

VERBORGEN VERHALEN

PSYCHIATRIE

&

GEESTELIJKE BEGELEIDING:
EEN NARRATIEF PERSPECTIEF

Lisa van Duijvenbooden

PSYCHIATRIE
&
GEESTELIJKE BEGELEIDING
EEN NARRATIEF PERSPECTIEF

Lisa van Duijvenbooden
Masterscriptie Universiteit voor Humanistiek
Afstudeervariant Geestelijke Begeleiding
Eerste lezer: Dr. Christa Anbeek
Tweede lezer: Dr. Martien Schreurs

's-Hertogenbosch
januari 2014

Want alles is fragment

Al door het zeggen van het woord
deelt men, scheidt men en schendt
het al omvattende, dat men niet kent,
dat ik aanwezig weet, of alleen maar vermoed,
dat ik niet uitspreken kan en toch uitspreken moet,
dat mij beheerst, dat mij gehoorzaamheid gebiedt,
en als ik zoek en luister, dan vind ik het niet.

Eén troost blijft:

Er is in ieder woord een woord,
dat tot het onuitsprekelijke behoort;
er is in ieder deel een deel
van het ondeelbare geheel,
gelijk in elke kus, hoe kort,
het hele leven meegegeven wordt.

Abel Herzberg, 1978.

INHOUDSOPGAVE

INLEIDING TOT HET ONDERZOEK

Inleiding	1
1. Motivatie	2
2. Doelstelling en onderzoeksvragen	3
3. Methoden van onderzoek	4
4. Opbouw	5

HOOFDSTUK I EEN ANALYSE VAN DE HUIDIGE PSYCHIATRIE

Inleiding	6
1. De psychiatrie als biomedische wetenschap	6
2. Een kritisch ervaringsperspectief	10
3. Een kritisch theoretisch perspectief	15
4. Resumé	20

HOOFDSTUK II NARRATIEVE BENADERING

Inleiding	22
1. Bronnen van de narratieve benadering en de narratieve wende	23
2. De betekenis van verhalen: ‘wat zijn verhalen?’	28
3. De betekenis van verhalen: ‘wat doen verhalen?’	33
4. Resumé	39

HOOFDSTUK III GEESTELIJKE BEGELEIDING ALS NARRATIEVE PRAKTIJK

Inleiding	42
1. Geestelijke begeleiding in de psychiatrie: status quo & uitdagingen	43
2. Geestelijke begeleiding als narratieve praktijk: microniveau	48
3. Geestelijke begeleiding als narratieve praktijk: mesoniveau	58
4. Geestelijke begeleiding als narratieve praktijk: macroniveau	63
5. Resumé	64

BESLUIT EN AANBEVELINGEN	65
--------------------------	----

NAWOORD	69
---------	----

LITERATUUR	70
------------	----

BIJLAGE 1. BRIEF VAN SARAH	80
----------------------------	----

INLEIDING TOT HET ONDERZOEK

Inleiding

In dit onderzoek staat de mens en zijn verhaal in de psychiatrie centraal. De mens te beschouwen als een verhalend wezen is het centrale uitgangspunt van de *narratieve benadering*. Vanaf halverwege de jaren zeventig van de vorige eeuw heeft deze wetenschappelijke benadering een opvallende opmars gemaakt in de wetenschapsfilosofie en de mens- en cultuurwetenschappen. Er wordt wel gesproken van een ‘narratieve wending’ en een paradigmawisseling (Ankersmit, Doeser, & Varga, 1990). Opmerkelijk is echter dat de psychiatrie als wetenschap en praktijk in de afgelopen decennia eerder een omgekeerde weg heeft afgelegd. Niet de mens als verhalend en betekenisgevend wezen, maar de mens als brein dat genetisch en biologisch wordt bepaald, staat in toenemende mate centraal in de psychiatrie. Sinds de ontdekking van de psychofarmaca in de jaren vijftig van de vorige eeuw wordt in de psychiatrie een nieuwe koers ingezet die kan worden omschreven als ‘biomedisch’ met als wetenschapstheoretisch kader de empirisch-analytische wetenschapsleer (Nieweg, 2005; Mooij, 2006; Glas, 2008). Sindsdien manifesteert de psychiatrie zich voornamelijk als een biomedisch specialisme met als centrale noties en waarden: maximale objectivering, reductie, rubricering, repliceerbaarheid, transparantie, instrumentaliteit, beheersbaarheid en effectiviteit van interventies, waarbij wordt gestreefd naar een verklaring van psychopathologische verschijnselen in bij voorkeur biologische termen (Hutschemaekers & Neijmeijer, 1998; Mooij, 2006; Verhoeff, 2009). Verschillende auteurs stellen dat, hoewel deze ontwikkeling onmiskenbaar belangrijke verworvenheden kent, er ook iets mee verloren dreigt te gaan. Antoine Mooij, psychiater, filosoof en hoogleraar psychiatrie van de rechtspraak, stelt dat er in de huidige psychiatrie een leemte bestaat die we tegelijkertijd kunnen beschouwen als een ruimte voor alternatieve, aanvullende benaderingen (Mooij, 2006, 11-12). In dit onderzoek wordt de narratieve benadering, als zo’n aanvullende benadering in de psychiatrie onderzocht. Daarin wordt de rol van de geestelijk begeleider¹ en de bruikbaarheid van de narratieve benadering bij geestelijke begeleiding als praktijk beschreven. Geestelijke begeleiding kan immers worden beschouwd als een professionele praktijk waarin de mens en zijn (levens)verhaal traditioneel gezien een belangrijke plaats inneemt. De relatie tussen de huidige, biomedisch georiënteerde psychiatrie, de narratieve benadering en de praktijk van de geestelijke begeleiding, staat in dit onderzoek centraal.

¹ In het vervolg zal ik de termen geestelijke begeleiding en geestelijk begeleider gebruiken in plaats van geestelijke verzorging of raadswerk, behalve daar waar de aangehaalde of geciteerde bron anders vermeldt.

1. Motivatie

“Ik heb graag contact met mensen. Het is me, of ik door mijn intense aandacht het beste en diepste uit ze tevoorschijn haal, ze openen zich voor mij, ieder mens is voor mij een verhaal, mij door het leven zelf verteld. En mijn verrukte ogen lezen maar.”

Etty Hillesum, 1986.

De keuze van het onderwerp van deze scriptie is in de eerste plaats ontstaan vanuit een persoonlijke fascinatie. Een fascinatie voor de mens als ‘homo fabulans’, verteller van verhalen. Deze fascinatie is voor mij een belangrijke reden geweest om te kiezen voor de afstudeerrichting humanistisch geestelijke begeleiding. Inmiddels ben ik als humanistisch geestelijk begeleider werkzaam bij GGZ-Eindhoven. De afdelingen waar ik werk lopen uiteen van kortdurende opname afdelingen waar mensen maximaal een jaar verblijven tot de verblijfsafdelingen en zelfstandige wooneenheden waar patiënten langdurig verblijven. Het zijn met name de persoonlijke verhalen van patiënten die ik daar dagelijks te horen krijg die mij hebben geïnspireerd tot het onderwerp van dit onderzoek. Het is mijns inziens de moeite waard om de verhalen van deze mensen, die soms al jarenlang in de psychiatrie verblijven en worden bestempeld als ziek, verward of gestoord, serieus te nemen. In dit onderzoek zal ik dit standpunt nader uiteenzetten en onderbouwen vanuit de literatuur en illustreren met voorbeelden uit de praktijk.

Dat verhalen van patiënten een belangrijke bron van kennis vormen heb ik ook ervaren bij een eerder onderzoek. Het afgelopen jaar werkte ik als junior onderzoeker voor het Levensverhalenlab² onder begeleiding van Anneke Sools, universitair docent narratieve psychologie. In dat jaar heb ik tientallen verhalen van patiënten over hun ervaringen met ziekenhuiszorg gelezen en geanalyseerd om op die manier, vanuit een narratieve benadering, te leren over kwaliteit van zorg³. Door deze onderzoekservaring heb ik zicht gekregen op de rijkdom aan kennis die ligt vervat in verhalen van patiënten en geleerd hoe dergelijke verhalen op professionele wijze tot hun recht kunnen komen. Mijn persoonlijke interesse in de mens en zijn verhaal, de ervaring die ik heb opgedaan met narratief onderzoek en mijn huidige baan als humanistische geestelijk begeleider in de psychiatrie vormen tezamen de motivatie voor de keuze van het onderwerp dat in deze scriptie centraal staat.

² Het levensverhalenlab is een kenniscentrum op het terrein van narratieve psychologie en geestelijke gezondheid. Hier wordt onderzoek gedaan en ontwerpt men toepassingen vanuit de narratieve psychologie. Op die manier willen de onderzoekers bijdragen aan een persoonsgerichte benadering in de (geestelijke) gezondheidszorg. www.levensverhalenlab.nl.

