



Diagnostiek en daderhulp: Een pleidooi voor een functiegerichte benadering

Stijn VANHEULE ¹

Wanneer is gedrag abnormaal en hoe stellen we dat vast? De vraag klinkt banaal, maar het antwoord erop is verre van gemakkelijk te geven. Een voorbeeldje uit de actualiteit kan dit illustreren: recent sloeg een jonge man naar aanleiding van een discussie over het negeren van een stoplicht in één klap een begeleider van het openbaar vervoer neer. De man viel en was dood. Dit voorval van agressie met extreme gevolgen verontwaardigt de samenleving. Niet normaal toch: doodslag naar aanleiding van een banale regelovertreding! Collega's legden het openbaar vervoer plat en demonstreerden in Brussel; een optocht die wat deed denken aan de witte mars naar aanleiding van de Dutroux affaire. Politici op hun beurt keurden prompt goed dat voortaan meer middelen zullen worden ingezet om de veiligheid op het openbaar

vervoer te verhogen. In een krant las ik dat de naasten van de jonge man die de agressie pleegde, hem beschreven als een lieve jongen. Vreemd toch: 'een lieve jongen', hoe valt dat nu te rijmen met de buitensporige agressie die de man stelde? En wat dan te denken van de Zweedse massamoordenaar Anders Breivik. De man doodde tal van slachtoffers met een bom-aanslag en een schietpartij, en koppelde zijn eigen acties aan een manifest waarin hij het functioneren van de hedendaagse maatschappij hekelt. Over de vraag of de man toerekeningsvatbaar was of niet, is er geen consensus onder psychiaters, maar dat diens handelingen iets fundamenteel bevreemdend over zich hebben, zal voor de meesten onder ons als een paal boven water staan.

1 Prof. dr. Stijn Vanheule is hoofddocent psychoanalyse en klinische psychodiagnostiek aan de Universiteit Gent.
<http://stijnvanheule.psychanalysis.be/>

Over diagnostiek

Vaststellen of diagnosticeren wat abnormaal is of wat fout loopt in iemands functioneren, is geen sinecure. Daarom ga ik in deze tekst door op een theoretische reflectie over diagnosticeren, en meer specifiek op de vraag hoe diagnostiek best gedacht wordt binnen de context van daderhulp. Hierbij maak ik een onderscheid tussen verschillende *types diagnostiek*.

Etymologisch komt het woord 'diagnostiek' van het Griekse werkwoord 'diaginoskein'. Dit woord betekent zowel 'grondig kennen' als 'onderscheiden', in de zin van 'A onderscheiden van B' (www.etymonline.com). Doorheen mijn tekst verken ik wat het is dat diagnostici grondig willen kennen en willen onderscheiden. Hierbij zal ik verschillende *types diagnostiek* naast elkaar plaatsen, met name *regelgerichte diagnostiek*, *stoornisgerichte diagnostiek* en *functiegerichte diagnostiek*. Het onderscheid tussen deze vormen van diagnostiek is cruciaal. Bij elk van de types staat een andere focus op de voorgrond en elk type diagnostiek heeft ook een ander referentiepunt.

Regelgerichte diagnostiek

In het bijzonder voor een onderwerp als diagnostiek bij daderhulp lijkt een duidelijk onderscheid tussen de types diagnostiek me cruciaal. Door iemand te categoriseren als 'dader' krijgen we immers reeds een eerste vorm van diagnostiek: de regelvertreder wordt er onderscheiden van anderen die zich aan de regel houden. Dergelijke vorm van diagnostiek is *regelgericht*. Regelgerichte diagnostiek heeft het wetboek en samenlevingsnormen als referentiepunt: wie de wet overtreedt of sociale verboden en geboden fundamenteel aan de laars lapt, wordt getaxeerd als regelvertreder.

Dergelijke classificatie is uiteraard primair een juridische kwestie en leidt tot het toepassen van maatschappelijke maatregelen, gaande van boetes en opsluiting tot verplichte behandeling en psychologische begeleiding. Wat centraal staat bij deze maatregelen, is de disciplinerende van de dader, waarbij het de doelstelling is om verdere regelvertreding tegen te gaan. Hulpverlening kan echter nooit automatisch volgen uit regelgerichte diagnostiek: het is immers niet zo dat er een vorm van hulp bestaat die daders ertoe kan brengen niet langer 'dader' te zijn. Voor daderhulp volstaat deze classificatie niet, maar is verdere diagnostiek nodig en cruciaal.

