

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

Diagnoses als mogelijke decompenserende factor

EVI VERBEKE

Het klopt niet. Het mag niet. En ik wil het niet. Ik wil niet behoren tot de generatie van etiketkinderen. Het is altijd wat met ons: we huilen (mag het?), we dromen (is dat een probleem?), we zijn druk (en jullie dan niet?), en zelfs te speels (wie wil er niet jong blijven?) (Hind Fraihi 2015, p. 204).

In het hedendaagse klinische werk, wordt het therapeutisch handelen vaak gestuurd door diagnoses. Het gebruik van diagnoses lijkt inherent te zijn geworden aan het denken van het psychologisch en psychiatrisch vertoog¹. Dit heeft bovendien ook impact op andere vertogen. In de juridische wereld worden diagnoses soms gebruikt om criminele daden binnen een context te plaatsen. In scholen moeten leerkrachten kennis hebben over diagnoses aangezien heel wat kinderen deze met zich meedragen. Diagnostiek als systeem past binnen het hedendaagse denkkader, waarbij psychologie een van de belangrijkste manieren is geworden om onszelf en de anderen te bekijken en te interpreteren (De Vos 2011). Bovendien leeft de idee dat patiënten geïnformeerd dienen te worden over hun diagnoses. Een veel voorkomende gedachte is dat patiënten het recht hebben om te weten onder welke diagnose ze lijden en dat dit bovendien een eerste stap is binnen de behandeling. Zoals de vele systemen van vroegdetectie bij kinderen getuigen, begint dit zelfs op jonge leeftijd. Een patiënt kan een diagnose overigens ook krijgen zonder dat deze officieel wordt medegedeeld. Psychiatrie neigt steeds meer naar een doorgedreven specialisatie van afdelingen, waar de naam van de afdeling vaak al de diagnose in zich draagt. Iemand die bijvoorbeeld langskomt op een borderline-afdeling wordt vanaf dan vaak als < borderline > beschouwd (Verlinden 2009). In dit artikel wil ik onderzoeken welke problemen er in de schaduw van deze ideeën kunnen ontstaan bij de patiënten aan wie diagnoses worden gegeven.

¶ *Problemen*

Het eerste problematische punt betreft de manier waarop diagnoses worden beschouwd en gehanteerd. Het idee dat mensen hun diagnose moeten kennen en dat deze via observaties en testen achterhaald kan worden, impliceert dat men ervan uitgaat dat een diagnose refereert aan een onderliggende waarheid over het lijden van die persoon. Op die manier worden diagnoses gebruikt alsof

ze een natuurlijke entiteit zijn — iets dat in de objectieve werkelijkheid bestaat — een eenduidige en afgebakende realiteit kennen en ontdekt kunnen worden door empirisch onderzoek (Vanheule 2015). Hoewel gewerkt wordt vanuit dit idee, is het niet vol te houden. Foucault (1961) wees erop dat de medische wereld vooral haar eigen object in het leven riep, eerder dan een onderliggende realiteit te ontdekken. Diagnoses zijn in de eerste plaats constructen die worden gemaakt door mensen om de wereld te ordenen, eerder dan entiteiten die in de realiteit ontdekt zouden kunnen worden. Een stoornislabel zegt op zich niet meer dan dat een aantal kenmerken aanwezig zijn bij een individu. Het is niet iets dat duidelijk in de realiteit zou bestaan (Vanheule 2015). Diagnoses kunnen enkel gelezen worden vanuit het vertoog waarin ze functioneren. Ze gaan niet om een realiteit die er altijd is geweest, maar zijn een effect binnen een bepaalde geschiedenis. Ze zijn dus niet de waarheid, maar kunnen wel waarheidseffecten hebben. Als deze historische relativiteit wordt vergeten bestaat het gevaar van een dogmatische toepassing van diagnostiek.

Wat hier gebeurt is een proces van reïficatie — het tot ding maken van een concept —, waardoor de illusie wordt gecreëerd dat het concept de realiteit zelf is. Een concept wordt tot leven geroepen, wordt daarna gematerialiseerd, waardoor er geen rekenschap meer wordt afgelegd over het actieve constructieproces dat hieraan ten grondslag ligt (Vanheule 2015). Vanuit een lacaniaanse hoek kunnen we stellen dat men stoornissen impliciet als een betekende gaat gebruiken in plaats van als een betekenaar. Betekenaar en betekende worden zo op eenzelfde vlak gesitueerd, terwijl die eigenlijk nooit kunnen samenvallen (Lacan 1957). Hierdoor ontstaat het gevaar dat men de patiënt enkel nog vanuit de diagnose ziet en alternatieve verklaringen voor gedrag en emoties niet meer worden gezien (Timimi 2013).

