

Onderstaand essay is een fragment uit het inleidende hoofdstuk van het boek 'Taal grijpt altijd in' van Bram de Ridder (ISVW Uitgevers, Leusden 2025, [hier verkrijgbaar](#)).

Wat zijn deze woorden van plan?¹

Dit essay gaat over taal en psychiatrie. Over de woorden en formuleringen waarmee we contact met elkaar maken over psychisch lijden. De woorden waarmee we praten en waarmee we luisteren. Ik ga dus uit van een gemeenschappelijk 'we'. Wij mensen. We praten en luisteren uiteraard en gelukkig niet allemaal op eenzelfde manier, maar er is wel een dominant vocabulaire waar we ons, als we ons er al niet van bedienen, toe moeten verhouden.

Autisme, ADHD, psychotische stoornis, rand-psychotische verschijnselen, paniekstoornis, hallucinaties, stemmen horen, depressie, sociale fobie, borderlinepersoonlijkheidsstoornis, antidepressivum, lvb, narcisme, coping, trauma, complex trauma, posttraumatische stressstoornis, acute stressstoornis, vermijdende persoonlijkheidstrekken, antisociaal, pleinvrees, subassertief, bipolair-1-stoornis, manisch, paranoïde waan, bipolair-2-stoornis, grootheid, krenking, pathologische rouw, pathologisch gokken, stoornis in alcoholgebruik, mild, antipsychoticum, schizofrenie, schizofreniforme stoornis, ongespecificeerde persoonlijkheidsstoornis, anorexia nervosa, afhankelijke persoonlijkheidstoornis, ADD, mentaliseren, automutilatie, hypomane ontregeling, seksueel masochisme stoornis, nihilistische waan, boulimia, neurodivergent, dissociatieve identiteitsstoornis, misofonie, burn-out, excessief huilen stoornis.

Allemaal woorden. Een fractie van de woorden die we gebruiken om ons psychisch lijden te communiceren. Aan de ene kant kunnen woorden, ook deze, zaken en mensen preciseren, terwijl aan de andere kant diezelfde woorden op datzelfde moment een ander soort precisie kunnen laten verdwijnen. Wanneer je bepaalde verschillen verwoordt, wanneer je ordening aanbrengt, verdwijnen overeenkomsten en andere verschillen uit beeld. Oftewel: taal grijpt altijd in. Bedoeld en onbedoeld, bewust en onbewust. Dit essay is bedoeld. Om te bewegen. Te bewegen in woorden, in denken, in handelen.

Mensen die werken in de psychiatrie en psychologie zullen alle bovenstaande termen kennen. Mensen die daar niet in werken zullen er eveneens veel kennen. Een beweging die socioloog Abram de Swaan protoprofessionalisering² noemde: het overnemen van vocabulaire van een specifieke beroepsgroep door niet-professionals. En daarmee niet alleen de taal overnemend, maar ook het denken – de kennis zo je wilt – die in die taal vervat zit. Over deze taal en meer heb ik het. Al die woorden gesproken in de spreekkamer, de wachtkamer, en dus ook in de woonkamer, slaapkamer en bovenkamer om ons eigen en andermans psychisch lijden te begrijpen.

Ze zijn een uiting van, en bepalen onze omgang met, mentaal leed. Ze hangen goeddeels samen met de ordening die we met z'n allen, en psychiaters en psychologen in het bijzonder, aanbrengen, waarin psychisch ziek van psychisch gezond en allerlei psychische toestanden van elkaar worden onderscheiden. In de kern gaat het hier over het feit dat ordening of categorisering altijd óók een vorm van onderdrukking is. Ik zal deze stelling niet volledig uitwerken, dat kan niet, omdat de stelling zichzelf in de staart bijt. Iets onderdrukking noemen is immers ook een vorm van categorisering.

Maar toch iets meer uitleg: om te categoriseren heb je grenzen en definities nodig. Die definities zijn mensenwerk. De definities bepalen vervolgens je blik. Als je twee categorieën mensen definieert, bijvoorbeeld mensen met blond haar en mensen met donker haar, dan zul je op die manier naar haren (en naar mensen) kijken. Als je twee, drie of vier gendercategorieën vaststelt, evenzo. Hetzelfde geldt voor ziekte-classificaties. Je kunt zeggen dat in de psychiatrie en psychologie 'onderdrukking' op minimaal twee manieren plaatsvindt. Allereerst wordt middels de ziekte-ordening bepaald waarop we de blik richten en waarop niet (dat laatste is dan op te vatten als onderdrukking: het dwingen van de blik; het wegdrukken van andere perspectieven). Waar let een psychiater en een proto-psychiater op wanneer hij met iemand praat?

Een tweede vorm van ‘onderdrukking’ is directer en doelbewust. Het feit dat het in de psychiatrie gaat om het handelen, denken en voelen van mensen en dat in dit domein ziektes of afwijkingen worden gedefinieerd, maakt dat er ook allerlei gevoelens, gedachten en gedragingen middels ‘behandeling’ (of middels de optie dan wel dreiging van behandeling) uit een samenleving worden gedrukt.