“ **Regelgerichte diagnostiek wil risicokenmerken detecteren.** ”

Een begrip als 'psychopathie' zou ik bijvoorbeeld plaatsen op het niveau van regelgerichte diagnostiek, omdat het primair een concept is dat bruikbaar is in functie van risicotaxatie. Het stellen van een diagnose van psychopathie, duidt op een bepaald risicoprofiel tot het herhaald stellen van regeloverschrijdende daden. Het is een functioneringsmodaliteit, een daderprofiel dat een subjectieve ongevoeligheid voor samenlevingsnormen impliceert, in die zin dat men er zich persoonlijk niet aan onderworpen voelt. Een dusdanig daderprofiel kan criminologisch zeker haar toepassingen hebben, maar in functie van de vraag naar hulpverlening voor daders van delicten is een dergelijke diagnose weinig relevant, en dat blijkt meteen reeds uit de manier waarop men zich opstelt bij psychopathiemetingen zoals de Hare Psychopatie Checklist.

Bij psychopathiemetingen zit de diagnosticus in de rol van de expert die een profiel opmaakt. De diagnosticus taxeert dan hoe een dader functioneert: men checkt feiten uit het gerechtelijk dossier en exploreert via gesprekken of de per-

soon beantwoordt aan een reeks kenmerken inzake interpersoonlijk en emotioneel functioneren enerzijds en inzake impulsief en onverantwoordelijk gedrag anderzijds. In zo'n situatie is de diagnosticus een speurder, die vanuit zijn expertise de ander doorlicht en evalueert, met als doel risicokenmerken te detecteren. Zo men wil doet men in dergelijk geval aan 'assessment' in de oorspronkelijke zin van het woord. 'Assessment' komt van het Latijnse woord 'ad sedere', wat letterlijk 'zitten naast' betekent, en wat oorspronkelijk betrekking had op het bijstaan van een rechter bij het taxeren, zijnde bij het inschatten van te innen taksen (www.ety-monline.com). In elk geval zit de diagnosticus hierbij in de rol van degene die bijzondere kenmerken in de ander wil opsporen om vervolgens uitspraken te doen over hoe gevaarlijk iemand is voor de maatschappij. Men taxeert er de dader in diens dader-zijn.

Op naar een klinische cartografie

Dergelijke regelgerichte diagnostiek kan al dan niet aan daderhulp voorafgaan, maar is in alle geval niet te beschouwen als handvat of aanzet voor hulpverlening. De diagnostiek – het grondige leren kennen van een persoon – die vormen van hulpverlening wel vooraf gaat, veronderstelt een andere insteek. Bij hulpverlening benadert de professional de ander niet vanuit een positie als speurder, maar wordt een vraag gesteld naar de pathologie. Men benadert de ander niet als risicodragers en is er niet op gericht trekken te detecteren die iemand verdacht maken. Hulpverlening vertrekt vanuit een ervaring van *pathos* of lijden. Diagnostiek die op hulpverlening gericht is, klinische diagnostiek, streeft ernaar om deze ervaring van lijden in kaart te brengen. In die zin is de diagnosticus in de hulpverlening eerder een cartograaf dan een speurder. Hij is een cartograaf die in kaart brengt waar iemand last mee heeft in de ervaring van zijn eigen le-

ven. De klinische diagnosticus tekent op welke verstoring een patiënt kenmerkt in diens ervaring van zichzelf en in de ervaring van anderen.

“ **Diagnostiek die op hulpverlening gericht is, klinische diagnostiek, streeft ernaar om de ervaring van lijden in kaart te brengen.** ”

Aansluitend gaat klinische diagnostiek ervan uit dat niemand zomaar samenvalt met zijn eigen ervaringen, maar dat mensen hun zelfervaring doorspekt is van paradoxen. Een man die zijn eigen agressie als buitenmaats beleeft, getuigt bijvoorbeeld van dergelijke paradox, net zoals degene die zijn agressie ervaart als een automatisch opkomende vlag van ageren, die niet meer gekoppeld is aan intenties en gedachten, eens het ageren de bovenhand haalt. De psychoanalytische idee dat de mens een *verdeeld subject* is, drukt deze ervaring van paradox uit: de mens is een verdeeld subject omdat alles wat mensen over zichzelf te zeggen hebben, slechts benaderingen zijn. We kunnen slechts bij benadering spreken over wat ons drijft en over wie we zijn. Meer nog, de diagnostische cartograaf benadert de ervaringswereld van de ander als een landschap, als een geheel van topografische punten die geval per geval opnieuw in kaart gebracht moeten worden. Het referentiepunt hierbij is niet de wet, maar de aard van iemands zelf-ander beleving.