Het tweede problematische punt betreft de machtsverhouding die zich in het diagnostische proces bevindt. Diagnoses worden aan mensen gegeven vanuit het idee van kennis. Deze kennis heeft vaak de aard van een factor die buiten de wil en het verlangen van de psycholoog of de patiënt ligt. Kennis is echter nauw verbonden met macht. In onze maatschappij is er een verstrengeling tussen menswetenschappen en disciplinerende macht. De menswetenschappen geven ons kennis over wie we moeten zijn, hoe we moeten leven, wie afwijkend is. Maar daarachter schuilt een manier om via diverse praktijken individuen te normaliseren. Kennis en macht zijn twee kanten van eenzelfde medaille (Foucault 1975). Het meedelen aan iemand waar hij aan lijdt, of sterker: wie hij is (bijvoorbeeld: jij bent een borderliner) veronderstelt dat iemand kennis heeft over een ander. Tegelijk wordt deze kennis gebruikt om zich te legitimeren als diagnosticus. Hieronder schuilt het vermeende recht van de niet-zieke tegenover de zieke, wat vertaald wordt in termen van ‘expertise’, ‘normaliteit’ (Foucault 1973-1974). Gedurende de geschiedenis van de psychiatrie valt het op dat de patiënt dit vervolgens vooral moet gaan geloven en de diagnose leren aanvaarden. Vaak wordt dit als een belangrijke stap in de

behandeling gezien. Doet de patiënt dit niet, dan wordt dit al snel vertaald als een gebrek aan ziekte-inzicht. Het problematische aspect hierbij is dat door diagnoses als een entiteit te zien die gecentreerd zijn rond deficits, deze enkel tegenover een bepaald ideaal van vermeende geestelijke gezondheid kunnen worden gedefinieerd (Parker 2011).

Het bepalen van wat dan gezond of ongezond is, is verbonden met een norm die steeds arbitrair is. Op die manier kunnen diagnoses functioneren als een vorm van verborgen sociale adaptatie. Het arbitraire karakter is op zich niet zozeer een probleem. Het wordt problematisch wanneer dit vergeten wordt en de diagnoses als een vorm van Wetenschap worden gezien. Hierdoor wordt het een vorm van disciplineren. Zo kunnen diagnoses ervoor zorgen dat individuen die afwijken van de norm, geïdentificeerd en gecapteerd worden binnen een nieuw discours. Als een probleem wordt gedefinieerd als medisch, laat het behandelingen toe die anders niet zouden worden toegepast. Het individualiseert het probleem waardoor men het niet langer ziet als een sociaal probleem en zo wordt het schijnbaar ontdaan van politieke krachten. Als zo'n probleem uit de cultuur gaat, naar de medische wereld, komt het terug in de algemene cultuur met een nieuwe taal en praktijken (Conrad 1975). Het gaat hierbij niet om een duale machtsverhouding tussen diagnosticus en patiënt. De patiënt vraagt bijvoorbeeld soms zelf zijn diagnose, vanuit de maatschappij wordt verwacht dat diagnoses worden gegeven, de media spelen hierop in. Afhankelijk van het heersende vertoog zullen patiënten zich bovendien meer of minder gaan presenteren met bepaalde symptomen die uiting geven aan een lijden. Een diagnose kan overigens in bepaalde gevallen heel wat macht geven aan de patiënt in kwestie. Macht is niet iets wat een persoon bezit, het is een netwerk en een gecompliceerd mechanisme dat in een hele maatschappij zit verankerd en niet binnen één welbepaalde verhouding (Foucault 1973-1974).

