.

Bij een eerste evaluatie, in dezelfde samenstelling, is de conclusie dat 'de pillen helpen om meer aandacht te geven aan datgene wat hij zelf belangrijk vindt, en om zich niet te laten afleiden door stoorzenders en lastposten in zijn omgeving.' Er wordt ook vermeld dat hij zich soms 'coöperatief' opstelt.

Ik versta uit deze uitspraak dat hij zich meer manifesteert als eigen persoon, die zich beter kan richten in zijn omgeving, en meer kan beslissen over zijn leven, een weg die zich ook in de schoolse realiteit aftekent wanneer hij de kans krijgt om de paardensportschool te mogen volgen.

In de gezinssessie ontvouwt zich rond het thema 'innemen van pillen' ruimte om tot nieuwe betekenissen te komen. Beide ouders nemen ondanks de vechtscheiding samen verantwoordelijkheid voor het medicatiegebruik van hun zoon. Via hen worden omtrent odd, adhd en medicatie gaandeweg metaforen ontwikkeld die verbonden zijn met Simons leefwereld van paarden. Simon krijgt controle over zijn eigen situatie via geregelde evaluatiemomenten. Deze handelwijze geeft hem houvast om eigen betekenis te geven aan het feit dat hij een vreemde stof inneemt die invloed heeft op zijn innerlijke wereld.

Zo brengt spreken over diagnose en pillen merkwaardig genoeg ook de verbondenheid in het gezin op de voorgrond. Simon wordt gevraagd om bij het gesprek aanwezig te zijn zonder dat we van hem verwachten dat hij gaat spreken. De positie die Simon als adolescent inneemt in zijn gezin wordt letterlijk in scene gezet: aan de rand aanwezig, ambivalent en wisselend in de mate waarin hij participeert.

Deze opstelling geeft Simon de ruimte om erbij te zijn zonder in het middelpunt te staan. Door ons verzoek aan de rand te staan, kan hij ervaren ook iets te bepalen. Dit opent een ander perspectief op zijn oppositioneel-opstandig gedrag.

Zowel het gezin als de hulpverleners dragen bij in dit proces. Het is aan de expert om te zoeken binnen welke context en op welke manier er nieuwe betekenissen kunnen ontstaan (over en weer spreken vertrekkend vanuit de diagnose, vragen stellen naar de leefwereld van de ouders, aansluiting zoeken bij de leefwereld van Simon, met name de manege en paardenliefhebberij). Spreken over de diagnose met beide ouders en de betrokken hulpverleners gebeurt daartoe in aanwezigheid van Simon. Door Ausloos (1999) weten we dat informatie die niet circuleert in het systeem, irrelevant is voor het systeem. Hoe Simon aanwezig is kan hij zelf invullen, dat kan niemand in zijn plaats bepalen. Er wordt dus vertrokken van een verklarende diagnose die op zich geen verschil maakt, en in deze casus eerder weerstand oproept bij Simon en door de ouders als versterking van de onmacht ervaren wordt. Vertrekkend vanuit een diagnose van de eerste orde wordt er via een dynamisch afstemmingsproces tussen gezin en hulpverleners, zonder vastliggende uitkomst, een nieuwe en unieke realiteit gecreëerd die het gezin een stap verder helpt.

In een dergelijke dialoog ervaar ik en als therapeut en als arts een grote vrijheid van spreken. Ik vertrek vanuit het idee dat spreken de opzet is, niet dat Simon straks die pil inneemt (ik hoop dat wel, maar het is niet de finale verwachting). Mijn verwachting is wel om, gebruikmakend van mijn medische achtergrond en kennis over hersenen en chemie, te kunnen vertellen wat volgens mij de moeite waard is te proberen, zonder verzekering van succes, en met de garantie dat de zaak terugged Schroefd wordt indien de effecten negatief zijn. Een uitgangspunt analoog met wat Larner (1996; 2000) beschrijft als 'not-knowing knowing'.

Bespreking

De postmoderne gedachte dat kennis grondvestend is voor de therapeut maar dat de relevantie daarvan voor de cliënt getoetst dient te worden, herstellde voor mij mijn medisch-psychiatrische achtergrond in waarde. Als arts-therapeut heb ik twee belangrijke focussen: een op de diagnose (is deze juist gesteld) en de andere op het afstemmingsproces (heeft het gezin baat bij deze diagnose). De Mol (2000) beschrijft hoe comfortabel het is om zich als ouderbegeleider-systeemtherapeut niet te hoeven

bezighouden met de juistheid van een diagnose van de eerste orde en zich uitsluitend te kunnen concentreren op het tot stand komen van een proces van de tweede orde. Als psychiater-systeemtherapeut heb ik dat comfort dus niet. Net zo min als de psycholoog die via testmateriaal tot een verklarende diagnose tracht te komen, en nadien mogelijk therapeutisch aan het werk gaat. Vraag is of dezelfde hulpverlener binnen eenzelfde cliëntsysteem beide focussen kan combineren. Kunnen medisch-lineaire en psychotherapeutisch-circulaire interventies afgewisseld worden door eenzelfde persoon, zonder dat het gezin en de diagnosticus-therapeut in verwarring geraken? Kan hij zelf een diagnostisch onderzoek doen terwijl hij ook de systeemtherapie doet? Of vergt dit van perspectief switchen een te grote mentale acrobatie? Kan hij het diagnostisch onderzoek maar beter delegeren (zoals bij Karel) om in een latere fase zijn medische kennis aan te wenden in functie van het afstemmingsproces van de tweede orde? Daarbij een beroep doende op de verbondenheid die hij bezit met de twee aparte werkelijkheden?