Hulpverlening veronderstelt dergelijke ervaring van pathos en paradox. Een psychotherapeut kan iemand maar helpen, indien die persoon ook de indruk heeft dat er iets aan de hand is met de manier waarop hij of zij zichzelf en/of anderen ervaart. Dit wil niet zeggen dat therapeuten slechts aan de slag kunnen indien iemand een duidelijke hulpvraag verwoordt. Cruciaal is wel dat er een ervaring van last is. Therapie kan slechts starten indien de patiënt of cliënt iets

ervaart in zijn of haar leven dat ondraaglijk of storend is voor hem of haar. Dit kan allerlei vormen aannemen. We kunnen een ervaring van last bijvoorbeeld herkennen in de uitspraak van iemand die zegt waanzinnig te worden van de allusies die TV-presentatoren op hem maken in allerlei programma's, of bij degene die hinder ondervindt van het contrast tussen eigen seksuele verlangens enerzijds en maatschappelijk aanvaarde seksuele praktijken anderzijds².

In een van zijn latere werken typeert de fenomenoloog Paul Ricoeur³ de ervaring van pathos heel treffend als het overvallen worden door een affect. Lijden is volgens hem niet zozeer concreetiseerd in denkbeelden, maar is voor alles een ervaringsgegeven. Lijden werpt een persoon in eenzaamheid terug op zichzelf. Het is een ervaring die niet zomaar te communiceren valt, die kwetsend is, en die het leven tot een hel kan maken.

Het psychoanalytisch werk van Jacques Lacan is op dit punt ook interessant, omdat het ons toelaat om het psychisch lijden van de mens op te vatten als een spanningsveld tussen een reële component enerzijds en een symbolische component anderzijds⁴. Psychisch lijden is *reëel* in de mate dat het een insisterende pijnlijke ervaring impliceert, die een mens steeds weer te onpas overvalt. Om het met een voorbeeld te zeggen: wanneer ik bij elke stap die ik zet een scherp steentje voel in mijn schoen, maakt het mijn stappen tot een hinderlijke ervaring. Psychisch lijden impliceert zo'n steentje in ons mentale leven, een pijnlijk punt in de beleving van zich-

zelf en/of de ander, waarvan de patiënt zich niet kan ontdoen. Het reële is voor Lacan iets dat steeds weer op dezelfde plek verschijnt en ons van daaruit zowel verrast als hindert.

Psychisch lijden is dan weer *symbolisch* in de mate dat het met mijn spreken te maken heeft. Als mens is mijn ervaring van lijden nooit puur: ik kleef er woorden op en door die woorden verandert mijn ervaring. Het moment dat ik met taal kan denken dat het een steentje is dat in mijn schoen zit, kan ik gaan overwegen om mijn schoen uit te doen en die leeg te schudden, of gaan nadenken over waar ik voordien gelopen heb, en hoe dat steentje in mijn schoen terecht gekomen is. Woorden maken een ervaring van lijden moduleerbaar. Toegespitst op psychisch lijden herkennen we deze symbolische dimensie uiteraard in de mogelijkheid om te vertellen over problemen, maar veel elementairder zien we deze symbolische dimensie reeds verschijnen in de mogelijkheid om te schreeuwen of te vloeken wanneer men last heeft van een hinderlijke zelf-ander ervaring. Vanuit Lacan gedacht is het in dit spanningsveld tussen het reële en het symbolische van iemands lijden dat een therapie zich afspeelt.

Door de ervaring van pathos en paradox centraal te stellen en daar een cartografie van op te maken, veronderstelt elke diagnostiek die op hulpverlening gericht is, dus een fundamenteel andere positie voor de diagnosticus dan in de regelgerichte diagnostiek. Het is een positie waarin men niet *kijkt* en opspoort, maar *luistert* en zich tot partner maakt van de ander in zijn verdeeldheid.