Het derde problematische punt betreft de subjectieve effecten die het vertellen van diagnoses heeft op de patiënten zelf. Het krijgen van een diagnose, of men deze nu heeft gevraagd of niet, zet bij veel mensen ideeën in beweging. Zo horen we in de praktijk bepaalde bedenkingen bij patiënten: «Ben ik dan nu anders nu ik weet dat ik hieraan lijd?», «Mijn gedrag is dus niet langer mijn schuld, het komt voort uit mijn ziekte», «Men zegt mij dat ik zo ben, toch voel ik dat zo niet.» Mensen gaan een diagnose nooit zomaar op zich nemen, ze gaan er over nadenken en er iets mee doen. Diagnoses zijn bijgevolg interactief: ze veranderen het gedrag, de identiteit en de subjectiviteit van mensen (Vakirtzi & Bayliss 2013). Hoe de impact van een diagnose zich vertaalt is individueel bepaald en de effecten zijn niet altijd uitsluitend negatief of positief. Vanuit Lacans discours theorie kunnen we een veelvoorkomend effect van diagnoses verklaren, namelijk dat die mensen vaak met verdeeldheid achterlaten. Als iemand onderworpen wordt aan een diagnostisch weten, krijgt de diagnostische situatie de structuur van ofwel een meester- ofwel een universitaire discours. De effecten daarvan zijn dat het subject zich respectievelijk ofwel

meer geobjectiveerd, ofwel meer verdeeld gaat voelen (Lacan 1969-1970). De impact van diagnoses zal bijna nooit eenduidig zijn en bepaald worden door de overdracht die iemand heeft ten aanzien van de diagnosticus, zijn specifieke geschiedenis en de bredere sociale context.

Een diagnose is een betekenaar en zal dus betekenis krijgen in het licht van andere betekenaars. De ideeën en verwachtingen die leven over de diagnose bij het individu, zijn sociale context en de bredere maatschappij spelen hier een rol. Een diagnose van depressie zal andere impliciete ideeën bewerkstelligen dan een diagnose van psychose. Belangrijk is of de diagnoses ook mede de identiteit zullen proberen te vangen van iemand, wat tegenwoordig vaak voorkomt (Vanheule 2015). Diagnoses brengen het risico met zich mee dat het gedrag van de persoon wordt gefilterd vanuit de diagnose en dat deze als een verklaringsmechanisme zal dienen voor alles wat de persoon doet. De unieke persoonlijkheid wordt daarbij soms in de schaduw gezet (Molloy & Vasil 2002). Het is bijvoorbeeld heel anders om te horen 'Jij maakt nu een psychose door' dan 'Jij bent psychotisch'. Iedere persoon moet zijn weg zien te vinden met de diagnose die gegeven is. Het gaat hierbij niet uitsluitend om het woord dat wordt gegeven en de bijhorende mogelijke connotatie dat die persoon daarmee ook 'gek', 'anders' of 'ziek' zou zijn. Belangrijk is de soms andere inbedding in de maatschappelijke context. Ik denk aan patiënten die na de diagnose 'autisme' gestimuleerd worden om hun vrije tijd niet langer in reguliere activiteiten te zoeken, maar in organisaties voor mensen met autisme.

Een van de blinde vlekken in de hedendaagse psychiatrie (in zijn meest ruime betekenis) lijkt het idee te zijn dat diagnoses gebaseerd zijn op kennis en daardoor het individu ten goede zullen komen. Een onderschat gevolg is dat diagnoses negatieve effecten kunnen hebben. Niet uitsluitend wat betreft stigmatisering, maar vooral op vlak van de subjectieve impact. Bij sommige patiënten zijn de effecten van een diagnose dusdanig dat ze niet zorgen voor een behandeling, maar dat ze de persoon doen decompenseren. Ik geloof dat dit een aspect is waar veel te weinig rekening wordt mee gehouden. Men gaat er vaak van uit dat diagnoses kunnen zorgen voor een betere behandeling, maar onderzoek wijst erop dat diagnoses de behandeling niet altijd helpen en soms eerder kwalijke gevolgen hebben op het leven van mensen (Thomas e.a. 2013; Timimi 2013).