³ Het onderzoeksproject waar ik als junior onderzoeker aan was verbonden is ‘Patiëntenwetenbeter’, dit is een samenwerkingsproject van het Levensverhalenlab en het Rathenau Instituut. www.patiëntenwetenbeter.nl

2. Doelstelling en onderzoeksvragen

Dit onderzoek is een verkennend onderzoek naar de mogelijkheden en beperkingen van een narratieve benadering in de psychiatrie als aanvullende benadering en de rol van de humanistisch geestelijk begeleider daarbij. Het doel van dit onderzoek is daarmee drievoudig. Het eerste is doel is beschrijvend van aard. Het gaat erom de narratieve benadering voor het voetlicht te brengen en deze op verhelderende wijze in kaart te brengen. Het tweede doel gaat een stapje verder. Daarbij wordt inzichtelijk gemaakt wat ruimte en aandacht voor de verhalen van patiënten en van professionals kan betekenen voor- en bijdragen aan de zorg voor psychiatrische patiënten en op welke wijze dat kan worden ingezet. Dit zal ik doen door te verkennen hoe de geestelijk begeleider daarbij een rol kan spelen, als professional op het gebied van narrativiteit. Op die manier wil ik met dit onderzoek bijdragen aan de huidige discussie over de betekenis en positie van de geestelijk begeleider binnen de psychiatrie, wat het derde doel van dit onderzoek is.

Dit leidt tot de volgende centrale onderzoeksvraag en deelvragen:

Hoofdvraag:

Op welke wijze kan de narratieve benadering van aanvullende betekenis zijn binnen de huidige psychiatrie en hoe kan de geestelijk begeleider daarbij een rol spelen?

Deze hoofdvraag kan worden onderverdeeld in de volgende deelvragen:

1. Wat zijn de kenmerken van de huidige, biomedische psychiatrie en hoe wordt hier vanuit theoretisch- en ervaringsperspectief tegenaan gekeken?
2. Wat zijn de belangrijkste kenmerken en uitgangspunten van de narratieve benadering?
3. Op welke wijze kan geestelijke begeleiding concreet gestalte en betekenis krijgen als narratieve praktijk in de psychiatrie?
4. Welke conclusies en aanbevelingen kunnen op basis van dit onderzoek worden gedaan ten aanzien van de mogelijkheden en beperkingen van een narratieve benadering in de psychiatrie?

3. Methoden van onderzoek

Deze onderzoeksvragen zal ik trachten te beantwoorden door middel van literatuurstudie naar:

1. De huidige psychiatrie als wetenschap en praktijk en de centrale vragen en discussies die daarin actueel zijn. Hiervoor zijn diverse wetenschappelijke artikelen en boeken van zowel psychiaters werkzaam (geweest) binnen de psychiatrie als van wetenschappers buiten de psychiatrie gebruikt. Teneinde zicht te krijgen op de ervaringen van mensen met de psychiatrie is daarnaast een aantal ervaringsdocumenten geraadpleegd van mensen die hebben geschreven (of verteld) over hun eigen ervaringen met behandeling en opname in de psychiatrie (o.a. Kusters, 2005; Tellegen, Mous en Muntjewerf, 2011; Boevink, 2013).
2. De belangrijkste bronnen, stromingen en kenmerken van de narratieve benadering. Daarbij ben ik hoofdzakelijk te werk gegaan volgens de *sneeuwbalmethode* waarbij één sleuteldocument naar andere relevante documenten leidt, welke op hun beurt weer naar andere relevante documenten verwijzen (Maso en Smaling, 2004). In 2005 verscheen de vuistdikke 'Routledge Encyclopedia of Narratieve Theorie' (Herman, Jahn & Ryan, 2005) ontworpen om wegwijs te raken in het veelzijdige veld van de narratieve benadering. Bij het schrijven van dit hoofdstuk vormde deze encyclopedie een belangrijke bron en wegwijzer voor verdere relevante literatuur.
3. De betekenis en positie van geestelijke begeleiding in het algemeen en specifiek binnen de de psychiatrie als werkveld; de relatie tussen geestelijke begeleiding en de narratieve benadering en de toepassing van de narratieve benadering in een therapeutische praktijk als inspiratie voor een aanzet tot de beschrijving van geestelijke begeleiding als narratieve praktijk. Ook hierbij is gebruikt gemaakt van de sneeuwbalmethode waarbij een aantal bronnen als sleuteldocument fungeerden, zoals het 'Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging' onder redactie van Doolaard (2006), de beroepsstandaard voor geestelijk verzorgers in zorginstellingen, opgesteld door de beroepsvereniging voor geestelijk verzorgers in zorginstellingen (VGVZ, 2002), literatuur over de theorie en praktijk van narratieve therapie van een aantal gerenommeerde auteurs zoals White en Epston (1990), Anderson en Goolishian (1992) en Gergen (1986, 1991, 1993, 1994) en de vertaalslag van de narratieve benadering naar humanistisch geestelijke begeleiding (Sools en Schuhmann, 2001).

Ter illustratie en verrijking van het literatuuronderzoek maak ik in hoofdstuk III gebruik van een ervaringsverhaal afkomstig uit mijn eigen werkomgeving.

4. Opbouw

Dit leidt tot de volgende opbouw van deze scriptie. Het eerst volgende hoofdstuk (I) schetst de aard van de huidige psychiatrie als biomedische wetenschap en de tekortkomingen die hierin worden ervaren door diverse partijen zoals (voormalige) GGZ-patiënten, verschillende psychiaters en geestelijk begeleiders. Deze analyse vormt het vertrekpunt van het onderzoek. In hoofdstuk II wordt vervolgens de narratieve benadering uitgewerkt. Dit hoofdstuk levert het materiaal op basis waarvan in hoofdstuk III een aanzet tot een narratief model voor geestelijke begeleiding in de psychiatrie wordt beschreven. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen drie niveaus: het micro-, meso-, en macroniveau. Tot besluit worden de belangrijkste conclusies en aanbevelingen beschreven.

HOOFDSTUK I

EEN ANALYSE VAN DE

HUIDIGE PSYCHIATRIE

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een analyse gegeven van de huidige psychiatrie. Hierbij komen verschillende perspectieven aan bod; het perspectief van mensen die als patiënt ervaring hebben met behandeling en opname in de psychiatrie, van psychiaters en andere academici. De eerste paragraaf geeft in grote lijnen een beschrijving van het biomedische discours dat domineert in de huidige psychiatrie, belicht vanuit historisch perspectief. In paragraaf 2 komt vervolgens een aantal mensen aan het woord die als patiënt ervaring hebben met de psychiatrische praktijk. Hierin wordt duidelijk dat er door hen (ook) een gemis wordt ervaren in de huidige psychiatrie, dat er op neerkomt dat er te weinig ruimte is voor de persoonlijke en geestelijke of levensbeschouwelijke dimensie. In Paragraaf 3 wordt deze kritische blik vanuit het ervaringsperspectief vervolgens onderbouwd, aangevuld en toegelicht vanuit theoretisch perspectief. Verschillende psychiaters en academici laten zien dat de eenzijdigheid van het biomedische model, dat past binnen een natuurwetenschappelijke benadering, onvermijdelijk ook haar schaduwzijden kent. Als antwoord op deze schaduwzijden van het biomedische model pleiten zij voor alternatieve of aanvullende benaderingen die meer recht doen aan de complexiteit die inherent is aan de psychiatrie. In de laatste paragraaf wordt tot slot ingegaan op de vraag wat de verhouding dan zou moeten zijn tussen het huidige biomedische model en aanvullende, hermeneutische of geesteswetenschappelijke benaderingen.

1. De psychiatrie als biomedische wetenschap

Twee benaderingswijzen

Doorgaans worden er twee wetenschappelijke benaderingswijzen onderscheiden die in de loop der geschiedenis bepalend zijn (geweest) in de psychiatrie: enerzijds de natuurwetenschappelijke benadering en anderzijds de geesteswetenschappelijke of hermeneutische benadering⁴. De natuurwetenschappelijke benadering is gebaseerd op objectivering, generalisering en uitsluiting van het individueel menselijke. Binnen deze benadering wordt de mens vooral beschouwd als een

⁴ Door sommige auteurs wordt nog een derde benadering onderscheiden, namelijk de maatschappijkritische. Zie bijvoorbeeld Kunneman, 2006.

biologisch gefundeerd wezen. De natuurwetenschappelijke benadering wordt doorgaans⁵ samengevat met het begrip ‘erklären’: het causaal verklaren van menselijke uitingen en verschijnselen uit wetten en regelmatigheden. Bij de geesteswetenschappelijke benadering staat de mens als uniek, subjectief en betekenis- en zingevend wezen centraal. Dit wordt wel samengevat als het ‘verstehen’; het begrijpen, verstaan of interpreteren van het subjectieve, individuele, bijzondere, historische (Nieweg, 2005; Delleman, 2008). Deze twee benaderingswijzen hebben zich in de afgelopen twee eeuwen afwisselend gemanifesteerd in de psychiatrie. Hodiomont (2003) geeft een globale schets van deze verschuivingen die volgens hem een cyclus lijken te weerspiegelen: in de eerste helft van de negentiende eeuw ligt het accent voornamelijk op het sociale aspect (sociale factoren worden als cruciaal voor de psyche gezien en ook aangewezen als oorzaak van afwijkend gedrag), in de tweede helft van de negentiende eeuw op het biologische aspect, in de eerste helft van de twintigste eeuw op het psychologische aspect (Freud c.s.) en in de tweede helft van de twintigste eeuw weer op het sociale aspect. Het idee van een cyclus wordt volgens hem versterkt door het hernieuwde accent op het biologische aspect vanaf het laatste decennium van de vorige eeuw. Sindsdien heeft er nog geen nieuwe fundamentele verschuiving plaatsgevonden; de huidige psychiatrie is sterk biomedisch georiënteerd en past daarmee in de natuurwetenschappelijke benadering.