-
- 2 Een klinisch voorbeeld van wat psychisch lijden is vinden we bijvoorbeeld in het interview van Lacan met Michel H., een man die zijn eigen travestie als problematisch ervaart. Zie: *Le Discours Psychanalytique* : « Sur l'identité sexuelle : à propos du transsexualisme », Éd. de l'Association freudienne, Paris, 1996, pp. 312-350.
- 3 Ricoeur, P. (1992). La souffrance n'est pas la douleur. *Psychiatrie Française*, numéro spéciale Juin. www.fonds-ricoeur.fr/photo/la%20souffrance%20n%20est%20pas%20la%20douleur.pdf
- 4 Zie bvb. Lacan (1958). La psychanalyse vraie et fausse. *l'Âne*, 1992, n° 51, pp. 24-27

Abnormaliteit, pathos en paradox

Louter spreken over 'diagnostiek', zonder te vermelden welk type diagnostiek men bedoelt, is misleidend. Het gaat er teveel van uit dat diagnostiek zou neerkomen op het vaststellen van dat ene onderliggende kenmerk dat we 'abnormaliteit' noemen. Abnormaliteit zou dan een generiek kenmerk zijn, een onderliggende eigenschap die afwezig is of aanwezig is, en die aanleiding geeft tot een globaal patroon van normaal dan wel abnormaal functioneren.

Met zijn drie sleutelwerken uit het begin van de 20^e eeuw – *De droomduiding*, *De grap* en *Psychopathologie van het alledaagse leven* – kaartte de nimmer uitroeibare Sigmund Freud alvast de naïviteit van dergelijke opvatting aan. In deze boeken maakte Freud duidelijk dat zoiets als abnormale psychische inhouden in feite niet bestaan. Abnormaliteit is volgens Freud niet te herleiden tot een reeks ziekelijke denkbeelden die slechts een aantal onfortuinlijke individuen – de abnormalen – zou treffen, maar een eigenschap die ons allen kenmerkt. Raap de dromen en fantasieën van om het even welke mens bij elkaar en voeg daar nog aan toe om welke onderwerpen hij moet lachen of waarin hij zich verknouwt, evenals de vele kleine stomiteiten die hij doorheen de dag bejaagt, en je hebt een plakboek van gedachten waarvan er een flink deel niet zal stroken met sociale conventies.

Iedereen wordt volgens Freud gekenmerkt door intenties, actietendensen en gedachten die vreemd, ongehoord en/of storend zijn voor degene die ze zelf ervaart. Niemand ontsnapt aan de ervaring van impulsen die voor de rest niet te rijmen vallen met de gedachten die we in onze sociale contacten uiten. Een diagnostiek die erop gericht is om op basis van inhouden

uit de belevingswereld de 'normalen' van 'abnormalen' te scheiden, is in die zin naïef. Een veel interessantere vraag binnen de diagnostiek is, hoe iemand omgaat met de abnormaliteit die zich in het eigen leven manifesteert. Wat doet iemand met die impulsen en gedachten: toelaten of wegduwen, cultiveren of minimaliseren, internaliseren of externaliseren, rationaliseren of somatiseren?

Vanuit Freud gedacht valt trouwens te verwachten dat elke screening naar kenmerken die men a priori beschouwt als een uiting van abnormaliteit, een toenemend aantal abnormalen zal opleveren naarmate men de inspanning vergroot om dergelijke afwijkende individuen te vinden. Vermoedelijk is dat ook een van de redenen waarom er in onze maatschappij momenteel zoveel diagnoses gesteld worden. Geïnteresseerd als we zijn in alles dat te maken heeft met psychologie, en gefascineerd als we zijn in de mens die afwijkt, worden meer middelen dan ooit tevoren ingezet om abnormaliteiten vast te stellen in het functioneren van individuen.

Wij westerlingen beschouwen de mens als sterk maakbaar. In het verlengde van de verlichtingsfilosoof Julien Offray de la Mettrie beschouwen we onszelf vrij sterk als een te perfectioneren machine en is normaliteit een soort ideaal geworden waar we naar streven. Dergelijk ideaalbeeld is echter normatief, wat wil zeggen dat het een extern denkbeeld is waar we onszelf en anderen aan afmeten. Paul Verhaeghe⁵ merkte hierover fijntjes op dat reeds in de vroegste traktaten over psychologie duidelijke sporen van normatief redeneren te vinden zijn. Filosoof Rudolf Goclenius publiceerde in 1590 het werk *'Psychologia: hoc est, De hominis perfectione, animo et in primis ortu hujus, commentationes ac disputationes quorundam theologorum*

5 In Verhaeghe, P. (2002). *Over normaliteit en andere afwijkingen – Handboek klinische psychodiagnostiek*. Leuven: Acco.