Dit kan nastrevenswaardig zijn en lijden verlichten of zelfs doen verdwijnen. Ik ben ook zeker geen tegenstander van een pragmatisch gebruik van categorisering. Maar als we vergeten dat die ziekte-definities mensenwerk zijn, gaan we gemakkelijk voorbij aan vragen, die in die definiëring besloten liggen en die je altijd kunt en mijns inziens moet blijven stellen. De eerste en laatste vraag is: welk psychisch lijden willen we behandelen en waarom? Deze vraag hangt, breder, samen met: hoe gaan we om met verschillen tussen mensen? Maar ook met de vragen: hoe ontstaan die verschillen, begrijpen we ze, hebben de verschillen mogelijk maatschappelijke grondoorzaken, die (óók) om een ander soort oplossing vragen dan een individuele behandeling, als we de verschillen al willen oplossen? Hoe maken we contact met elkaar over verschillen? Oftewel: hoe willen we met elkaar samenleven? Dit zijn sociale en maatschappelijke vragen.

Wat psychiatertaal bijna altijd doet is dat het problemen die mensen ervaren herformuleert op een manier die ‘individualiseert’ en ‘decontextualiseert’. Vanaf het moment dat een mens gaat praten met een mens dat werkt als psychiater zullen oorzaken en oplossingen gezocht en gevonden worden in het individu. Met andere woorden: het doel van de behandeling zal zijn dat een individu zich beter staande kan houden, zonder dat daar een andere wereld voor nodig is.

Voordat ik me specialiseerde tot psychiater studeerde ik sociologie. Een studie die zich, in de breedste zin, bezighoudt met de problemen die mensen maken en hoe ze deze proberen op te lossen. ‘De mens is de mens een zorg’ (andermaal Abram de Swaan³). Ik las veel medisch-sociologische teksten. Onderzoeken over de rol van medisch denken in hoe we onze samenleving inrichten, in hoe we met elkaar omgaan. Waar een psychiater beroepshalve zich zal afvragen waarom een patiënt op een bepaalde manier handelt, denkt of voelt, zal een socioloog zich beroepshalve mogelijk dezelfde vraag stellen, maar daarnaast zich ook bezighouden met de vraag waarom we nou dit specifieke gedrag, dit voelen, dit denken überhaupt als een probleem ervaren. En vervolgens waarom ze het domein van de psychiatrie en psychologie zijn geworden, wat het zegt over de samenleving waarin we leven dat we sombere mensen, drukke mensen, erg vermoeide mensen en erg vermoeiende mensen, een individueel behandeltraject aanbieden. Wat zegt het dat er (dit type) aandacht voor is? Wat zegt het dat mensen moe zijn?

Toen ik me specialiseerde tot psychiater verbaasde het me dat er nauwelijks op deze manier werd gereflecteerd tijdens de opleiding. De centrale rol van het medisch model drukt zowel in het wetenschappelijk onderzoek als in de praktijkvoering nagenoeg al het denken over het medisch model naar de periferie. Het medisch model – denken en categoriseren langs de lijnen van ziek en gezond met een behandelpraktijk die mensen richting ‘gezond’ tracht te bewegen – richt zich op factoren van en rond een individu.

In de psychiatrie wordt dit medisch model veelal ingevuld door een biopsychosociaal idee van ziekte, waarbij naast de biologische factoren aandacht is voor de sociale en psychologische factoren die bijdragen aan iemands ziekte en herstel. Wat echter ontbreekt is een reflectie op hoe de maatschappelijke en sociale context medebepalend is voor wat we een psychiatrische aandoening (of ziekte) noemen en ook andersom. Hoe bepalen de psychiatrie en psychologie mede wat we in sociaal en maatschappelijk opzicht van elkaar verwachten?

Dit gebrek aan reflectie in de opleiding, in de leerboeken en in de behandelpraktijk is mijns inziens verbijsterend en schadelijk. De psychiatrie en psychologie kennen een geschiedenis en een toekomst waarin grenzen tussen wat ziek en gezond wordt geacht steeds verschuiven. Die verschuivingen zijn niet los te zien van veranderende maatschappelijke normen en waarden. Het zijn veranderende normen en waarden (en daarmee is het politiek). Zo zijn bijvoorbeeld classificaties in de kind- en jeugdpsychiatrie niet los te zien van wat er wanneer van kinderen wordt verwacht (en andersom zijn de verwachtingen

ook niet los te zien van de classificaties). Dit is nu anders dan veertig jaar geleden. Een ander voorbeeld: het feit dat homoseksualiteit in 1973 uit de psychiatrieboeken is verwijderd (en het feit dat het er tot die tijd in stond) heeft niets van doen met meer kennis, maar enkel en alleen met emancipatie en veranderde opvattingen.

In 2023 maakte de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) excuses voor de decennialange pathologisering van homoseksualiteit. Het werd een 'zwarte bladzijde' genoemd. Die excuses waren welkom, maar tegelijkertijd hol omdat ze niet vergezeld gingen met een fundamentele bevraging van elk type categorisering dat de psychiatrie hanteert. Met andere woorden: welke 'zwarte bladzijden' schrijven we nu? En wie bepaalt wat een zwarte bladzijde is?