‘Evidence Based Medicine’ en DSM

De afgelopen decennia ligt de nadruk bij behandeling van psychiatrische problematiek niet alleen op het biologische aspect maar wordt er ook in toenemende mate belang gehecht aan de empiristische wetenschappelijke benadering. Deze wetenschappelijke benadering wordt doorgaans aangeduid met de Engelstalige term ‘evidence based medicine’ (EBM) wat vertaald kan worden als ‘geneeskunde op basis van bewezen effect’. Het belangrijkste uitgangspunt van EBM is dat de besluitvorming van specialisten bij de behandeling van patiënten gebaseerd moet zijn op het beste beschikbare bewijs uit systematisch onderzoek, gegeven de stand van de (medische) wetenschap van dat moment. Belangrijke criteria bij de beoordeling zijn de mate van effectiviteit en rendabiliteit. Door middel van vergelijkend klinisch onderzoek met groepen volgens ‘Randomized Controlled Trials’ (RCT) en dubbelblinde tests wordt onderzocht welke behandelmethoden ‘het beste werken’. De voorkeur voor dergelijk klinisch onderzoek heeft te

⁵ Er is ook kritiek op de automatische koppeling van de term ‘erklären’ aan een natuurwetenschappelijk perspectief en de term ‘verstehen’ aan een geesteswetenschappelijk perspectief omdat dit een versimpeld en onjuist beeld zou schetsen. Dergelijke kritiek wordt bijvoorbeeld verwoord door Delleman die schrijft: ‘Het inventariseren en wegen van relevante causale factoren binnen alle drie de domeinen, het biologische, psychologische en sociale, vindt immers plaats in een context van het verklaren van problematisch gedrag, terwijl dit gedrag, of het nu beschreven of gewogen wordt in biologische, psychologische of sociale termen, steeds een zin heeft die begrepen dient te worden.’

maken met het feit dat onderzoeksgegevens op die manier vergelijkbaar en toepasbaar worden (o.a. Hutschemaekers & Neijmeijer, 1998; Mooij, 2006; Offringa, Scholten, Assendelft, 2008; Verhoeff, 2009). In de afgelopen decennia is er, mede onder invloed van de farmaceutische industrie, in de academische psychiatrie opvallend veel geïnvesteerd in hersen- en genenonderzoek met als doel verklaringen te vinden voor psychiatrische stoornissen, dergelijk onderzoek past ook goed binnen het EBM-model. Doordat er veel tijd en geld wordt geïnvesteerd in deze vormen van onderzoek worden psychiatrische stoornissen en verschijnselen in toenemende mate verklaard in neurochemische en genetische termen (Offringa, Scholten, Assendelft, 2008). De sterk groeiende impact van het EBM-model in de psychiatrie hangt ook in belangrijke mate samen met de introductie van algemeen aanvaarde classificatiestelsels waarvan de belangrijkste bekend is geworden onder de naam 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders', kortweg DSM. Dergelijke gestandaardiseerde classificatiemodellen boden voor het eerst een gemeenschappelijk kader waarbinnen onderzoek, diagnostiek en interventies op gestandaardiseerde en meer betrouwbare wijze plaats konden vinden. Opvallend is de mate waarin het belang dat wordt gehecht aan het DSM-handboek in de afgelopen jaren is toegenomen. Volgens John Sadler (in: Delleman, 2008, 17-18), hoogleraar psychiatrie in de Verenigde Staten, vormt het DSM-handboek een van de weinige vaste punten in de psychiatrie, waaraan bijna alle professionals refereren. Het is het enige document dat wijdverspreid klinisch wordt gebruikt en dat officiële erkenning geniet binnen de psychiatrie als geheel. Het grote belang dat aan dit standaardwerk wordt gehecht blijkt ook uit het feit dat het financieringssysteem in de psychiatrie grotendeels is gebaseerd op de DSM-classificatie. Dat betekent dat doorgaans alleen de behandelingen die bij een bepaalde diagnose staan vermeld in de DSM door verzekeraars worden vergoed. Sadler vat het belang van de DSM in de huidige psychiatrie als volgt samen: 'het vormt de standaardtaal voor diagnosticeren, voor uitkeringen, voor forensisch gebruik, voor collegiaal overleg, voor onderzoek, voor onderwijs, voor selectie en behandeling, voor *informed consent* en misschien nog wel het meest belangrijk: voor publieke consensus over wat een geestelijke stoornis is' (idem, 18). Naast het sterk toenemende belang dat wordt gehecht aan de DSM zien we de laatste jaren ook een sterk groeiende kritiek, vooral op de wijze waarop dit handboek door professionals wordt gehanteerd. In de volgende paragrafen wordt deze kritiek uitgelicht.

Klachten als symptomen, behandeling met medicijnen

Het grote belang dat wordt gehecht aan EBM en aan de DSM-classificaties in de huidige psychiatrie is exemplarisch voor het biomedische discours waarin het streven naar objectivering,

reductie, transparantie, instrumentalisering en beheersbaarheid centraal staat. Psychiatrische verschijnselen en klachten of andere uitingen van patiënten worden binnen dit discours zoveel mogelijk opgevat als ‘symptomen’ van een onderliggend (hersens)ziekteproces. Deze benaderingswijze wordt ook wel ‘symptomatologisch’ genoemd. Essentieel daarbij is dat persoonlijke klachten en verschijnselen van patiënten worden beschreven of herschreven, in ‘algemene veruiterlijkte symptomen’, zodat deze in principe reproduceerbaar zijn voor andere onderzoekers en de aanname van eventuele verbanden toetsbaar is (Mooij in: Van der Wal en Jacobs, 1992, 71-72). Op basis van de vastgestelde symptomen wordt gepoogd vast te stellen van welk ziekteproces sprake is zodat kan worden bepaald wat de beste interventie van farmacologische of gedragskundige aard is (idem). Geconstateerd kan worden dat psychiatrische klachten en verschijnselen in toenemende mate worden beschreven en verklaard in neurochemische en genetische termen (de diagnose). Bij de keuze voor de juiste behandeling van de klachten en verschijnselen is er een opvallende voorkeur voor interventies door middel van psychofarmaca (Mooij, 2004, 2006; Verhoeff, 2009). Sinds de jaren vijftig van de vorige eeuw is het gebruik van psychofarmaca enorm gegroeid, vooral bij kinderen. Deze ontwikkeling wordt wel omschreven als de medicalisering van de geestelijke gezondheidszorg. Volgens psychiater Walter Vandereycken (2006) is deze medicalisering het logische gevolg van het medisch (neuro) biologisch model dat domineert in de psychiatrie. In navolging van psychiater Van den Burg onderscheidt hij drie pijlers waar dit discours op steunt: (1) psychische stoornissen zijn aparte ziekte-eenheden; (2) die gekenmerkt worden door specifieke hersendisfuncties; (3) die op hun beurt verholpen kunnen worden door corrigerende psychofarmaca (in: Vandereycken, 2006, 119). Het biomedische discours wordt gekenmerkt door wat wel het ‘bio-optimisme’ wordt genoemd: opvallend hoge verwachtingen ten aanzien van behandeling met psychofarmaca. In Nederland geeft onder andere de Utrechtse hoogleraar psychiatrie René Kahn blijk van dit bio-optimisme met zijn uitspraak dat ‘als we maar doorgaan met het biologisch onderzoek, we over honderd jaar de oorzaak kennen van de zwaarste psychische stoornissen. [...] Met medicijnen kan zeventig procent, en met elektroshocks erbij negentig procent van de depressies zodanig behandeld worden, dat de klachten na zes weken minstens tot de helft zijn teruggebracht’ (Kahn in: Brandt, 1998). Dit bio-optimistische beeld is volgens Vandereycken versterkt en verbreid door de media in de jaren negentig, ook wel ‘the decade of the brain’ genoemd (2006, 119). Behandelvormen die minder goed te onderzoeken zijn zoals psychotherapie krijgen steeds minder bestaansrecht binnen het biomedische model. De groeiende invloed van de farmaceutische industrie wordt hier ook mee in verband gebracht. Zo worden nascholing, lezingen en onderzoek niet zelden direct of indirect betaald door farmaceutische industrie (Verhoeff, 2012, 70).

2. Een kritisch ervaringsperspectief

“Mijn gekte is zeker ook een logisch gevolg geweest van omstandigheden. Waarom heeft nooit iemand naar die omstandigheden gevraagd? Waarom, vroeg niemand mij: wat is er toch gebeurd dat jij er gek van werd? In de psychiatrie is men niet gewend om dit soort voor de hand liggende vragen te stellen. Het vaststellen van de diagnose vraagt alle aandacht.”

Tellegen, Mous & Muntjewerf, 2011.

De psychiatrie als biomedisch specialisme en empiristische wetenschap heeft volgens velen ontegenzeggelijk tot veel resultaat geleid: steeds meer psychische stoornissen kunnen effectief worden bestreden en ze heeft een biologisch-wetenschappelijk fundament aan de psychiatrie verschaft (o.a. Mooij, 2006; Verhoeff, 2012). Toch is er ook in toenemende mate kritiek op de eenzijdigheid van dit dominante discours. In de volgende paragrafen zal ik deze kritiek bespreken. In deze paragraaf staan de ervaringen centraal van mensen die zelf als patiënt ervaring hebben opgedaan met de psychiatrie.