& *philosophorum nostrae aetatis*'. Psychologie wordt hierin gelijkgeschakeld met de studie van de vervolmaking van de mens.

Normaliteit valt binnen dergelijk perspectief samen met het beantwoorden aan normatieve functioneringsstandaarden, die uiteraard altijd tijdsgebonden en cultuurafhankelijk zijn. Wat te verwachten valt, is dat de kans op het vinden van afwijkende gevallen toeneemt, naarmate men de norm om iemand te beoordelen strenger hanteert. Precies daarom lijkt het me belangrijk om in de klinische diagnostiek geen extern normaliteitscriterium centraal te stellen, zoals statistische normen uit populatiestudies, maar de subjectieve ervaring van pathos en paradox te gebruiken als primaire toetssteen in de diagnostiek.

Merk op dat ik met die stelling om de subjectieve ervaring van pathos en paradox centraal te stellen uiteraard niet alleen sta. Het meest gebruikte handboek voor psychiatrische classificatie – DSM – stelt bijvoorbeeld ook dat een mentale stoornis maar kan gediagnosticeerd worden indien er ofwel sprake is van leed (distress) gekoppeld aan pijnlijke symptomen, of wanneer iemand ernstige belemmeringen (disability) ervaart in belangrijke functioneringsgebieden.

Twee verschillende vormen van klinische diagnostiek

Dit brengt me opnieuw bij de types diagnostiek die ik bij het begin aanstipte, waarbij ik het nu explicieter ga hebben over stoornisgerichte en functiegerichte diagnostiek. Deze hebben als gemeenschappelijk kenmerk dat ze de dader niet beschouwen als risicodrager, maar benaderen in diens subjectieve ervaring van pathos en paradox. Het doel van deze twee vormen van klinische diagnostiek is dat ze erop gericht zijn de zelf-ander ervaring in kaart te brengen. De

positie van de diagnosticus is in de beide gevallen die van de cartograaf die het ervaringslandschap van de patiënt optekent. Dergelijke cartografie van de subjectiviteit veronderstelt openheid bij de patiënt. Men kan de ervaringen van een patiënt maar goed typeren indien die persoon ertoe overgaat aspecten van zijn zelf-ander ervaring zo breed mogelijk te berde te brengen. Dit lukt op zich maar indien de patiënt gelooft dat de professional daar zit om hem te helpen.

Een goede klinische diagnostiek veronderstelt dus dat de diagnosticus expliciet niet op de positie zit van de speurder of de risico-inschattende criminoloog. Een klinische diagnostiek kan slechts lukken als de diagnosticus door de patiënt wordt beschouwd als hefboom tot een beter leven. Stoornisgerichte en functiegerichte diagnostiek hebben ondanks deze klinische gemeenschappelijkheid echter fundamenteel verschillende uitgangspunten.

“**Stoornisgerichte en functiegerichte diagnostiek hebben als gemeenschappelijk kenmerk dat ze de dader niet beschouwen als risicodrager, maar benaderen in diens subjectieve ervaring van pathos en paradox.**”

stoornisgerichte diagnostiek

Stoornisgerichte diagnostiek of syndroomgerichte diagnostiek vertrekt vanuit een medisch denkmodel. Bij stoornisgerichte diagnostiek bevraagt en onderzoekt men klinische symptomen (ervaringsgegevens waar de patiënt onder lijdt) en klinische tekens (opmerkelijke kenmerken in het functioneren van de patiënt die de diagnosticus zelf vaststelt) in functie van veronder-

stelde syndromen of stoornissen. Syndromen of stoornissen zijn reeksen klinische symptomen en klinische tekens die men groepeerd vanuit de veronderstelling dat deze samen een zinvol geheel vormen. Dit type diagnostiek heeft haar roots in de geneeskunde en meer bepaald in de psychiatrie. In het verlengde van de studie van ziektes binnen de somatische geneeskunde is er vanuit de psychiatrie sinds jaar en dag interesse om syndromen in het psychisch disfunctioneren van patiënten te onderscheiden. Men vertrekt hierbij van de idee dat syndromen het statuut van een ziekte zouden kunnen hebben.