Veel van wat er in mijn ogen mis kan gaan in de omgang met psychisch lijden vindt haar beslag in de 'vaststellende' taal die we gebruiken in onze omgang met psychisch lijden. Het idee onder dat vaststellen is dat wij, en dan specifiek professionals in de geestelijke gezondheidszorg, in staat zijn om te achterhalen 'wat er aan de hand is' met iemand. En vaak is deze vaststelling dichotoom. Je hebt een depressieve stoornis of niet. Je bent ADHD-er of niet. Je hebt een borderline persoonlijkheidsstoornis. Je bent nu eenmaal autistisch. Je hebt genderdysforie. Het is de taal van gesuggereerde eenduidigheid; het is weettaal⁴. Het is de taal ook van de ontkenning dat deze taal niet zozeer de werkelijkheid beschrijft, maar er vooral in ingrijpt. Psychiatrie heeft haar plek gekregen in instituties. Zowel in het juridische, sociale, als financiële domein kan de vaststelling van een psychische stoornis van doorslaggevend belang zijn voor het betreffende individu. De stoorniswoorden hebben in de zorg bovendien richtlijnen en protocollen voortgebracht waaraan behandelaars zich dienen te houden. En het is deze zelfde taal die gebruikt moet worden wil de verzekeraar zorg vergoeden. Dit maakt haar mede zo dwingend of verleidelijk voor alle betrokkenen; ze is vaak de enige toegang tot bekommernis.

In *Taal grijpt altijd* in besteed ik aandacht aan de vraag: hoe verhouden psychisch lijden en de taal waarin deze gearticuleerd en begrepen wordt zich tot elkaar? Aan de hand van casuïstiek en eigen ervaringen met praten en luisteren in de psychiatrie opleiding, in de spreekkamer, in de wetenschap en in werkoverleggen sta ik stil bij de huidige dominante woorden en formuleringen en bevrage ik deze. Het uitgangspunt is steeds dat onze taal een bepaald denken reflecteert, maar ook in gang zet en onderhoudt en dat er zo gaandeweg een dominante omgang met psychisch lijden ontstaat, waar nauwelijks meer 'buiten' te denken en te praten valt, maar waaraan ook allerlei risico's kleven.

Ik dacht aanvankelijk voor iedereen te schrijven. Maar gaandeweg het schrijfproces vroeg ik me af of dat zo is. Ik denk dat de materie voor iedereen relevant is, maar ik schrijf specifiek voor iedereen die beroepshalve of als hulpvrager zich bezighoudt met psychisch lijden. Tegelijkertijd moeten alle mensen, ook mensen zonder psychiatrisch 'label' zich ergens, al is het via via, verhouden tot mensen met een psychiatrisch label. Je oom, je moeder, je kind, het vriendje van je zoon, je collega, je buurman. Mijn doel is de taal rond psychisch lijden te ontstollen, zodat we, wij allemaal, beweeglijker worden in de woorden waarmee we luisteren en waarmee we spreken over mentaal leed.

Tot slot: ook ik ben bepaald en beperkt door de taal, de instituten en de concepten die ik ken. Elk aangereikt alternatief zal gemakkelijk een afgeleide zijn van het probleem dat ik denk te zien, van het probleem dat ik ben. Toch hoop ik een bijdrage te leveren aan iets beters. Een betere plek, een betere tijd, meer plek, meer tijd. Aan meer ruimte, aan meer flexibiliteit. Aan, om met socioloog Walter Weijns Adorno te parafraseren, een vorm van bevrijding uit 'de mentale gevangenissen die onze concepten zijn geworden'.⁵ Ik wil met de woorden, de vragen, de voorlopige antwoorden en het gebrek daaraan bijdragen aan meer ruimte voor meer verschillen en meer overeenkomsten tussen mensen. Voor meer. En taal is een dankbaar en concreet aangrijpingspunt voor verandering. Ik kan vandaag beginnen stil te staan bij wat ik eigenlijk zeg. Ik kan vandaag beginnen met anders praten.

1. Müller, H. Every word knows something of a vicious circle. Nobelprijs-lezing, 2009, aangehaald door Marjan Slob, in een interview door Spreksel, D. 'De Dichter en Denker des Vaderlands: "Taal dwingt je in een bepaalde richting"'. In *Filosofie Magazine*, 2024, 23 mei.
2. De Swaan, A. *Zorg en de staat*. Uitgeverij Bert Bakker, 1989, p. 252.
3. De Swaan, A. *De mens is de mens een zorg*. Meulenhoff, 1982.
4. Ridder de B. et al. 'Een depressie is geen verkeerde mossel'. In *Taalkracht*, red. Brinkgreve et al. ISVW, 2021.
5. Weijns, W. 'Saboterende in plaats van redeneren'. In *De Reactor*, 2020, 15 april, te raadplegen via <https://www.dereactor.org/teksten/theorie-van-de-kraal-saboterende-in-plaats-van-redeneren>