Als diagnoses niet verwijzen naar een objectieve werkelijkheid, een machts-effect met zich meebrengen en belangrijke effecten kunnen hebben op het leven van mensen, is het van cruciaal belang dat we stilstaan bij onze verhouding met diagnostiek en de manier waarop we diagnoses gebruiken in ons dagelijks klinisch werk. Dit geldt niet alleen voor diagnostische systemen zoals de DSM-5. Steeds wanneer klinici over het hoofd zien dat diagnoses slechts pragmatische werkinstrumenten zijn met een historische relativiteit, bestaat het risico dat diagnoses binnen een machtssysteem komen en dat de patiënt daar schadelijke effecten van ondervindt. Ook de psychoanalyse moet dus stil-

staan bij hoe zij diagnoses beschouwt en hoe zij daarmee omgaat. Immers, ook zij kan in de valkuil trappen om diagnoses essentialistisch te gebruiken, waardoor ze eerder als oogkleppen dan als werkinstrumenten gaan dienen.² Ik wil hier op geen enkele manier mee stellen dat we moeten stoppen met diagnostiek. Diagnostiek is heden ten dage een handig werkinstrument, maar ze moet pragmatisch worden gehanteerd, met begrip voor het constructieproces dat eraan ten grondslag ligt en voor de effecten die dit kan hebben op patiënten.

In dit artikel wens ik verder stil te staan bij hoe het krijgen van een diagnose een negatief en zelfs decompenserend effect kan hebben bij sommige patiënten. Ik vertrek daarbij vanuit twee casussen bij wie het krijgen van de diagnose <autisme> eerder tot decompensatie dan tot behandeling heeft geleid. Hoewel het hier gaat om de diagnose <autisme>, is het geen kritiek op die diagnose zelf. Gelijkaardige effecten kunnen voorkomen bij andere diagnoses. Het is niet de bedoeling dit te veralgemenen tot alle patiënten, maar het dient als een bijkomende blik op mogelijke problemen die diagnostiek met zich meebrengt.

► *Pieter*

Pieter is vierentwintig jaar als hij wordt opgenomen op de afdeling waar ik werk.³ Het laatste jaar doolt hij vaak rond op straat, automuteleert, pleegt kleine diefstallen en denkt aan suïcide; er zijn al pogingen geweest. In de gesprekken die ik met Pieter heb komen er een aantal belangrijke elementen naar boven. Hij spreekt veel over de zaken die hij het laatste jaar heeft gedaan, waarbij het aspect van dit niet te begrijpen centraal staat. <Ik doe die dingen maar heb er geen controle over>, zegt hij, <maar betekent dat dan dat ik gek ben? Het laatste jaar lijkt het wel alsof ik een andere persoon ben geworden.> Pieter kan zich deze gebeurtenissen nauwelijks eigen maken. Een ander element is de verhouding met zijn gezinsleden. Pieter spreekt sinds het laatste jaar nauwelijks nog met zijn ouders en zussen. <Ik zit daar gewoon en zeg niets, ik weet dat ze dat jammer vinden, maar het lukt me niet.> In zijn spreken valt op dat Pieter zich vervreemd voelt, zowel ten aanzien van zichzelf als tegenover zijn gezin.

Een derde thema dat in zowat alle gesprekken naar boven komt is <autisme>. Pieter vertelt dat hij die diagnose heeft en dat hij dit vreselijk vindt. Hij kreeg de diagnose op zijn vijftiende en aanvaardde dat niet, hij heeft dit steeds genegeerd. In de psychotherapie en de oudergesprekken komt naar boven dat Pieter sinds anderhalf jaar de diagnose wel ging aanvaarden, nadat hij deelnam aan een groepscursus voor mensen met autisme, waar de nadruk lag op het leren aanvaarden van de diagnose. <Ik heb altijd tegen mezelf gezegd: het klopt niet wat die psycholoog zei, ik heb geen autisme! Maar sinds vorig jaar is het zeker: ik heb autisme. Mijn leven is voorbij, met dat autisme.> <Ze zeiden me in de therapieën dat ik moest accepteren dat ik autisme had. Toen ik heb toegegeven dat het zo was, was

die therapeut zo blij dat hij meteen mijn ouders heeft gemaild om dat te zeggen. › Pieter blijft zeggen dat hij dat autisme vreselijk vindt, dat hij er niet mee kan leven en stelt mij hier honderduit vragen over.