In 2011 verscheen het boek ‘Tegen de tijdsgeest’. In dit boek kijken de drie auteurs terug op de psychose die hen rond hun twintigste trof en doen zij verslag van hun opname en behandeling. Wat deze drie auteurs gemeen hebben is dat ze zowel voor als tijdens en na hun psychose veel hebben geschreven. Egbert Tellegen, destijds student sociologie inmiddels emeritus hoogleraar, schreef 21 schriften vol met zijn kritiek op het optimistische naoorlogse wereldbeeld dat hij tijdens zijn studie sociologie kreeg voorgeschoteld, aangevuld met persoonlijke teksten. Toen hij zijn geschriften negen jaar later onder ogen kreeg bracht hij de teksten bijeen in het boek ‘Waar was de dood nog meer...Autobiografie van een psychose’ dat in 1971 werd gepubliceerd. Ruim veertig jaar later schreef Daan Muntjewerf, destijds student bedrijfseconomie, zijn ‘door God begeleide’, ‘Heilig Manuscript’. Toen hij zijn manuscript wilde inleveren bij een toonaangevende uitgeverij werd hij door de politie opgepakt en naar een inrichting gebracht. En de derde auteur; Huub Mous raakte naar eigen zeggen in een geestelijke crisis door de snelle ineenstorting van zijn katholieke wereldbeeld en raakte psychotisch. In zijn psychotische fase heeft hij in een razend tempo veel geschreven. Toen hij jaren later bij de behandelende instanties van toen opzoek ging naar deze geschriften bleken deze te zijn vernietigd.

De auteurs verwoorden in dit boek eenduidig een kritische boodschap ten aanzien van de psychiatrie. Tijdens hun opname en behandeling misten zij aandacht voor het ‘geestelijke aspect’ van hun crisis en de context van hun verhaal, terwijl dit volgens hen cruciaal was voor het

ontstaan van hun crisis (2011, 7-14). Zij menen dat deze houding het gevolg is van de gangbare opvatting in de psychiatrie dat een psychose met alle middelen dient te worden bestreden, hoofdzakelijk met medicatie. Voor de inhoud en de context van de psychotische ervaring is in de behandeling doorgaans betrekkelijk weinig aandacht, aldus de auteurs (idem, achterflap). Met het schrijven van dit boek hopen zij te bereiken ‘dat er bij behandelende psychiaters en andere hulpverleners, direct betrokkenen en andere lotgenoten, meer belangstelling en begrip ontstaat voor de geestelijke crisis waarin hun patiënten kunnen verkeren’ (idem, 13). Zij vinden het ‘de hoogste tijd voor een eerherstel van de mens als geestelijk wezen’. De vraag is wat zij in dit verband precies bedoelen met ‘geestelijk’. De menselijke geest kan volgens hen niet louter worden gereduceerd tot breinprocessen. Waarmee zij nadrukkelijk niet willen zeggen dat de menselijke geest los staat van lichaam en psyché, of als iets ‘hogers’ moet worden beschouwd. Zij zien het geestelijke als een ‘vermogen’ van het menselijk brein. Het vermogen om religieuze voorstellingen te ontwerpen en aan te hangen, kunst te scheppen en wetenschap te ontwikkelen. Het belangrijkste kenmerk van de geest is volgens hen ‘het vermogen tot afstand nemen van wat alom als ‘de bestaande werkelijkheid’ wordt beschouwd’ (idem, 13) wat kan worden vertaald als het vermogen tot betekenisgeving. Elk mens kan tot een geestelijke crisis komen, die zelfs kan uitmonden in een psychose. Dit negeren betekent volgens hen het humane karakter van de psychiatrie negeren. Hoewel de auteurs het belang van lichamelijke factoren en van medicatie helemaal niet uitsluiten en onderkennen dat een psychotische crisis meestal een erg pijnlijk gebeuren is, kan zo’n crisis soms ook een waardevol omslagpunt voor het verdere leven zijn. Ze pleiten ervoor tijdens de behandeling ruimte te creëren waarin de betekenis van de psychotische crisis verkend kan worden (idem, 7-13).

Filosoof, onderzoeker én ervaringsdeskundige Wouter Kusters plaatst in zijn boek ‘Pure waanzin’ (2005) een vergelijkbare kritische noot bij de gangbare houding ten opzichte van psychotische of schizofrene mensen in de psychiatrie. Deze houding kenmerkt zich er volgens hem door dat men [in de psychiatrie] het tijdsverspilling vindt om met hen in gesprek te gaan; het psychotische gedrag dient zo veel en zo snel mogelijk te worden ‘gesmoord’ met als belangrijkste hulpmiddel medicijnen. Zijn boek omschrijft hij als een zoektocht naar de psychotische ervaring vanuit afwisselend een filosofisch perspectief en persoonlijke verslaglegging van zijn eigen psychose en aantekeningen uit zijn psychiatrisch dossier (2008, 9-14). Over de psychiatrie schijft hij: ‘In de psychiatrie wordt een psychose als een ziekte beschouwd en net als alle andere medische specialismen onderzoekt de psychiatrie de factoren van het ontstaan van deze ‘ziekte’. Ze brengt de verschillende gedragsmatige en biologische verschijnselen die ermee gepaard gaan in kaart en ontwikkelt behandelingsmethoden. [...] Ze [de psychiatrie] mag goed zijn in onderdrukking,

beheersing, genezing of zelfs preventie van psychosen, maar ze is minder goed in het begrijpen en beschrijven van wat en hoe het is om psychotisch te zijn' (idem, 15-16). Ook Kusters onderkent weliswaar de verworvenheden van de psychiatrie als medisch specialisme maar wijst vooral ook op de tekortkomingen: 'De psychiatrie kent de grote verworvenheid van medicijnen die het verdwijnen van psychosen als effect hebben. Daarnaast geeft hersenonderzoek meer inzicht in de neurologische kenmerken van psychosen. De psychiatrie biedt echter weinig inzicht in de subjectieve ervaring van de psychose, noch werpt ze licht op de maatschappelijke en filosofische implicaties van psychosen of wanen' (idem, 153-154). In de conclusie schijft Kusters dat hoewel zijn inzichten zich niet onmiddellijk laten omzetten in praktische conclusies of in nieuwe 'behandelmethoden', hij toch een poging wil doen om te verwoorden wat zijn inzichten impliceren. Hij schrijft hierover: 'Het psychotische gedrag van een patiënt wordt als symptoom van ziekte beschouwd en niet als zinvol op zichzelf. Echter, de psychoot straalt niet alleen symptomen uit, hij spreekt ook tot ons. Niet alleen de psychose toont zich door middel van de psychoot, maar ook de persoon van de psychoot spreekt door middel van de psychose. In de dagelijkse omgang tussen verplegend personeel en patiënten in de inrichting, pleit ik er daarom voor een psychoot op soortgelijke wijze te benaderen als iemand die een vreemde taal spreekt. Een vreemde taal leren begrijpen wordt belemmerd wanneer je er van tevoren al vanuit gaat dat je weet wat de ander gaat zeggen. Zo is het ook in contact met psychoten' (idem, 155).

Herstelbenadering

Er zijn ook ervaringsdeskundigen die hun kritische inzichten met betrekking tot de huidige psychiatrie wél proberen om te zetten in concrete praktijken. Een actueel voorbeeld daarvan wordt zichtbaar in de zogenoemde 'herstelbeweging'. Voorstanders van de herstelbeweging pleiten ervoor dat patiënten zelf een herstelproces aangaan met als belangrijkste doel het zichtbaar maken van de mens naast zijn diagnose, ont-stigmatisering en geloven in zichzelf. Het gaat daarbij in eerste instantie om een emancipatieproces van- en door de patiënt zelf. Hulpverleners kunnen dit proces wel ondersteunen, dit wordt dan 'herstelondersteunende zorg' genoemd (Boevink en Dröes, 2003; Boevink 2009; Goossensen, 2011). Een belangrijke vertegenwoordiger van de herstelbeweging in Nederland is Wilma Boevink. In een uitzending van het televisieprogramma 'Labyrint' (7 april 2013) over DSM-V, de nieuwste versie van het psychiatrische handboek dat in mei 2013 verscheen, vertelt zij over haar eigen ervaringen met de psychiatrie. Tijdens haar opname, toen zij psychotisch was, werd ook niet gevraagd en geluisterd naar haar persoonlijke verhaal, terwijl zij daar wel behoefte aan had. Zij verklaart dit door het feit dat in het DSM-handboek staat dat je bij dergelijke 'ernstige hersenziektes' beter niet in kan gaan

op iemands levensverhaal. Of zoals ze het zelf zegt: ‘bij psychotische of schizofrene aandoeningen ga je niet roeren in een potje met prut [...], maar je dekt het toe en je stabiliseert het en gooit er een hoop pillen in en we hopen er allemaal maar het beste van’. Boevink benadrukt dat de wijze waarop destijds met haar psychiatrische problemen werd omgegaan haar meer kwaad dan goed heeft gedaan. Volgens haar had haar psychose alles te maken met traumatische ervaringen in haar verleden en had het haar goed gedaan als er ook ruimte was geweest om die betekenis te verkennen. Zij pleit om die reden voor een andere, meer humane, omgang met mensen in de psychiatrie waarbij wel ruimte is voor de persoonlijke verhalen van patiënten, zoals centraal staat in de herstelbenadering. Herstel is inmiddels een visie geworden op grond waarvan GGZ-instellingen verschillende innovaties doorvoeren (Wilken, 2010). De inzet van ervaringsdeskundigheid is hiervan een belangrijk voorbeeld. Ook worden er in verschillende instellingen cursussen en programma’s gericht op herstel aangeboden, zoals de cursus ‘Herstellen doe je zelf’. Een belangrijk onderdeel van deze cursus is het schrijven van je eigen herstelverhaal.

