

# Scènes uit een ontmoeting

Een interview met Jasmina Sermijn over een stem, een boek en een visie over psychiatrie en psychiatrische diagnoses

Thomas Fondelli\*

Wat gebeurt er met een persoon als hij of zij een psychiatrische diagnose toegekend krijgt? Hoe verhoudt iemand zich tot zijn of haar diagnose? En op welke manier beïnvloedt een diagnose iemands identiteitsconstructie? Deze vragen vormden het uitgangspunt voor het doctoraatsonderzoek van Jasmina Sermijn dat ze in 2008 indiende. Ze schreef er twee boeken over. Een meer theoretisch boek, *Ik in Veelvoud*, en een boek waarin ze in dialoog gaat met Amos, een van haar onderzoeksparticipanten. Dat boek, *Scènes uit een ontmoeting* werd recent, tien jaar na datum, opnieuw uitgegeven nadat het aanvankelijk was uitverkocht.

De heruitgave van het boek verscheen ongeveer gelijktijdig met het advies van de Hoge Gezondheidsraad rond de toepassing en de status van psychiatrische diagnoses (HGR, 2019). In het advies wordt met een kritische blik gekeken naar hoe we vandaag de dag kijken naar, werken rond en omgaan met (mensen met) psychiatrische diagnoses. Onder meer het waarheidsgehalte van een diagnose komt op losse schroeven te staan en er wordt gewaarschuwd voor het verengende effect van een ongecontextualiseerd label.

Beide publicaties tonen aan dat er nood is aan een voortdurende dialoog over de praktijk van het diagnosticeren. Een reden voor ons om met

---

\* Klinisch psycholoog in het Zeepreventorium, De Haan. Systeemtheoretisch psychotherapeut werkzaam in een eigen praktijk, Moerkerke. Als trainer verbonden aan de Interactie-Academie en Autisme Centraal. E-mail: thomas.fondelli@telenet.be

Jasmina in gesprek te gaan over haar boek, haar visie en haar werk. Jasmina werkt ondertussen als systeemtherapeute in een eigen groepspraktijk en is als docent en supervisor verbonden aan diverse opleidingsinstituten.

### **Hoe is *Scènes uit een ontmoeting* tot stand gekomen?**

Voor ik aan mijn onderzoek begon, werkte ik in een revalidatiecentrum. Ik schrok van hoe iedereen die werd aangemeld ook werd gediagnosticeerd. De focus lag heel sterk op diagnostiek en diagnoses. Context verdween. Andere ingangen op gedrag leken naar de achtergrond te verschuiven. Dat heeft toen mijn nieuwsgierigheid gewekt. Wat gebeurt er met iemand als hij of zij een diagnose krijgt? Past men de diagnose toe op zichzelf? Wordt de diagnose een dominant voorgeschreven identiteitsverhaal? Of verzet men zich en kiest men voor andere betekenisverleningen? En hoe gaat de context om met zo'n diagnose? Deze vragen waren de aanzet tot mijn doctoraatsstudie. En waarom dan dat boek? *Scènes uit een ontmoeting* presenteert een deel van mijn onderzoek. Na het schrijven van *Ik in Veelvoud* – waarin ik vooral een theoretisch verhaal doe rondom de effecten van diagnoses op identiteit – zocht ik naar een manier om het verhaal van de participanten centraal te stellen. Het verhaal van Amos trok aan mij en Amos zelf was erg enthousiast over het idee om zijn verhaal in een boek te presenteren. Ik heb tijdens mijn onderzoek heel erg gezocht naar hoe iemand die deelneemt aan onderzoek het auteurschap over zijn verhaal zoveel mogelijk kan blijven behouden. En dat zie je terug in de vormgeving van *Scènes uit een ontmoeting*. Het verhaal van Amos staat centraal en de meerstemmige opbouw van het boek laat toe dat Amos het auteurschap over zijn stem kon behouden. Hij schreef actief mee aan het boek door de stukken waarin zijn stem wordt gepresenteerd zelf te redigeren.