De diagnose en het aanvaarden ervan boden hem dus geen soelaas. Het lijkt er eerder op dat dit nu net een belangrijke factor was die de decompensatie meebepaalde. Maar hoe komt het dat deze diagnose zo lang werd verworpen door Pieter en iets was dat hij op geen enkele manier accepteerde, maar daarna plots een massale impact kreeg? In een vrij korte periode is de betekenaar ‹autisme› intrusief voor hem geworden. Het lijkt een woord dat bijna letterlijk in hem ‹snijdt›. Het woord ‹autisme› heeft bij Pieter geen symbolische effecten, maar eerder een reële impact. Hij dreigt volledig als subject te verdwijnen onder de benoeming en kan geen afstand nemen van het woord. De diagnose ging op hem kleven. Om te begrijpen waarom de diagnose ineens zulke scherpe effecten had, lijkt het van belang om te luisteren naar wat Pieter daarover vertelt. Vaak keert de volgende zin terug: ‹Ik had altijd gedacht dat ik geen autisme kon hebben, want mijn zussen hebben dat ook niet.› De zussen van Pieter studeren sinds kort allemaal op de universiteit en de ouders van Pieter vertellen me dat het verschil voor hem sindsdien nog groter is geworden. Pieter volgde bijzonder onderwijs en gaat naar een dagcentrum voor mensen met een mentale beperking. Er zit een bepaalde ondraaglijkheid in dit verschil voor Pieter. Hij vindt geen ankering meer in het gezin, wat ook te merken is als hij zegt niet meer met hen te spreken. Hij lijkt weinig symbolico-imaginaire ankerpunten te vinden om dit te plaatsen en misschien is dit de reden waarom het woord ‹autisme› ineens desastreuze effecten had. Het woord kwam op de plaats van het gat dat tussen hem en zijn zussen werd geslagen. Het was voor Pieter echter geen werkzame oplossing, doordat hij zich er volledig toe liet reduceren en het eerder tot *passage à l'actes* leidde dan tot stabiliteit.

► *Elize*

Elize is negentien als ze therapie start in mijn praktijk. Ze neemt geen contact met me op naar aanleiding van een klacht, maar omdat ze niet langer bij haar kinderpsychologe terecht kan door haar leeftijd. Al snel vertelt Elize mij dat ze autisme heeft en dat ze dit weet sinds ze veertien jaar is. Ze vertelt dat het er nu niet meer zo toe doet, maar toen ze de diagnose kreeg was dat zeer lastig. ‹Ze hadden mijn ouders op school uitgenodigd, ik begreep er niets van. Toen zeiden ze dat ik autisme had en dat ik ook moest veranderen van richting. Ik ben er depressief van geworden en moest opgenomen worden in de psychiatrie. Mijn leven had geen enkele zin meer toen. Zo'n diagnose, dat is gewoon te hard op zo'n jonge leeftijd›, vertelt ze. Elize kampte hierna met suïcidale gedachten, voelde zich steeds duizelig en zegt dat ze toen alles door een zwarte bril zag. Ze koppelt deze elementen vrijwel meteen aan de

diagnose en de verandering van school die eraan gekoppeld was. Elize begon na het krijgen van de diagnose een boek te schrijven over haar ervaringen met het <autisme>. Daarin schrijft ze bijvoorbeeld: <Autisme, mijn leven, wordt mijn dood, de duivel in mijn hart. Werk mag ik vergeten. Niks maar niks is nog goed op de wereld>. <Het is raar, ik had het liever niet geweten. Ik had liever dat de leerkrachten het wisten en hielpen in het geniep. Ik ben mijn leven beu met al die moeilijke vragen over autisme.>

In haar spreken valt op dat Elize niet, zoals Pieter, samenviel met de diagnose en er een bepaalde afstand van kon behouden. Zo kon ze zich de vraag stellen waarom anderen dit van haar dachten, of dit wel waar was of niet. Elize vertelt me dat ze het op dat moment vooral moeilijk had met het idee dat de diagnose werd gekoppeld aan het veranderen van school. Ze kreeg het idee dat anderen hun verwachtingen van haar drastisch hadden verlaagd. Gedurende de analyse bij Elize valt op dat ze ook nu, op negentienjarige leeftijd, nog steeds kwetsbaar is in de verhouding tot anderen. Elize klaagt er bijvoorbeeld over dat ze weinig vrienden heeft. Ze ervaart angst op het moment dat ze iemand leert kennen op het werk die ook eens in het weekend met haar wil afspreken. Ze heeft het er moeilijk mee dat er thuis nauwelijks wordt gesproken. Ze vindt het lastig om een diep contact te hebben met haar ouders en jongere broer en heeft het idee dat haar moeder haar niet wil begrijpen. Elize tobt vaak met de vraag hoe zij wordt gezien door andere mensen en hoe ze een relatie kan opbouwen. Achterliggend lijkt er een meer existentiële vraag aan het werk: wie ben ik in het verlangen van de Ander? Wat bindt mij met de Ander en hoe ziet die Ander mij? Volgens mij is het net dit aspect dat op de voorgrond kwam te staan toen Elize de diagnose kreeg en naar een andere school moest. Elize vertelde me bijvoorbeeld dat ze het gevoel had dat haar ouders toen anders naar haar keken. Ze kon ook niet meer zomaar elk werk doen dat ze wou. Het kleurde bovendien haar eigen verwachtingen tegenover anderen: <Ze zeiden me dat autisten niet goed zijn in relaties met mensen en dat het daarom was dat ik zo weinig vrienden had.> Het is mijn hypothese dat de betekenaar <autisme> voor Elize zo op de plaats kwam te staan van haar existentiële vraag wie zij is in het verlangen van de Ander. De diagnose ging iets omcirkelen van haar onkunde in deze verhouding en had meteen duidelijke repercussies (verandering van school).