Zo komen we bij de status van de diagnose binnen systeemtherapie, een moeilijke kwestie. Objectieve kinder- en jeugdpsychiatrische diagnoses bestaan wel degelijk. Toon en Simon hebben adhd, Karel heeft autisme, maar ze zijn meer dan dat. Ik stel echter dat diagnoses op zich geen verschil maken. Daartoe is een dynamisch afstemmingsproces nodig, waarin de relevantie voor deze cliënt, dit gezin, in deze situatie getoetst wordt, waarbij een betekenisvolle context gecreëerd wordt, en betekenisvolle verbanden (opnieuw) zichtbaar worden. Pas dan kan een diagnose iets toevoegen.

Zijn psychiatrische diagnoses dan objectief of zijn het constructen? Een psychiatrische diagnose is fundamenteel anders dan een diagnose als bijvoorbeeld suikerziekte of infectieziekte. Het idee dat psychiatrische diagnoses herleid kunnen worden tot organische ziektes, simpelweg omdat het lichaam (hersensubstraat) betrokken is, getuigt mijns inziens van te ver gaande simplificering, een wensdroom van sommige biologisch psychiaters. Objectief is een diagnose zolang het kennis over het algemene betreft, als statistische symptomenclusters en standaarden (DSM), als poging om vat te krijgen op de complexiteit van menselijk functioneren, zolang er met veralgemeende hypothesen gewerkt wordt over een aandoening los van deze mens en dit gezin. Zodra objectieve diagnoses binnen een context geplaatst worden, hebben we echter per definitie met constructen te maken.

Ik zie psychiatrische diagnoses als een belangrijke invalshoek naast andere, bedoeld om vastgelopen processen opnieuw in beweging te krijgen. De lineaire waarheid is voor mij geen doel op zichzelf, wel het effect

dat men kan sorteren, en psychiatrische diagnoses kunnen daarbij helpen. Niet de waarheid telt, wel het effect.

Deze tekst is een bewerking van een lezing van het VKJP/STAP-congres 'Adolescenten, maakbaar?!' op 1 en 2 oktober 2009 te Driebergen (Nederland) en de studiedag Rapunzel 'Niemand weet, niemand weet dat ik Repelsteeltje heet — De (on)macht van de diagnose' op 12 november 2009 te Diest (Vlaanderen).

Jan De Vos is werkzaam als vrijgevestigd kinder- en jeugdpsychiater/systeemtherapeut en supervisor. Hij is opleider in opleidingscentrum Rapunzel te Beringen (B.). E-mail: jan_devos@telenet.be.

Samenvatting Systeempsychotherapie en psychopathologie vertrekken vanuit fundamenteel verschillende paradigma's. Uitdaging is om deze contrasterende uitgangspunten te laten samenwerken ten bate van cliënt en systeem. Dit artikel stelt dat een psychiatrische diagnose op zich geen verschil maakt. Daartoe is een afstemmingsproces nodig waarbij verschillende perspectieven kunnen samenspelen. En het is in het bijzonder de systeemtherapie die zich daartoe leent. Deze gedachtegang wordt eerst theoretisch geschraagd, en vervolgens wordt de handeldwijze aan de hand van meerdere casussen uitvoerig geïllustreerd.