### **Ik merk op dat Amos niet mee als auteur op de cover van het boek vermeld staat. Is daar een reden voor?**

Ik wilde hem heel graag mee vermelden als co-auteur van het boek. Oorspronkelijk ging hij akkoord, maar nadien heeft hij toch geweigerd. Hij was te bang dat iemand erachter zou komen. Hij was afhankelijk van een ziekte-uitkering en mocht geen bijverdienste hebben. Dat zat zo hard in

zijn hoofd dat hij niet gedurfd heeft zijn naam op de cover van het boek te vermelden.

### **Hoe hoop je dat het boek mensen weet te raken?**

Het is geen objectief wetenschappelijk boek. Ik hoop wel dat mensen, vooral hulpverleners, na het lezen van het boek meer stilstaan bij de mogelijke effecten van een diagnostisch proces. Diagnoses worden meestal met goeie bedoelingen gesteld, maar men staat niet altijd stil bij de effecten die ze kunnen hebben op korte of lange termijn. En dat was ook Amos zijn grootste verlangen. Hij wilde dat anderen zouden begrijpen wat een psychiatrische diagnose met hem gedaan heeft, hoe een psychiatrisch-diagnostische kijk zijn identiteit en leven beïnvloedde. En hij wilde ook laten weten hoe weinig hij gehoord is geweest in dat proces. Hij hoopte dat zijn stem via dit boek wel gehoord zou worden.

### **Je zou in het boek een anti-psychiatrisch discours kunnen lezen. Maar is dat je bedoeling geweest?**

Het was niet mijn bedoeling te bekritisieren, wel om een breder meerstemmig verhaal te creëren. Dat kan misschien wel als een kritiek op de psychiatrie ervaren worden. Het psychiatrisch discours is een dominant discours binnen de hulpverlening. Van zodra er een andere kijk naast wordt gezet, wordt dat al snel als kritiek beschouwd. De bedoeling was vooral om het open te trekken en het te verrijken. Ik wilde mensen uitdagen stil te staan bij de idee dat het psychiatrisch discours slechts één perspectief op mensen biedt, een perspectief dat weliswaar al snel als een grote waarheid wordt geponceerd: een Grote Waarheid met een grote G en een grote W. Een waarheid die weinig ruimte laat voor andere mogelijke waarheden.

### **Het boek is dus geen kritiek op diagnoses of de psychiatrie an sich, maar eerder een poging mensen stil te doen staan bij de praktijken rondom diagnoses en de psychiatrie?**

Inderdaad, wat doet het met mensen als ze met de praktijk van de psychiatrie en psychiatrische diagnostiek in aanraking komen? Mensen kunnen

omwille van een diagnostisch proces, zoals in het geval van Amos, in een soort van rollercoaster terechtkomen, een trein die aan een snelheid verder raast en je niet toelaat te overzien waar je precies in bent terechtgekomen. En dergelijke processen kunnen jaren en soms een heel leven blijven voortduren. Eens in de trein is het niet altijd makkelijk om er terug uit te stappen. En daar wordt binnen onze samenleving maar heel weinig bij stilgestaan of over gereflecteerd.

**Amos werd gediagnosticeerd als psychotisch. Psychose wordt binnen psychiatrie vaak gezien als het verliezen van contact met de realiteit. Was het dan voor jou niet moeilijk om net die patiënten een stem te geven in hun diagnostisch proces en hulpverleningsproces? Vormde dat geen spanningsveld tussen twee tegenstrijdige manieren van kijken en luisteren naar het verhaal van Amos? Vanuit de ene kijk- en luisterwijze is zijn verhaal een bewijs van pathologie. Vanuit de andere kijk- en luisterwijze een stem, een beleving die recht heeft om gehoord te worden en serieus genomen moet worden.**