Emil Kraepelin⁶ huldigde deze gedachte bijvoorbeeld heel sterk en veronderstelde dat men parallel met bevindingen uit de interne geneeskunde ook in de psychiatrie ziekten zou kunnen onderscheiden die gepaard gaan met identieke symptoombeelden, een identieke pathologische anatomie in de hersenen en een identieke etiologie of oorzaak. Merk op dat deze redenering nog steeds sterk het gehalte van een veronderstelling heeft, en dat de meeste psychiatrische syndromen niet eenduidig gekoppeld kunnen worden aan hersenpatronen of specifieke oorzaken. In alle geval leidt deze benadering tot het concentreren van de aandacht op klinische tekens en symptomen.

De Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) en het daarbij horende SCID-interview (Structured Clinical Interview For DSM Disorders) gaan bijvoorbeeld uit van deze logica en zijn erop gericht om op basis van een ge-

detailleerde bevraging van klinische symptomen en tekens aan te geven binnen welk van de 274 stoorniscategorieën uit het handboek iemands verhaal past. Toegepast op daderhulp kan DSM een vertrekpunt zijn voor het inbedden van de daden in een stoornis. Op DSM kan veel kritiek gegeven worden, bijvoorbeeld omdat de bruikbaarheid voor behandeling vaak wordt getypeerd als miniem, omdat de wetenschappelijke onderbouw van de stoorniscategorieën niet goed is, waardoor de stoornissen niet kunnen beschouwd worden als ziekten, of omdat het systeem een al te dominante rol speelt in de samenleving. Bovendien heeft het systeem ook tal van vertakkingen naar de farmaceutische industrie en heeft het een te prominente plaats in de organisatie van de gezondheidszorg⁷. Ik ga op deze kritiek op DSM nu echter niet verder door, omdat ik vooral het type diagnostiek wil karakteriseren.

Doordat een reeks vooropgestelde syndromen of stoornissen binnen dit type diagnostiek het referentiepunt vormen, waarbinnen men een gegeven casus klasseert, kunnen we deze diagnostiek beschouwen als normatief. A priori opgestelde kenmerken functioneren er immers als toetssteen voor het bepalen van een psychiatrische stoornis. Aanvankelijk was dit type psychiatrische diagnostiek heel sterk op *prototypes* gebaseerd. In de literatuur van de klassieke psychiatrie beschreven auteurs tal van opmerkelijke gevallen die ze groepeerden op basis van gelijkenissen tussen casussen. Langs deze weg beschreven ze hoe typische gevallen – typische

6 Kraepelin, E. (1907). *Clinical Psychiatry*. Delmar: Scholars' facsimiles and reprints, 1981.

7 Zie bvb. Kutchins, H., & Kirk, S.A. (1999). *Making us crazy: DSM – The psychiatric bible and the creation of mental disorders*. London: Constable.

Verhaeghe, P. (2010). *Het einde van de psychotherapie*. Amsterdam: De Bezige Bij.

Vanheule, S. (2012). Diagnosis in the field of psychotherapy: A plea for an alternative to the DSM-5.x. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*.

Whitaker, R. (2010). *Anatomy of an epidemic: magic bullets, psychiatric drugs and the astonishing rise of mental illness in America*. New York: Crown.

manisch-depressieve psychose, typische melancholie – eruit zagen en maakten diagnostici vergelijkingen tussen casussen uit hun eigen praktijk en syndroombeschrijvingen van experts. Binnen DSM ligt dat ietwat anders, omdat daar niet gewerkt wordt met totaalbeschrijvingen van stoornissen en geen prototypische gevallen als voorbeeld worden gegeven. De diagnosticus moet er geen globaal oordeel geven, maar aangeven in hoeverre specifieke kenmerken aanwezig zijn die kunnen duiden op een stoornis. Wanneer verschillende kenmerken samen voorkomen beslist men over het aanwezig zijn van een stoornis.