In het begin kon Elize hier nauwelijks mee omgaan, de diagnose bevestigde namelijk net iets van wat voor haar een onmogelijkheid leek en liet geen nieuwe beweging toe. Eerder moest ze bijna gaan aanvaarden dat haar moeilijkheden in het sociale contact aangeboren waren. Het is dit punt dat waarschijnlijk zorgde voor de decompensatie. Het boek dat Elize schreef was een belangrijke oplossing om hiermee om te gaan. In het hele boek beschrijft Elize haar verhouding tot het <autisme> en de manier waarop ze ermee omgaat. Steeds meer kon ze er de nodige afstand van nemen en in

..... het boek valt op dat ze opnieuw hoop vindt om oplossingen te vinden voor de moeilijkheden die de sociale omgang geeft. In de analyse bij mij, vijf jaar later, leg ik de focus dan ook eerder op dit aspect dan op dat van het autisme.

¶ *Conclusie*

Zowel de casus van Pieter als van Elize tonen aan hoe het krijgen van een diagnose voor hen eerder decompenserend werkte dan dat het een behandeling toeliet. Zij moesten eerder een manier vinden om het etiket op afstand te houden, om zo opnieuw ruimte te laten voor iets anders. Hiermee wil ik niet betogen dat het gebruik van het concept 'autisme' voor iedere persoon een dusdanig effect zal hebben. Voor sommige mensen kan het ook geruststellend werken en bovendien wordt de diagnose vaak gevraagd door de patiënten zelf of hun context. Toch tonen deze casussen dat we voorzichtig moeten omspringen met het zomaar geven van diagnoses. De casussen Elize en Pieter kunnen we niet veralgemeniseren, maar het gaat hier niet om uitzonderingen. Zo toont onderzoek aan dat mensen die de diagnose van schizofrenie krijgen, dit vaak als stigmatiserend ervaren. Veel patiënten geven aan dat de problemen die ontstaan naar aanleiding van de diagnose sterker zijn dan het lijden dat tot de diagnose had geleid. Er was slechts een zeer kleine groep van patiënten die het label als nuttig hadden ervaren (Thomas e.a. 2013). Patiëntengetuigenissen tonen dat het leren 'inzicht' hebben in de ziekte kan leiden tot een lagere zelfwaarde en grotere hulpeloosheid in plaats van tot genezing (Bassman 2000). Voor sommige mensen lijkt het verwerpen van de diagnose een goede manier om met de implicaties van de diagnose voor de eigen identiteit om te gaan (Timimi 2013).

Binnen de psychoanalyse moeten we anders omgaan met diagnoses. In de eerste plaats is het van belang in ons achterhoofd te houden dat diagnoses niet als iets essentialistisch kunnen worden gezien, ook niet de psychoanalytische constructen. Hoewel ontleend aan de kliniek en niet zomaar arbitrair, kunnen ze niet gezien worden als dingen die in de werkelijkheid voorkomen. Dit idee dient serieus genomen te worden en niet enkel als kritiek gebruikt te worden ten aanzien van een systeem als de DSM. Psychoanalyse is niet te herleiden tot een van de menswetenschappen en daarom moet zij erover waken haar constructen zoals die van de diagnoses niet zomaar te laten inpassen in de psychologie. Van belang bij patiënten die een diagnose met zich meedragen is daarom voornamelijk om voorbij de diagnose te kunnen luisteren. In de analytische praktijk gaat het niet om de wetenschap van de diagnose, maar om de wetenschap van het specifieke (Lacan 1953). Het gaat om een verschil in de aard van het weten. De analyticus zal zich in de kuur niet vereenzelvigen met een bepaald weten dat hij oplegt aan een patiënt. Hoewel de kennis niet uit te schakelen is in het analytisch discours en deze zelfs een belangrijke basis