Onderzoek naar het patiëntenperspectief

Hiervoor zijn verschillende mensen geciteerd die zelf ervaring hebben met de psychiatrie en daarvan persoonlijk verslag hebben gedaan in egodocumenten. Er zijn daarnaast ook verschillende onderzoeken die inzicht bieden in de ervaring van patiënten (en hun naasten) met opname en behandeling in de psychiatrie. In januari 2002 verscheen het rapport ‘Cliënten en hun omgeving over GGZ-programma’s, uitgebracht door GGZ-Nederland en het Trimbos Instituut (Franx en Zeldenrust, 2002). In dat rapport wordt beschreven wat patiënten belangrijk vinden in het aanbod van GGZ-programma’s. In 2003 verscheen een andere publicatie getiteld ‘Geloof en levensbeschouwing binnen het referentiekader van psychotherapeuten’. Deze publicatie vormt een samenvatting van het onderzoek dat in de daaraan voorafgaande jaren is uitgevoerd onder patiënten van de ambulante en intramurale GGZ (Pieper en Van Uden in: Van Ree, 2003, 39-50). Beide onderzoeken laten een vergelijkbaar beeld zien van opvattingen van patiënten in de GGZ, wat er kort gezegd op neer komt dat zij meer belang hechten aan aandacht voor zingeving, religie en het levensverhaal dan er in de praktijk van de huidige GGZ wordt geboden. Naar aanleiding van deze onderzoeken werd in 2003 een studiebijeenkomst georganiseerd met de titel: ‘Zingeving in de GGZ: het cliëntenperspectief’. De neerslag van die bijeenkomst werd met aanvullingen gepubliceerd in de bundel ‘Vragen naar zin. Het perspectief van de GGZ-cliënt’. In deze bundel wordt een aantal passages geciteerd uit het eerst genoemde onderzoek welke ik hier graag eveneens citeer:

‘Voor cliënten is het vaak moeilijk de problemen een plaats te geven in hun leven en om te gaan met een veranderd zelfbeeld. Levensvragen, levensbeschouwelijk of religieus van aard,

doen zich voor.’ [...] ‘De subjectieve beleving van de ziekte wordt door hulpverleners vaak onderbelicht. Er is weinig of geen ruimte om samen met hulpverleners de betekenis van psychotische ervaringen te onderzoeken. Er is onvoldoende aandacht voor zingevingsvragen. Hulpverleners verwijzen patiënten onvoldoende door naar geestelijk verzorgers’ (In: Hutschemakers et al., 2004, 8).

Voorbeelden van kwaliteitseisen die worden gesteld zijn:

‘In de behandeling is ruimte voor zingevingsvragen, zoals: Wat wil ik met mijn leven? [...] Het feit dat sommige psychotische ervaringen gerelateerd zijn aan religieuze ervaringen is een aandachtspunt’ (idem, 8).

‘Er is aandacht voor behoud van eigenwaarde en het vertrouwen in eigen kunnen. Onderwerpen zoals de zin van het leven en de betekenis van de ziekte kunnen aan de orde komen’ (idem, 8).

In de publicatie van Pieper en Van Uden lezen we onder andere de volgende reacties van patiënten:

‘het is zeer belangrijk dat iemand met psychische problemen ook op het religieuze vlak - en zeker hij of zij die duidelijk aandringt op een begeleider ook of juist in deze zaken – ook terecht komt bij iemand die ermee weet te werken. Dat is niet gebeurd. De intaker had wel intuïtie en meer dan dat op dit vlak en kende denk ik de grootte van het probleem op dit terrein’ (In: Van Ree, 2003, 48).

‘De Riagg staat heel negatief tegenover godsdienst. Als ze vragen wat voor geloof je hebt, dan beginnen ze (is bij mij enkele keren gebeurd) te lachen en dan komt er even iets wat niet mooi is van de hulpverlener. Ze proberen bij geloofsproblemen je echte geloof vaarwel te zeggen en ook de Here. Laat ieder mens op dat gebied toch in z’n waarde – dat wordt met de hulpverlener toch ook gedaan?’ (idem)

Het beeld dat uit deze verschillende bronnen naar voren komt is dat er door patiënten een gemis wordt ervaren in de huidige psychiatrie dat er kort gezegd op neer komt dat er te weinig aandacht is voor de context en geschiedenis waarin de ziekte is ontstaan, de beleving van de ziekte en de geestelijke, existentiële en levensbeschouwelijke dimensie. In de volgende paragraaf zullen we zien dat dit wordt onderstreept door diverse academici en psychiaters en dat dit volgens hen te maken heeft met de aard van het biomedische model.

3. Een kritisch theoretisch perspectief

Aan het begin van dit hoofdstuk werd het onderscheid gemaakt tussen twee fundamentele benaderingen in de psychiatrie; de natuurwetenschappelijke en de hermeneutische of geesteswetenschappelijke. De huidige, biomedische psychiatrie, past zoals gezegd binnen de natuurwetenschappelijke benadering waarin het *verklaren* van psychiatrische verschijnselen voorop staat. In de vorige paragraaf werd duidelijk dat er door patiënten (ook) kritiek is op deze biomedisch georiënteerde psychiatrie. In deze paragraaf worden deze kritische kanttekeningen toegelicht vanuit theoretisch perspectief. Er komen verschillende psychiaters aan het woord die werkzaam zijn (geweest) in de psychiatrie en academici uit diverse disciplines. Met hun kritiek uiten zij hun bezorgdheid ten aanzien van een psychiatrie waarin ‘biomedisch reductionisme’ de overhand neemt.

Existentiële dimensie en het biomedische model

Een eerste punt van kritiek is dat er in een natuurwetenschappelijk model zoals het biomedische, weinig ruimte is voor de *existentiële dimensie*. Psychiater en filosoof Mooij legt uit dat ‘de vraag naar zin’ in een natuurwetenschappelijke model, waarin het empiristische perspectief centraal staat, in principe niet gesteld *kan* worden. Binnen het empiristische perspectief worden verschijnselen en uitingen immers zoveel mogelijk opgevat en begrepen als symptomen van een mogelijke ziekte (zie ook paragraaf 1). Dit houdt in dat er onvermijdelijk een reductie plaatsvindt waarin geen ruimte is voor de vraag naar zin. Als een patiënt bijvoorbeeld aangeeft dat hij somber is of onzeker, dan zal deze uiting binnen het empiristische model -voor zover mogelijk- worden herleid en gereduceerd tot een symptoom van bijvoorbeeld een depressie of angststoornis. Op die manier worden individuele klachten binnen het bereik van het medische discours gebracht en kan worden onderzocht welke interventie(s) daar het beste bij passen. Mooij meent dat deze werkwijze weliswaar in veel gevallen heel effectief en efficiënt is, maar dat de onvermijdelijke keerzijde ervan; het buitensluiten van de vraag naar zin, iets toont van ‘een onbetaalde rekening’ van dit eenzijdige perspectief (in: Van der Wal & Jacobs, 1992, 71-83).

Psychiater en filosoof Gerrit Glas wijst er in dat verband op dat psychiaters en psychologen weliswaar vaak zeggen dat ze zich beperken tot het ziekelijke of neurotische aspect, maar dat het er in de praktijk vaak op neer komt dat zij *alle* uitingen en verschijnselen beschouwen als ziekelijk of neurotisch. Op die manier wordt het eigen gezichtspunt verabsoluteerd met fundamenteel reductionisme tot gevolg (Glas, 1998, 7-12). Doordat het lijden van de patiënt louter wordt geplaatst in een psychologisch of psychiatrisch kader, wordt er ook volgens hem gemakkelijk voorbij gegaan aan de existentiële nood van de patiënt en wordt de patiënt tekortgedaan. Volgens Glas is ziekte namelijk niet (alleen) iets dat men ‘heeft’, maar ook altijd een manier van ‘zijn’

(Glas, 1998, 2002). Psychiater Matthias De Kroon schrijft dat we in het biomedische model, waarin alle menselijke verschijnselen worden verklaard vanuit één principe - namelijk 'de levende materie'- het 'utopisch streven' kunnen herkennen naar één psychiatrisch perspectief waarin de mens als geheel wordt gevat (2005a, 494). De Kroon noemt dit streven illusionair en bovendien onwenselijk (idem). De mens is weliswaar van oorsprong een biologisch wezen maar onderscheidt zich van andere biologische wezens door het denken en door het gebruik van taal. In de huidige, biomedisch georiënteerde psychiatrie wordt volgens De Kroon grotendeels voorbij gegaan aan deze laatste bepaling van de mens. In een ander artikel van zijn hand, opgenomen in de bundel 'Hoe wetenschappelijk is de psychiatrie' geeft hij de volgende diagnose van de huidige psychiatrie: 'Er doet zich in de psychiatrie een eigenaardigheid voor die catastrofale gevolgen lijkt te hebben voor patiënten. Het psychiatrisch discours ontdoet zich steeds meer van [zijn] veelvoudigheid ten gunste van een eenvoudig natuurwetenschappelijk vertoog. [...] De grootste fout die de scientisten binnen de huidige psychiatrie maken is dat zij het subject stelselmatig wegschrijven uit hun discours. Zij beschouwen het subject eerder als een vervuiler van de zuivere wetenschap. [...] In naam van de wetenschappelijkheid wordt een wezenskenmerk van de psychiatrische patiënt geëlimineerd, met name het subjectieve' (De Kroon, 2005b, 130-131).