Ja, dat spanningsveld heb ik zeker ervaren. Ik wilde oorspronkelijk mijn onderzoek doen in de psychiatrie, maar dat lukte niet. Men was er namelijk van overtuigd dat mensen die in een psychose zitten best niet te veel bevraagd worden naar hun verhaal. Hun verhaal beluisteren zou wel eens de psychose kunnen bestendigen of versterken. Ik heb mijn vraagtekens daarbij. En ik ben niet de enige. Denk bijvoorbeeld aan het werk van Jaakko Seikkula en zijn Open Dialoog Model. Zij kijken en werken op een heel andere manier naar en met mensen die een psychose meemaken. In het Open Dialoog Model gaat men op zoek naar hoe een ruimte gecreëerd kan worden voor de stemmen die misschien gedisconnecteerd zijn van de gemiddelde realiteit, maar die wel betekenisvol zijn. Ze gaan op zoek naar hoe je de betekenissen van die stemmen kunt gaan verkennen. Een cliënt van me weet dat heel mooi te omschrijven. Ze zegt: 'Ik zat misschien in een soort van psychose, een soort van manie. Ik wilde de wereld redden en ik dacht dat ik dat kon. Ik identificeerde mezelf met Moeder Theresa en wou anderen helpen. Men heeft mij als ziek en zot verklaard, maar niemand heeft mij ooit gevraagd naar de betekenis die dit redden voor mij had. Natuurlijk was mijn identificatie met Moeder Theresa gedisconnecte-

teerd van dé realiteit. Ik was Moeder Theresa niet en natuurlijk komt dat vreemd over voor anderen. Maar hadden ze toen de moeite gedaan om te begrijpen wat er in mij omging, dan was die psychose misschien minder vreemd geweest en wel geconnecteerd geraakt met waar ik op dat moment in mijn leven mee zat.' Het gevaar bestaat dat er als een diagnose valt, er helemaal niet meer geluisterd wordt. Dat is ook hetgeen Amos benadrukt in zijn verhaal. Eens de diagnose schizofrenie gesteld werd, had hij het gevoel dat alles wat hij zei, dat zijn manier om zichzelf te begrijpen, er niet meer toe deed of geplaatst werd binnen de diagnose.

### **Hoor ik jou dan mensen uitnodigen om het spanningsveld vast te houden en het niet zomaar aan de kant te schuiven?**

Inderdaad. In het boek heb ik het spanningsveld laten bestaan door een meerstemmig verhaal neer te zetten. Niet alleen mijn verhaal en dat van Amos komen aan bod, maar ook het verhaal van de DSM, het verhaal van de medicatie die hij moet nemen, het verhaal van de Wet ter bescherming van de persoon van de geesteszieke enzovoort.

Ik was zelf soms heel erg in de war door die meerstemmigheid. Als ik bijvoorbeeld in gesprek was met Amos, had ik het gevoel dat ik zijn verhaal kon volgen, dat ik het begreep vanuit zijn perspectief en omkadering. Als ik nadien in gesprek ging met psychiaters of de DSM las, werd ik weer in dat ziekteperspectief met een heel ander verklarings- en oplossingskader gezogen. Het is die verwarring die cliënten ook vaak voelen. Denk maar eens aan de talloze cliënten die medicatie moeten nemen. Enerzijds horen ze dat ze de medicatie moeten nemen. Anders komt het niet goed. Maar tegelijkertijd beseffen ze dat de medicatie ook heel wat, soms ernstige, bijwerkingen kan hebben. Maak dan maar eens een keuze. Ik wil hulpverleners en breder onze maatschappij uitdagen om zulke vragen niet uit de weg te gaan, vraagtekens te blijven stellen bij vanzelfsprekende praktijken en de dialoog te blijven aangaan.

### **Voor je onderzoek heb je verschillende mensen geïnterviewd. In *Scènes uit een ontmoeting* licht je het verhaal van Amos eruit. Zijn er gelijkenissen tussen het verhaal van Amos en dat van de andere deelnemers aan je onderzoek?**

Absoluut. Ik heb vijf mensen uitgebreid gevolgd en geïnterviewd. En in elk interview kwam aan bod hoe mensen zich vaak te weinig gehoord en begrepen voelden, ondanks alle goeie intenties van de hulpverleners. Daarnaast zag ik hen elk op hun eigen manier vechten om ook andere aspecten van zichzelf naast de diagnose te kunnen plaatsen. Bij Amos, maar ook bij Patrick, een andere onderzoeksparticipant, was het bijvoorbeeld heel duidelijk dat zij niet bekeken wilden worden als ‘schizofreen’. Beiden waren, elk op een eigen manier, bezig met het ontwikkelen van eigen theorieën en verklaringskaders om de diagnose te weerleggen. Amos bijvoorbeeld deed dat in zijn eigen stijl op een wiskundige, wetenschappelijke manier. Maar elk bewijs dat hij voorlegde werd door anderen beschouwd als een bewijs van zijn psychose. Hij zat vast in een vicieuze cirkel.