vormt van interveniëren, zal deze kennis nooit voor de ontologische sluiting van het subject zorgen (De Vos 2011).⁴ De psychoanalyse ziet de mens in de eerste plaats als een verdeeld subject, dat niet puur rationeel is, maar getekend door het onbewuste. Dit is een belangrijk verschil met de psychologie en dit zorgt er op die manier voor dat een mens nooit benaderd kan worden als iemand <uit een stuk>. Op die manier erkent ze de limiet van elk weten zonder kennis uit te schakelen.

Van belang in een analytische kuur is om te beluisteren hoe de patiënt zich verhoudt tot de diagnose die hij mogelijk eerder kreeg. Diagnoses bepalen niet alleen nieuwe identiteiten en nieuwe individuen. De mensen die ze krijgen zullen op basis van deze diagnoses ook kennis over zichzelf opdoen en de diagnoses opnieuw bijstellen. Dit is wat Ian Hacking (2006) het *looping effect* noemt. Mensen worden door een aantal factoren vastgezet op een bepaald woord, zoals autist, obees, psychoticus. Deze betekenaars gaan de persoon veranderen, waardoor de benoeming er reeds voor zorgt dat de patiënt niet meer dezelfde zal zijn als toen hij werd benoemd. Diagnoses worden aldus niet slaafs gevolgd, mensen gaan er steeds iets van bewerken (Dehue 2008). Deze bewerking zal wederom effect hebben op het psychologische en psychiatrische vertoog. Zo heeft de sterke toename van de diagnose <autisme> en de enorme hoeveelheid onderzoek daaromheen ervoor gezorgd dat autisme in het ruimere maatschappelijke veld kwam. Groeperingen van mensen met autisme die bepleiten dat deze conditie geen ziekte maar een andere neurologische variant is, kleuren de term opnieuw in en ook dit heeft op zijn beurt invloed op het academische en klinische veld.

Hiermee wil ik niet betogen dat het diagnostische systeem overboord moet worden gegooid. Eerder is het van belang in het klinisch werk om diagnostiek vanuit zijn pragmatische functie te beschouwen. Binnen deze optiek pleit Vanheule (2015) voor een functiegerichte diagnostiek die casuïstisch is en waarbij de subjectieve logica van de patiënt centraal staat. Eerder dan de zoektocht naar een juist diagnostisch label gaat het om een casusformulering waarbij iemands problemen in diens ruimere functioneren zijn ingebed. Diagnostische categorieën kunnen daarbinnen nog hun plaats krijgen, maar niet als de enige waarheid over de persoon. Bovendien moet de diagnose steeds voor verandering vatbaar zijn, afhankelijk van de omstandigheden en de overdracht. Zo hoeven deze constructen patiënten niet vast te zetten, wat andere bewerkingen door de patiënt teweeg kan brengen.

Literatuur

- BASSMAN, R. (2000). Agents, not objects — Our fights to be. *Psychotherapy in Practice*, 56, 1395-1411.
- CONRAD, P. (1975). The discovery of hyperkinesis — Notes on the medicalization of deviant behavior. *Social Problems*, 23, 12-21.
- DEHUE, T. (2008). *De depressie-epidemie — Over de plicht het lot in eigen handen te nemen*. Amsterdam/Antwerpen: Augustus.
- DE VOS, J. (2011). *Psychologisering in tijden*