Verschillende auteurs wijzen in dit verband nog op een ander punt, namelijk dat de biomedisch georiënteerde psychiatrie waarin niet of nauwelijks expliciet aandacht is voor de existentiële dimensie al helemaal tekort schiet in situaties van langdurige psychiatrische zorg- en hulpverlening (o.a. Van Wel, 1994; De Wit, 2012; Henkelman en de Ruijter, 1987; Petry, 2011). In Nederland bestaat een aanzienlijk aantal chronisch psychiatrische patiënten⁶. Het gaat hierbij om mensen met langdurig bestaande psychische stoornissen en beperkingen, waardoor zij zich zonder hulp niet in redelijke mate staande kunnen houden in de samenleving (Janssen, 1991; Schnabel, 1991; Van Wel, 1994). De Duitse psychiater Detlef Petry, vanaf de jaren zeventig tot aan zijn pensioen in 2009 werkzaam in het psychiatrisch ziekenhuis Vijverdal in Maastricht, schrijft in zijn boek 'Uitbehandeld maar niet opgegeven' uitgebreid over de zorg voor- en behandeling van chronische patiënten. Volgens hem gaat de aandacht van hulpverleners vaak vooral uit naar de acute psychiatrie, naar de complexiteit van de stoornis gedurende de eerste zes weken tot twee maanden dat iemand is opgenomen. Er wordt bij deze groep patiënten veel aandacht besteed aan behandeling, therapie en medicatie. Echter, bij een deel van deze patiënten verdwijnen de klachten niet binnen aanzienlijke tijd. Sommigen farmacologen spreken in dat verband ook wel van 'non-responders'; mensen bij wie de behandeling en medicijnen niet (voldoende) aanslaan. Deze categorie patiënten komt doorgaans terecht in de langdurige of

⁶ Van de 100.000 chronische psychiatrische patiënten in Nederland zijn 20.000 langdurig opgenomen in een instelling; op vrijwillige basis of op grond van een rechtelijke machtiging. Bron: NRC handelsblad 16-17 november.

chronische psychiatrie en worden wel bestempeld als ‘uitbehandeld’ (Petry, 2011, 46-47). Petry heeft zich tijdens zijn werkzame leven altijd gericht op deze groep chronische patiënten. Hij is van mening dat het biomedische model en de bijpassende attitude van hulpverleners vooral bij deze groep patiënten ontoereikend is. Hij spreekt over een ‘misfit’ in de chronische zorg. Petry is duidelijk geen aanhanger van het eerder genoemde bio-optimisme, hij meent dat het credo ‘eerst pillen dan praten’ zou moeten luiden: ‘eerst praten dan pillen’. Door de grote fixatie op medische middelen wordt volgens hem vaak voorbij gegaan aan de sociale factoren en de levensgeschiedenis van de persoon. De nadruk in de huidige psychiatrie ligt op de psychiatrische diagnose en de beperkingen. Petry wijst er op dat deze medische houding met name voor chronische patiënten, mensen die vaak bijna hun hele leven in de psychiatrie verblijven, zeer schadelijk is. Hij pleit dan ook voor een andere, ‘bredere’ houding: ‘geen houding vanuit de psychiatrische diagnose, maar vanuit een mensbeeld waarin de patiënt ook medeburger is, met een verleden en een toekomst, met een familie en vrienden’ (idem, 57).

Morele dimensie en het biomedische model

Hoewel in het biomedische model de existentiële dimensie nauwelijks *expliciet* aan bod komt, wijzen diverse auteurs erop dat deze dimensie tegelijkertijd *impliciet* wel degelijk van grote invloed is. Glas spreekt in dat verband van ‘de mythe van een neutrale, waardevrije psychiatrie’. Volgens hem speelt in het contact tussen professional en patiënt al snel de visie op diepere levensvragen een rol, maar gebeurt dit vaak onder het mom van objectiviteit en neutraliteit (1998, 2002). Een vergelijkbaar punt maakt hoogleraar Harry Kunneman, die stelt dat er niet alleen aan de kant van de patiënt allerlei individuele factoren van invloed zijn die in het huidige model geen plek hebben, maar dat dit evengoed speelt aan de kant van de psychiater: ‘[...] zij duiden het vastgelopen levensverhaal van hun patiënten vanuit een complex en meervoudig referentiekader waarin empirisch-analytische kennis [...] op dynamische wijze verknoopt wordt met hun klinische ervaring, maar ook hun persoonlijke, biografisch verankerde kwaliteiten en zwakke plekken’ (Kunneman, 2009, 144). Niet alleen bij de interpretatie van het verhaal van de patiënt en het stellen van de diagnose is dit volgens hem aan de orde, maar ook bij het praktisch handelen en de keuze voor bepaalde interventies. Kunneman zegt hierover: ‘In het licht daarvan houden de praktische interventies en probleem oplossingen van GGZ-hulpverleners ook altijd een vorm van betekenisverlening in. Die betekenis is in inhoudelijk opzicht waardegeladen en verwijst impliciet of expliciet naar narratieve kaders en de daarmee verbonden figuraties van een goed en zinvol leven’ (Kunneman, 2009, 148). Waar hier met andere woorden op wordt gewezen is dat professionals die werken in de psychiatrie onvermijdelijk worden geconfronteerd met morele

kwesties en vragen die raken aan identiteits-, levens- en zingevingsvragen van zichzelf en van de patiënten. In dit verband wordt ook wel de term ‘normatieve professionaliteit’ gehanteerd als aanvulling op een technische opvatting van professionaliteit. Met normatieve professionaliteit wordt uitdrukking gegeven aan de inherent ‘menselijke, subjectieve en morele kant’ van het beroepsmatig handelen van professionals in mensgeoriënteerde beroepen (Jacobs, Meij, Tenwolde & Zomer, 2008).

In de huidige psychiatrie, waar evidence based werken, technische instrumentaliteit en efficiëntie voorop staan bestaat het gevaar dat er niet alleen weinig ruimte is voor de existentiële vragen van patiënten, maar ook voor de morele en existentiële vragen en dilemma’s waar professionals in hun werk mee worden geconfronteerd. Deze complexe verwikkeling van de existentiële en morele dimensie die volgens bovengenoemde auteurs kenmerkend is voor de psychiatrie, wordt vooral zichtbaar in de chronische psychiatrie. Volgens filosoof en ethicus Frits de Wit is met name de spanningsboog tussen autonomie en afhankelijkheid in de chronische psychiatrie uiterst complex. Enerzijds wordt van professionals verlangd dat zij de autonomie respecteren van de mensen die hun zijn toevertrouwd. Anderzijds wordt duidelijk dat een traditionele opvatting van autonomie zich nauwelijks of niet verhoudt met de complexe afhankelijkheidssituaties die kenmerkend zijn voor de chronische psychiatrie. Deze complexiteit vraagt volgens De Wit om een hermeneutische en dialogische benadering van patiënten, waarin psychiatrische hulpverleners ontvankelijk zijn voor hetgeen patiënten werkelijk te zeggen hebben. ‘Op basis van een dialoog waarbij ruimte en aandacht is voor de levensgeschiedenis, achtergronden en potenties van patiënten, kan een nieuw, door alle gesprekspartners gedeeld perspectief ontwikkeld worden’ (2012, 583).

Tweesporenbeleid

Uit het voorgaande wordt duidelijk dat verschillende psychiaters en academici nadrukkelijk wijzen op de complexiteit die inherent is aan de psychiatrie. Zorg voor- en behandeling van psychiatrische patiënten gaat niet alleen over de biomedische aspecten, maar raakt ook aan complexe morele en existentiële vragen. Een psychiatrie die uitsluitend is gestoeld op natuurwetenschappelijke uitgangspunten lijkt daarin te kort te schieten. Er wordt grotendeels voorbij gegaan aan de mens als betekenisgevend subject en voor complexe vragen rondom moraliteit en zingeving is geen (of weinig) expliciete ruimte. Vandaar dat zij pleiten voor een ‘bredere’ oriëntatie van de psychiatrie, waarbij niet alleen ruimte is voor een natuurwetenschappelijke benadering, maar ook voor geesteswetenschappelijke of hermeneutische benaderingen, zodat meer recht kan worden gedaan aan de *meervoudige* bepaaldheid van de

psychiatrie. Tegelijkertijd benadrukken bovengenoemde auteurs dat deze twee wetenschappelijke benaderingen op gespannen voet staan met elkaar; de twee benaderingen zijn feitelijk onverenigbaar vanwege de fundamenteel verschillende conceptuele en methodische kaders. Een ‘twee- of meersporen beleid’ in de psychiatrie is daarom volgens hen de best mogelijke optie, dit betekent dat verschillende wetenschappelijke benaderingen *naast* elkaar bestaan en niet worden geïntegreerd in één model. Een belangrijke vraag hierbij is hoe dit in de wetenschap en praktijk van de psychiatrie gestalte zou moeten krijgen. Hoe verhouden de verschillende benaderingswijzen zich dan tot elkaar? Heeft daarbij een van de (twee) benaderingswijzen het primaat? En hoe wordt dat bepaald?