“**Stoornisgerichte diagnostiek stelt de stoornis centraal, niet de individuele ervaring van verstoring.**”

Kenmerkend voor dit type diagnostiek is dat de patiënt niet wordt benaderd in zijn individualiteit, maar vanuit de vraag in hoeverre diens zelf-ander beleving tot een bepaalde klasse van stoornissen kan gerekend worden. Stoornisgerichte diagnostiek stelt de stoornis centraal, niet de individuele ervaring van verstoring. Hierbij veronderstelt men dat het zinvol is om abstractie te maken van de individualiteit van een problematiek en alle aandacht te richten op de stoornis. Dit gebeurt vanuit een duidelijke parallel met lichamelijke ziekte. In het geval van een infectie zal een arts primair zoeken naar typische symptomen en de vraag stellen welk virus of welke bacterie er verantwoordelijk voor is, om vervolgens de behandeling te richten op de etiologische agens. Het individu is binnen deze

logica de ziektedrager, maar de focus van de behandeling is de ziekte.

Toegepast op mentale stoornissen loopt deze parallel met lichamelijke ziekten mank op het punt dat men van mentale stoornissen nauwelijks de etiologie kent, en voor zoverre we er zicht op krijgen, de oorzaak lijkt te liggen in een samenspel tussen vele determinanten⁸. Stoornisgerichte diagnostiek wordt vanuit psychologische hoek dan ook vaak bekritiseerd omdat ze weinig functionele waarde heeft⁹. Ze biedt met andere woorden weinig handvatten om een therapeutisch handelen op af te stemmen.

Funcatiegerichte diagnostiek

Om functiegerichte diagnostiek te introduceren maak ik even een kleine zijspgong naar het werk van de Franse arts en filosoof Georges Canguilhem (1943). Canguilhem haalde de idee onderuit dat normaliteit en abnormaliteit best kunnen gedacht worden als uitersten op een continuum. Volgens hem moeten we abnormaliteit niet opvatten als kwantitatieve uitwas van normaal functioneren, waarbij een bepaald kenmerk extreem tot uiting zou komen, maar als een kwalitatief andere dimensie in ons functioneren. Normaliteit beschouwt hij als de subjectieve ervaring van evenwicht tussen een individu en diens omgeving. Als uw organen zwijgen, ben je gezond, luidt het bij Canguilhem, en wanneer ze zich laten horen, ben je ziek. Abnormaliteit kunnen we volgens hem best begrijpen als een insisterende ervaring: iets dat het levensgevoel verstoort dringt zich op en kan niet terzijde geschoven worden, waardoor een ervaring van pa-

8 Zie bijvoorbeeld: Van O,J., Kenis, G., & Rutten, B.P.F. (2010). The environment and schizophrenia. *Nature*, 468, 203-212.

9 Zie bijvoorbeeld: Haves, S.C. et al. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.

thos ontstaat. Aansluitend meent Canguilhem dat we ziekte en abnormaliteit best niet te sterk normatief benaderen via externe criteria, zoals statistische normen of vaststaande kenmerken uit ziektebeelden. De ervaring van abnormaliteit kan volgens hem niet losgekoppeld worden van het individu, en dient daarom steeds holistisch benaderd te worden. Ziekte kan binnen deze logica niet gescheiden worden van de zieke persoon. Beiden vormen een ondeelbaar geheel. Eerder dan de aandacht te richten op de stoornis, zet het werk van Canguilhem er ons toe aan om met een individugerichte focus de ervaring van verstoring centraal te stellen

Vanuit deze redenering zal men er dan ook toe komen om diagnostiek casuïstisch en functiegericht te denken. Wanneer iemand pathos en paradox ervaart, stelt zich niet zozeer de vraag van welke stoornis iemand last heeft, maar hoe die ervaring te begrijpen valt in het licht van iemands ruimere zelf-ander ervaring. Dergelijke diagnostiek is casuïstisch omdat ze niet meteen de stap naar veralgemening over casussen heen zet en de heel persoonsspecifieke ervaring centraal stelt, met als doel daar patronen in te vinden. Toegepast op daderhulp kan dat impliceren dat men de subjectieve logica tracht te vatten waarbinnen het stellen van daden is ingebed. Met het vatten van de subjectieve logica bedoel ik dat diagnostiek boven alles de persoonsspecifieke leef-, denk- en gevoelswereld in kaart moet brengen. Op die manier kan men in een volgende stap ertoe komen om te vatten welke plaats de daad heeft voor de dader, of ruimer: op welke punt pathos en paradox opduiken in iemands functioneren.