**Onrechtstreeks hoor ik je hier ook hulpverleners uitnodigen zich te positioneren tegenover diagnoses. Willen we diagnoses beschouwen als verwijzingen naar een stoornis, zoals we tijdens onze opleiding ingelepeld krijgen, of eerder als benoemingen van een bepaalde insteek op de realiteit?**

Ja, en daar zit wel een stuk kritiek in. Ik heb vooral kritiek op hoe de DSM pretendeert een a-theoretisch classificatiesysteem te zijn, terwijl het net heel erg theoretisch beladen is. De DSM bestaat dan misschien wel uit symptoombeschrijvingen die in een containerbegrip gegoten worden, in een concept, maar die zijn nooit theorievrij. Zo vertrekt de DSM van de idee dat er zoiets bestaat als objectief kenbare mentale stoornissen. Depressieve episodes bijvoorbeeld worden beschouwd als de uiting van een interne disfunctie in een individu, namelijk een depressieve stoornis. De disfunctie veroorzaakt de depressieve episodes. Het idee dat er interne disfuncties in mensen bestaan is allesbehalve a-theoretisch en erg bepalend in hoe hulpverleners kijken naar cliënten en hun problemen. Het probleem zit *in* het individu en de symptomen moeten zo goed als kan behandeld worden. Andere, meer relationele en sociale theorieën bieden een heel andere kijk aan en stellen de invloed van de context veel centraler. Zo zouden depressieve symptomen bijvoorbeeld beschouwd kunnen worden als een uiting van maatschappelijke spanningen of als een uiting van relationele problemen ... Het diagnostisch DSM-denken is een erg individualistisch

denken. Het vertrekt van een individuele kijk op problemen, in die zin is het niet a-theoretisch.

**Hoe heeft het proces dat je met Amos doormaakte, en misschien wel met alle mensen die je geïnterviewd hebt, jouw therapeutische praktijk beïnvloed?**

Goeie vraag. Het heeft me zeker veranderd. Het heeft voor een stuk mijn kijk gevormd op therapie.

Het spreken met deze verschillende mensen alsook het analyseren van de gesprekken heeft me bewuster gemaakt van hoe taal en dominante discourses zich kunnen inschrijven in iemands leven en identiteit. En hoe verdomd moeilijk het is om – eens je in een dominant identiteitsverhaal terecht komt – er ook weer aan te ontsnappen. Dat geldt voor psychiatrische diagnoses, maar ook breder ... denk aan genderdiscourses, discourses rond ouderschap, carrière ... Dus ja, ik ben veel alerter geworden voor de discourses die cliënten alsook ikzelf als therapeut meebrengen in de therapieruimte. Wat ik daarnaast ook meeneem uit de gesprekken met de onderzoeksparticipanten is het belang van echt luisteren. Keer op keer kreeg ik te horen van deze mensen dat zij zich niet gehoord voelden, dat zij de indruk hadden dat hulpverleners te weinig probeerden te begrijpen hoe zij de dingen zagen en ervaarden. Dus de vraag: hoe zorg ik ervoor dat ik als hulpverlener wél luister en probeer te begrijpen wat mensen ervaren, staat centraal in mijn praktijk. Vandaar dat de niet-wetende, dialogische basishouding van de collaboratieve therapeut mij zo aanspreekt. 'Niet-weten' of misschien beter *knowing-with* vormt een voorwaarde om echt te luisteren naar de ander vanuit diens perspectief. Een vaardigheid die makkelijker lijkt dan ze is. We denken toch zo gemakkelijk dat we de waarheid en problemen van anderen kunnen begrijpen vanuit theorieën, eigen ervaring, expertise. Dat soort *pre-knowings* staat oprechte nieuwsgierigheid in de weg. Iets wat Amos in de verf zette: zodra de diagnose schizofrenie was gevallen, werd alles wat hij zei en deed geïnterpreteerd vanuit die diagnose.