In het artikel ‘De psychiater in spagaat - over de kloof tussen natuur- en geesteswetenschappelijke psychiatrie’ gaat psychiater Edo Nieweg uitgebreid op deze vragen in. Volgens Nieweg moet de psychiatrie nadrukkelijk worden gezien als een perspectivistische (of pluralistische) discipline. Dat betekent dat psychiatrische verschijnselen vanuit verschillende perspectieven kunnen worden beschouwd en dat deze perspectieven niet tot elkaar kunnen worden herleid. De begrippen en methoden die de ene discipline hanteert, kunnen niet zonder wezenlijk verlies van betekenis worden omgezet in de begrippen en methoden van de andere. Nieweg wijst daarbij op twee mogelijke misvattingen. Ten eerste wordt volgens hem gemakkelijk uit het oog verloren dat een perspectief niet primair waar of onwaar is, maar meer of minder ‘vruchtbaar’. Hierdoor worden aan een perspectief ten onrechte waarheidspretenties toegeschreven. Ten tweede is er volgens Nieweg in principe geen hiërarchie van aspecten of perspectieven, terwijl deze in de praktijk vaak wel wordt aangebracht. Dit herkennen we bijvoorbeeld in een uitspraak als ‘in feite zijn wij ons brein’. Door dergelijke uitspraken wordt geïmpliceerd dat één bepaald perspectief in feite het ‘juiste’ is. Hiermee wordt een deelverklaring opgevat als een verklaring van het geheel. De vraag welke invalshoek ‘de beste’ is, hangt volgens Nieweg echter zowel af van de patiënt en diens klachten en verschijnselen als van de psychiater en diens (academische) achtergrond en voorkeuren. Waar het volgens Nieweg op aankomt, is dat de psychiater rekening houdt met de verschillende mogelijke invalshoeken en soepel kan overschakelen (2005, 244). De Kroon houdt er op dit punt een andere opvatting op na. Volgens hem is er wel degelijk sprake van een hiërarchie, waarin de hermeneutische benadering bovenaan staat. Hij schrijft hierover in antwoord op Nieweg het volgende:

‘De mens is van oorsprong een biologisch wezen maar onderscheidt zich van andere biologische wezens door het denken, door het gebruik van de taal. Door het spreken in al zijn facetten als een discriminerend element voor het mens-zijn te kiezen staat de hermeneutiek mijns inziens hiërarchisch bovenaan in de lijst van hulpwetenschappen. De

biologische onderbouw is voor het spreken voorwaardenscheppend, maar is op zichzelf niet in staat tot een spreken. Om het wat karikaturaal te zeggen: men kan niet beweren dat een neurotransmitter in staat is tot het genereren van een betekenis. De betekenis die de neurotransmitter heeft, verlenen wij mensen daaraan. Ook de sterren hebben hun verhalen, maar wij mensen vertellen die. Verhalen worden door mensen geproduceerd en niet door de dingen zelf.' (De Kroon, 2005, 494).

Opvallend in bovenstaand fragment is de centrale rol die De Kroon toekent aan het 'verhaal' en de mens als talig wezen. Hij doelt hiermee op de narratieve bepaaldheid van de mens. Volgens De Kroon legitimeert deze fundamentele bepaaldheid het primaat van de hermeneutische benadering in de psychiatrie. Dit standpunt wordt gedeeld door zijn collega psychiater Frits Milders, die schrijft dat '[...] in de continue dialoog tussen wetenschappelijke verhalen en alledaagse (evaluatieve) verhalen de laatste het primaat hebben.' Dit omdat er met de laatstgenoemde volgens hem meer recht wordt gedaan aan de klinische realiteit van de patiënt (en professional). In het volgende hoofdstuk zullen we zien dat dit criterium 'recht doen aan de realiteit' (of: 'geleefde werkelijkheid') het centrale uitgangspunt van de narratieve benadering is. De narratieve benadering kan worden beschouwd als een hermeneutisch georiënteerde benadering. In het volgende hoofdstuk wordt op de narratieve benadering ingegaan, teneinde de vraag te beantwoorden *of*, en zo ja *hoe*, deze benadering van aanvullende betekenis kan zijn in de huidige psychiatrie.

4. Resumé

In dit eerste hoofdstuk is vanuit verschillende perspectieven licht geworpen op de huidige psychiatrie. We zagen dat de ze wordt gedomineerd door een biomedisch discours waarin klachten en verschijnselen zoveel mogelijk worden opgevat als symptomen van ziektebeelden. Door de grote investeringen en ontwikkelingen in het hersen- en genetisch onderzoek, worden psychiatrische stoornissen en verschijnselen in toenemende mate verklaard in neuro chemische en genetische termen. Deze vormen van onderzoek passen ook goed binnen het evidence based model dat een belangrijke status heeft binnen de huidige psychiatrie. Bij de behandeling van de klachten en verschijnselen wordt hoofdzakelijk gebruik gemaakt van medisch technische interventies door middel van medische middelen. Het biomedische discours past binnen de natuurwetenschappelijke benadering. Hoewel de ontwikkelingen en gerichtheid binnen dit discours onmiskenbaar tot veel verworvenheid heeft geleid en de belofte inhoudt van nog meer succes in de toekomst, kent deze eenzijdige gerichtheid volgens velen ook z'n prijs. In de huidige

psychiatrie bestaat het gevaar dat er niet of nauwelijks ruimte is voor de kant van de beleving, de existentiële- of levensbeschouwelijke dimensie en de morele vragen. Hierdoor kunnen GGZ-patiënten de ervaring hebben dat zij worden gereduceerd tot hun ziekte en beperkingen en er gebrek aan ruimte is voor alternatieve betekenissen en interpretaties van hun psychische aandoening en hun 'verhaal'. Ook professionals in de GGZ kunnen de ervaring hebben dat er binnen het huidige discours weinig ruimte is voor hun persoonlijke beleving, existentiële- en morele twijfels, vragen en dilemma's en andere manieren van omgang met het psychisch leed van patiënten. Anders gezegd: in de huidige psychiatrie bestaat een spanningsveld tussen enerzijds de biomedische benadering waarin onvermijdelijk reductie plaatsvindt en anderzijds de psychiatrische praktijk als inherent meerduidelijk, complex en gelaagd.

HOOFDSTUK II

NARRATIEVE BENADERING

Inleiding

De conclusie waar het vorige hoofdstuk mee werd afgesloten, is dat er alternatieve, aanvullende benaderingen in de huidige psychiatrie nodig zijn teneinde meer recht doen aan de kant van de beleving, (meervoudige) betekenisgeving, levensgeschiedenissen en de morele en existentiële dimensie, zowel aan de kant van de patiënt als aan de kant van de professional. Een benaderingswijze die niet natuurwetenschappelijk van aard is -zoals het biomedische model-, maar hermeneutisch of geesteswetenschappelijk georiënteerd. In dit onderzoek wordt de narratieve benadering als aanvullende benadering onderzocht. De narratieve benadering kan zoals gezegd worden beschouwd als hermeneutisch georiënteerde benadering.

Aandacht voor de (betekenis van) verhalen; de ‘narratieve dimensie’, kent reeds een lange geschiedenis die teruggaat naar de klassieke oudheid. De systematische ontwikkeling van narratieve benadering is echter van veel recentere datum. Er wordt in dat verband wel gesproken van een ‘narrative turn’ of ‘narratieve wende’ die valt te herkennen in tal van disciplines van de sociale en geesteswetenschappen sinds de tweede helft van de twintigste eeuw (Herman, Jahn & Ryan, 2005; Czarniawska, 2004; Squire, Andrews & Tamboukou, 2008). Door de tijd heen heeft ‘de’ narratieve benadering zich ontwikkeld tot een zeer omvattend, cross-cultureel, interdisciplinair, gedifferentieerd en meervoudig veld. In dit hoofdstuk worden de belangrijkste bronnen, kenmerken en uitgangspunten van de narratieve benadering in kaart gebracht. Het hoofdstuk is als volgt opgebouwd. In de eerste paragraaf wordt kort ingegaan op de twee belangrijkste bronnen van de narratieve benadering: het structuralisme en de hermeneutiek. Vervolgens wordt beschreven wat kan worden verstaan onder de ‘narratieve wende’ en wordt ingegaan op de verandering die daarmee heeft plaatsgevonden: van een modernistische kijk op kennis en waarheid naar een constructivistische of ‘narratieve’ kennisopvatting. In de daarop volgende paragrafen zal ik dieper ingaan op de betekenis van verhalen in de narratieve benadering door in te gaan op twee centrale, met elkaar samenhangende vragen: ‘wat *zijn* verhalen?’ (2) en ‘wat *doen* verhalen?’ (3). Hiermee zal ook duidelijk worden welke betekenis van verhalen binnen het kader van dit onderzoek gehanteerd wordt. In paragraaf 4 zal ik resumerend de belangrijkste uitgangspunten van de narratieve benadering uiteenzetten welke in dit onderzoek centraal staan.