- van globalisering — Een kritische analyse van psychologie en psychologisering. Leuven/Den Haag: Acco.
- FOUCAULT, M. (1961). *Geschiedenis van de waanzin in de zeventiende en achttiende eeuw*. Amsterdam: Boom.
- FOUCAULT, M. (1973-1974). *Le pouvoir psychiatrique — Cours au Collège de France* (texte établi par J. Lagrange). Parijs: Seuil/Gallimard, 2003.
- FRAIHI, H. (2015). *In mijn hoofd ga ik onder water — De wereld van een zesjarige jongen met autisme*. Antwerpen: Mantau.
- FOUCAULT, M. (1975). *Discipline, toezicht en straf — De geboorte van de gevangenis*. Groningen: Historische uitgeverij.
- HACKING, I. (2006). Making up people. *The London Review of Books*, 28 (16), 23-26.
- LACAN, J. (1953). Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse. In: *Écrits* (p. 237-322). Parijs: Seuil, 1966.
- LACAN, J. (1957). L'instance de la lettre dans l'inconscient ou la raison depuis Freud. In: *Écrits* (p. 493-528). Parijs: Seuil, 1966.
- LACAN, J. (1969-1970), *Le séminaire, livre XVII — L'envers de la psychanalyse* (texte établi par J.A. Miller). Parijs: Seuil, 1991.
- MOLLOY, H. & VASIL, L. (2002). The social construction of Asperger syndrome: the pathologising of difference? *Disability and Society*, 17, 659-669.
- PARKER, I. (2011). *Lacanian psychoanalysis. Revolutions in subjectivity*. Hove/New York: Routledge.
- THOMAS, P., SEEBOHM, P., WALLCRAFT, J., KALATHIL, J. & FERNANDO, S. (2013). Personal consequences of the diagnosis of schizophrenia — A preliminary report from the inquiry into the schizophrenia label. *Mental Health and Social Inclusion*, 17, 135-139.
- TIMIMI, S. (2013). No more psychiatric labels — Campaign to abolish psychiatric diagnostic systems such as ICD and DSM (CAPSID). *Self & Society*, 40, 6-14.
- VAKIRTZI, E. & BAYLISS, P. (2013). Towards a Foucauldian methodology in the study of autism — Issues of archaeology, genealogy, and subjectification. *Journal of Philosophy of Education*, 47, 364-378.
- VANHEULE, S. (2015). *Psychodiagnostiek anders bekeken — Een pleidooi voor functiegerichte diagnostiek*. Tiel: Lannoo campus.
- VERLINDEN, S. (2009). De dogma's voorbij. Zonder standaard maar niet zonder principe. In P. Walleghem (red.), *Psychoanalyse in de psychiatrie — Anachronisme of contradictio in terminis?* (p. 103-116). Gent: Academia Press.

SUMMARY

Diagnoses as a possible decompensating factor

This discussion of problems that can arise when diagnoses are given to patient focuses on three of them: rectification, the power/knowledge dynamic and the effects on a patient's identity. The author presents two case studies where both patients were told they suffered from autism. This did not lead to better treatment but was a crucial factor in the emergence of other problems such as suicidal thoughts. The conclusion is that care should be taken in giving diagnoses to patients and that a diagnosis should not be seen as a simple entity. Instead, a pragmatic use of diagnosis, which makes the subjective logic of the patient central, is presented as an alternative.

Keywords: autism, diagnosis, identity, power, rectification

Noten

- 1 Zowel Foucault als Lacan gebruiken de notie <discours> maar in een verschillende betekenis. Lacan gebruikt het om verschillende sociale verhoudingen vorm te geven die elk een andere structuur kennen. Bij Foucault betekent <discours> een praktijk met een geheel van uitspraken die als waar worden beschouwd en die het weten en de daarop geënte kennis van een bepaalde periode reguleert. Om verwarring te vermijden gebruiken we voor het begrip van Foucault <vertoog> en van Lacan <discours>.
- 2 Een essentialistisch gebruik van diagnostiek lijkt in de hedendaagse psychoanalyse een belangrijke valkuil te zijn. Dit is te zien in soms verhitte discussies over de <ware> structuur van een patiënt en het zeer losjes geven van diagnoses over patiënten die enkel zeer kort worden besproken.
- 3 Ik werk op De Meander, een afdeling in een psychiatrisch ziekenhuis voor jongeren en volwassenen met een mentale beperking en bijkomende psychiatrische problematiek.
- 4 Hiermee bedoelen we dat het analytisch discours niet zal leiden tot een definitief weten over de patiënt. Er zal altijd iets opgehouden worden dat niet gevat kan worden via kennis, en dit wordt niet toegedeekt maar nu net erkend.

Manuscript ontvangen 28 februari 2016

Definitieve versie 26 september 2016