**Dat brengt ons terug bij Amos en het boek. Het is een heruitgave van het boek. Waarom breng je het opnieuw uit?**

Het was aanvankelijk mijn bedoeling om tien jaar na het onderzoek nog eens terug te blikken op het proces dat ik met Amos heb doorlopen. Toen ik later dan voorzien opnieuw contact met hem wilde opnemen, kreeg ik te horen dat hij was overleden. Ik schrok daar erg van, ik had dat helemaal niet verwacht. Hij was tenslotte nog jong in leeftijd, begin vijftig. Zijn vroegtijdige dood was voor mij een extra trigger om het boek opnieuw uit te geven.

Amos vond het belangrijk dat zijn stem gehoord werd. In het boek spreekt hij over het creëren van een sneeuwbaaleffect waardoor zijn verhaal en ideeën de wereld in zouden rollen. Amos kennende zou hij waarschijnlijk akkoord zijn gegaan met een heruitgave van het boek, maar ik kon het niet meer met hem bespreken. Een lastige positie als onderzoeker-therapeut. Ik heb dan contact gezocht met zijn zus. Ze vertelde me over hoe het overlijdensproces is verlopen en hoe ze zich daarin heel erg alleen heeft gevoeld. Ze voelde zich, net zoals Amos, niet gehoord. En ze blijft met zoveel kwaadheid, verdriet en vraagtekens achter. Haar verhaal heeft me ervan overtuigd dat het boek vandaag de dag nog altijd erg relevant is. De heruitgave van het boek maakte het ook mogelijk om een extra hoofdstuk (scène) aan de oorspronkelijke versie toe te voegen. In dat hoofdstuk tracht ik het vroegtijdig overlijden van Amos te plaatsen. De stem van de zus van Amos krijgt daarin een centrale plek. Ook de stemmen van een vroegere buurman, wetenschappelijk onderzoek naar het vroegtijdig overlijden van mensen met schizofrenie, de wetgeving en dergelijke krijgen het woord.

Tijdens het schrijven van dit extra hoofdstuk werd ik erg getriggerd door de vraagtekens die de zus van Amos in haar verhaal naar voren bracht. Vooral haar vraagtekens rondom het *waarom* chronische psychiatrische patienten zo weinig somatisch opgevolgd worden. Het is een vraagteken waar ik veel waarde aan hecht en waar in de dagelijkse praktijk in Vlaanderen weinig aandacht aan wordt gegeven. Heel wat cliënten met een psychiatrische diagnose krijgen medicatie voorgeschreven, soms voor lange tijd. Dat langdurig medicatiegebruik heeft vaak veel bijwerkingen. Denk bijvoorbeeld aan het langdurig gebruik van Haldol of Lithium, beide medicamenten die belangrijke bijwerkingen hebben op het hart en de nieren. Toch gaat daar erg weinig aandacht naar. Hoe komt het dat mensen, eens ze in zo'n langdurig psychiatrisch traject terecht komen, zo sterk opgevolgd worden



op psychologisch vlak, maar zo weinig op medisch vlak? Er bestaan medische richtlijnen voor artsen rond het screenen van de bijwerkingen van medicatie en toch hoor ik zoveel verhalen uit de praktijk waaruit blijkt dat die richtlijnen niet worden gevolgd. Dat roept vraagtekens op die hopelijk leiden tot nieuwe dialogen en veranderingen in de toekomst.

## Literatuur

- Sermijn, J. (2019). *Scènes uit een ontmoeting* (herziene editie). Leuven: Acco.
- Hoge Gezondheidsraad. (2019). *DSM(5): Toepassing en status van de diagnose en classificatie van geestelijke gezondheidsproblemen*. Brussel: HGR. Advies nr. 9360.