“ **Functiegerichte diagnostiek is casuïstisch omdat ze niet de stap naar veralgemening over casussen heen zet en de heel persoonsspecifieke ervaring centraal stelt.** ”

Dergelijke functiegerichte diagnostiek is duidelijk gekoppeld aan psychotherapie, aan hulpverlening dus, en niet aan disciplineren. Daarom veronderstelt ze dat die diagnosticus een theorie heeft om de functie van pathos en paradox te kunnen denken. Enerzijds is deze diagnostiek zeer pragmatisch, omdat ze vertrekt van het concrete materiaal uit gesprekken en interacties met een patiënt. Anderzijds veronderstelt ze goed geschoolde diagnostici: mensen die psychotherapeutische theorieën goed beheersen en die via leertherapie erin geslaagd zijn hun eigen pathos en paradox voldoende te plaatsen, zodat ze in een volgende stap in staat zijn om met de pathos en paradox van een ander te werken. Concreet zal functiegerichte diagnostiek steeds uitmonden in een *casusformulering*.

Waar stoornisgerichte diagnostiek uitmondt op het geven van een stoornislabel, zal functiegerichte diagnostiek een georganiseerd narratief opleveren: een narratief dat articuleert *hoe* iemands functioneren en disfunctioneren georganiseerd is. Theorie moet hierbij functioneren als handvat.

Door haar sterke focus op het casuïstisch vatten van de ervaring van pathos en paradox is functiegerichte diagnostiek op zich een kwetsbare werkvorm: kwetsbaar om al te sterk beïnvloed te worden door de stijl van de diagnosticus en door denkfouten of vooringenomenheden in diens functioneren. Vandaar dat ik mijn pleidooi voor het meer expliciet waarderen van functiegerichte diagnostiek koppel aan de noodzaak tot het duidelijk systematiseren van deze vorm van klinische diagnostiek. Goede functiegerichte diagnostiek moet een methode voor kwaliteitsbewaking omvatten die diagnostici helpt om de validiteit en betrouwbaarheid van hun besluitvorming te optimaliseren.

Tot slot: een pleidooi voor een functiegerichte benadering

Tot slot nog even terug naar het vertrekpunt en naar mijn onderscheid tussen regelgerichte,

stoornisgerichte en functiegerichte diagnostiek. Deze vormen van diagnostiek hebben elk een eigen referentiepunt, een eigen focus en voorzien een specifieke rol voor de diagnosticus, die ik als volgt samenvat:

	Regelgerichte diagnostiek	Stoornisgerichte diagnostiek	Functiegerichte diagnostiek
Referentiepunt	Normatief: samenlevingsregels	Normatief: stoorniscriteria of prototypes	Functioneren op casusniveau
Focus	Criminologisch: de dader taxeren in diens dader-zijn	Klinisch: de dader klasseren in diens ziek-zijn	Klinisch: de functie van de ervaring van pathos en paradox vatten
Rol diagnosticus	Expert-speurder	Cartograaf: pathos en paradox situeren op de landkaart van stoornissen of syndromen	Cartograaf: functioneringspatronen in kaart brengen via casusformuleringen

De eerste vorm van diagnostiek typeerde ik als criminologisch en hangt samen met een rol als expert-speurder voor de diagnosticus. De twee andere karakteriseerde ik als klinisch en impliceren een cartografische rol, waarbij men ofwel gericht is op classificatie binnen stoorniscategorieën, ofwel op het karakteriseren van de functie van specifieke vormen van functioneren van een individu binnen diens ruimer mentaal en sociaal leven.

Hoewel daders van misdrijven primair in de hulpverlening terecht komen omwille van hun normatief niet-aanvaardbare handelingen (ze houden zich niet aan 'normale' omgangsvormen) dient *daderhulp* zich volgens mij primair toe te spitsen op functiegerichte diagnostiek.

Eerder dan de aandacht te richten op de vraag of ze abnormaal of gestoord zijn, moet de ervaring van verstoring door de dader zelf centraal staan. Daders kunnen ons choqueren of fascineren met de daden die ze stelden of stellen, maar hulpverlening kan niet op deze subjectieve ervaring – onze subjectieve ervaring – gebaseerd worden.

Via functiegerichte diagnostiek moeten we ruimte scheppen voor de studie van de subjectieve logica waarin het handelen van een dader is ingebed, en voor diens ervaring van pathos en paradox. De kennis die we daaruit halen, levert de meest adequate basis voor psychotherapeutische hulp.