Literatuur

- Anderson, H., & Goolishian, H. (1992). The client is the expert — A not-knowing approach to therapy. In S. McNamee, & K. Gergen (eds.), *Therapy as social construction*. Londen: Sage.
- Anderson, H., & Goolishian, H. (1988). Human systems as linguistic systems. *Family Process*, 27, 371-393. (Vertaald als: Menselijke systemen als linguïstische systemen. In L. Migerode, & P. Rober (red.) (1997), *Conversaties en verhalen — Op zoek naar een nieuwe taal in de gezinstherapie* (pp. 81-120). Leuven: Garant).
- Ausloos, G. (1999). *De competentie van families — Tijd, chaos, proces*. Leuven/Apeldoorn: Garant.
- Baert, D. (2002). Problemen met hechtingsproblematiek. *Systeemtheoretisch Bulletin*, 20(2), 96-111.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine.
- Cottyn, L. (1999). Over perplexiteit. *Systeemtheoretisch Bulletin*, 17(2), 148-160.
- Cottyn, L. (2001). Wie is bang van kinddiagnosen? *Systeemtheoretisch Bulletin*, 19(1), 40-54.
- De Mol, J. (2000). Kinddiagnosen — Variërende betekenisaspecten. *Systeemtheoretisch Bulletin*, 18(2), 143-150.
- De Vos, J. (2008). Een winterjas moet een paar maten te groot zijn — Over intermediaire ruimte in systeemtherapie. In M. Kinet (red.), *Psychoanalyse en/van het systeem — Bij jongeren en hun gezin* (pp. 129-154). Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- De Vos, J., & Wijckmans, L. (2002). Laat me (niet) los. Op zoek naar een bodem met ouders, jongeren, en behandelteam, in adoptiegezinnen met hechtingsproblemen. *Tijdschrift voor Familiotherapie*, 8(2), 77-102.
- Hillewaere, B. (2008). Bouwstenen voor een integratieve therapie. Voor gezinnen met adolescenten. In: M. Kinet (red.), *Psychoanalyse en/van het systeem — Bij jongeren en hun gezin* (pp. 89-128). Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Larner, G. (1996). Narrative child family therapy. *Family Process*, 35, 423-440.

- Larner, G. (2000). Towards a common ground in psychoanalysis and family therapy – On knowing not to know. *The Journal of Family Therapy*, 22, 61-82. (Vertaald als: Over het weten niet te weten – Naar een gemeenschappelijke grond in psychoanalyse en familietherapie. In M. Kinet (red.) (2008), *Psychoanalyse en/van het systeem – Bij jongeren en hun gezin* (pp. 155-178). Antwerpen/Apeldoorn: Garant.)
- Mattheeuws, A. (1985). Diagnose vanuit een systeemtheoretisch referentiekader. *Systeemtheoretisch Bulletin*, 3(2), 65-79.
- Oenen, F.J. van, Cornelis, J., & Bernardt, C. (2012). Consensusgericht systemisch interviewen en interveniëren – Een systemisch 'goed-genough' pakket voor hulpverleners in de psychiatrie. *Systeemtherapie*, 24(2), 63-81.
- Reijmers, E. (1997). Systeemtheorie en psychopathologie. *Systeemtheoretisch Bulletin*, 15(3), 140-161.
- Reijmers, E. (2008). Taxatie als interventie. In: A. Savenije, M.J. van Lawick & E. Reijmers (red.), *Handboek systeemtherapie* (pp. 283-293). Utrecht: De Tijdstroom.
- Rober, P. (1997). Nieuwe metaforen voor de gezinstherapie. In: L. Migerode & P. Rober (red.), *Conversaties en verhalen – Op zoek naar een nieuwe taal in de gezinstherapie* (pp. 15-42). Leuven: Garant.
- Rober, P. (2002). *Samen in therapie – Gezinstherapie als dialoog*. Leuven: Acco.
- Sermijn, J. (2008). *Ik in veelvoud – Een zoektocht naar de relatie tussen mens en psychiatrische diagnose*. Leuven/Voorburg: Acco.
- Splingaer, G. (2003). Help, mijn kind heeft therapie nodig – Een gezinstherapeutische visie. *Tijdschrift voor Familietherapie*, 9(2), 99-137.
- Splingaer, G. (2005a). *De initiële hulpvraag als magische deur tot het multiversum van het gezin*. Lezing op studiedag 'Over bezems en toverstokken. Werken met beelden in het begeleiden van ontwikkelingsprocessen van kinderen, jongeren en gezinnen'. Beringen, VZW Rapunzel, 10 november.
- Splingaer, G. (2005b). Een gezinstherapeut in sprookjesland. *Tijdschrift voor Familietherapie*, 11(2), 87-115.
- Tilmans-Ostyn, E. (1990). Het creëren van therapeutische ruimte bij de analyse van de hulpvraag. *Kinder- en Jeugdpsychotherapie*, 16, 203-221.
- Verhaeghe, P. (2009). *Het einde van de psychotherapie*. Amsterdam: De Bezige Bij.
- Vermeir, V. (1998). De pijn van een verlangen dat zich niet realiseren kan. *Tijdschrift voor Gestalttherapie*, 5, 15-32.
- White, M. (1991). Deconstruction and therapy. *Dulwich Centre Newsletter*, 3, 1-21. (Vertaald als: Deconstructie en therapie. In L. Migerode & P. Rober (eds.) (1997), *Conversaties en verhalen – Op zoek naar een nieuwe taal in de gezinstherapie* (pp. 113-151). Leuven: Garant.)
- White, M. (1995). *Re-authoring lives – Interviews & essays*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.
- Winnicott, D. (1958). Transitional objects and transitional phenomena. In D. Winnicott, *Collected papers – Through paediatrics to psychoanalysis*. London: Tavistock.
- Winnicott, D.W. (1971). *Playing and reality*. London/New York: Tavistock.