1. Bronnen van de narratieve benadering en de narratieve wende

Het woord ‘narratief’ stamt af van het Latijnse woord ‘narrare’ wat vertellen betekent. Het daaraan gerelateerde begrip ‘narratio’ betekent ‘verhaal’ of ‘verhalend’. In de narratieve benadering staat de mens als verteller van verhalen en de vraag naar de betekenis van deze verhalen centraal. Lange tijd behoorde onderzoek naar de betekenis van taal en verhalen vooral thuis bij de taalwetenschap. De stroming in de taalwetenschap die zich hiermee specifiek bezighoudt wordt de structuralistische linguïstiek, kortweg ‘het structuralisme’, genoemd (Herman et al., 2005). Onder het structuralisme verstaat men doorgaans de stroming die gebaseerd is op de ideeën van de taalwetenschapper Ferdinand De Saussure, waarbij taal wordt gezien als een systeem van structuren. Onder invloed van het werk van De Saussure en zijn aanhangers wordt eind jaren zestig van de vorige eeuw de term ‘narratologie’ geïntroduceerd. De term narratologie, die qua vorm doet denken aan de benaming van toen reeds gevestigde wetenschappelijke disciplines zoals de biologie, sociologie, antropologie etc., staat voor ‘de studie van het narratief of verhaal’. De opkomst van de narratologie kan worden begrepen vanuit de behoefte om literaire kritiek op een meer ‘wetenschappelijke’ basis te funderen (Herman et al., 2005). De narratologie richtte zich in eerste instantie vooral op structuralistisch literatuuronderzoek. Er werden verschillende theorieën ontwikkeld over de wijze waarop verhalen verteld worden. Vandaar dat de term ‘verteltheorie’ ook wel als synoniem wordt gebruikt voor deze benadering. Veel hedendaagse narratieve benaderingswijzen zijn beïnvloed door de structuralistische narratologie. De narratologie heeft een enorme hoeveelheid aan termen en concepten voortgebracht die fundamenteel zijn geworden in het hedendaagse narratieve onderzoeksveld, zoals: plotstructuur, focalisatie, iterativiteit, verteller, actant, verhaalfuncties, protagonist en antagonist en andere verhaalelementen (Herman et al., 2005, 570). Het structuralisme en de narratologie vormen een eerste belangrijke bron van de narratieve benadering.

Hermeneutische benadering

Van meet af aan heeft de structuralistische narratologie ook veel kritiek ontvangen. Kort gezegd komt deze kritiek erop neer dat de structuralistische benadering door de sterke nadruk op schematische tekstanalyses te reductionistisch te werk ging. Teksten en andere cultuuruitingen werden volgens de critici te veel gereduceerd tot abstracte elementen, structuren en schema’s waardoor aan het eigene van de narratieven voorbij werd gegaan (Herman et al., 2005, 575). Een invloedrijke stroming die deels kan worden begrepen als een kritische reactie op het structuralisme, is de hermeneutische traditie. Vroege vertegenwoordigers van de hermeneutische traditie stelden dat, om recht te doen aan het eigene van narratieven, het vooral belangrijk is om

te kijken naar het geheel ervan en naar de context waarin ze zijn ontstaan. Het gaat hermeneutici met andere woorden niet zozeer om het schematisch in kaart brengen van verhalen, maar meer om het *interpreteren* ervan teneinde de betekenis(sen) ervan zichtbaar te maken. Hermeneutiek kan dan ook worden vertaald als de studie van het proces van interpreteren, ofwel: interpretatieleer (Herman et al., 2005). Bij het proces van interpreteren speelt het achterhalen en expliciet maken van de (historische) achtergrond en context van het geïnterpreteerde object een belangrijke rol, teneinde het geïnterpreteerde object beter te begrijpen. Dit proces van interpreteren en begrijpen wordt binnen de hermeneutiek aangeduid met de Duitse term ‘verstehen’ (o.a. De Boer, 1988).

Begrijpen versus verklaren

Waar het object in de hermeneutische traditie in het begin nog vooral (klassieke) teksten en verhalen betroffen, is dit in de loop der tijd verschoven naar alle vormen van taaluitingen en zelfs ook naar menselijke handelingen en verschijnselen in het algemeen. Het hermeneutisch begrijpen (verstehen) wordt vanaf dat moment gezien als een andere (aanvullende) manier om kennis te verkrijgen over menselijke uitingen en verschijnselen naast het (natuur)wetenschappelijk verklaren (erklären). Dit onderscheid wordt voor het eerst gemaakt door Wilhelm Dilthey, een vroege vertegenwoordiger van de hermeneutische traditie. Dilthey wilde de leer van het hermeneutisch begrijpen van teksten omvormen tot een algemene methode voor de geesteswetenschappen. Volgens Dilthey onderscheiden de natuurwetenschappen zich fundamenteel van de geesteswetenschappen, niet zozeer door het verschil in onderzoeksobject maar door hun principiële verschillende benaderingswijzen. De geesteswetenschappen gaan uit van een hermeneutische, begrijpende benadering. Terwijl de natuurwetenschappen zich hoofdzakelijk richten op het wetenschappelijk verklaren van het onderzoeksobject (Leezenberg & De Vries, 2001). Het onderscheid dat op deze manier wordt gemaakt tussen twee fundamenteel verschillende vormen van kennisverwerving lijkt in eerste instantie heel verhelderend. Er is echter in de loop der tijd ook veel kritiek gekomen op dit gehanteerde onderscheid.

Een zeer invloedrijk boek in dat verband is geschreven door de Duitse filosoof Hans-Georg Gadamer. In tegenstelling tot Dilthey zag Gadamer hermeneutiek nadrukkelijk niet uitsluitend als methodologie van de geesteswetenschappen. Hij wilde inzichtelijk maken dat *alle* vormen van wetenschap, kennisverwerving en begrijpen worden beïnvloed door de historische context waarin ze ontstaan en in die zin een vorm van interpretatie zijn. Dit inzicht is door hem uitgewerkt in zijn boek ‘Wahrheit und Methode’ (Truth and Method, 1989). In dit boek verwoordt hij zijn kritiek op de zogenoemde objectieve wetenschappen, zoals de natuurwetenschappelijke benadering. Zijn belangrijkste punt is dat het onmogelijk is om te spreken van objectieve kennis

en wetenschap omdat we altijd een *onderdeel* zijn van de situatie die we trachten te begrijpen. We kunnen onze historisch en cultureel bepaalde ‘vooroordelen’ bij het interpreteren nooit volledig uitbannen. Iedere vorm van kennisverwerving wordt met andere woorden per definitie ‘gekleurd’ door onze historische en cultureel bepaalde vooroordelen. Dat geldt volgens hem evengoed voor kennisverwerving in de natuurwetenschappen als in de geesteswetenschappen. Gadamer gebruikt in dat verband het begrip ‘horizon’: ‘The horizon is the range of vision that includes everything that can be seen from a particular vantage point’ (1989, 301). Wat we zien (of: begrijpen) van de ander of het andere wordt anders gezegd altijd begrensd door onze horizon. Deze horizon bestaat uit onze persoonlijke, cultureel-historisch bepaalde overtuigingen of vooronderstellingen. De hermeneutiek zoals uiteengezet door Gadamer heeft een essentiële bijdrage geleverd aan het inzicht dat de mens per definitie een interpreterend wezen is en dat objectieve kennis, ook in de natuurwetenschappen, een mythe is. In hoofdstuk III zal ik nog terugkomen op zijn werk, omdat zijn inzichten en ideeën over de betekenis van ‘hermeneutisch begrijpen’, interessante aanknopingspunten bieden voor het denken over geestelijke begeleiding als narratieve praktijk in de psychiatrie.

Narratieve wende

Onder invloed van de hermeneutische traditie en met name het werk van Gadamer, wordt vanaf ongeveer de tweede helft van de twintigste eeuw de centrale rol van taal, verhalen en betekenisgeving in toenemende mate erkend. Waar verhalen eerst nog vooral formeel, vormtechnisch en schematisch werden bestudeerd door hoofdzakelijk literatuurwetenschappers, zien we dat er in de loop der tijd steeds meer aandacht komt voor de fundamentele rol van verhalen in het algemeen. Vanaf dat moment wordt ‘het narratieve’ op zich ook als onderzoeksobject beschouwd. Gelijktijdig met deze ontwikkeling is er een opvallende toename, zowel qua omvang als diversiteit, van onderzoekers die zich interesseren voor de betekenis van het narratieve. Niet langer beperkt deze interesse zich tot wetenschappelijke disciplines die zich traditioneel bezig houden met het bestuderen van verhalen, zoals literatuurstudies en de geschiedeniswetenschap, maar ook minder voor de hand liggende disciplines zoals de rechtswetenschap, sociologie, economie en psychologie en de geneeskunde interesseren zich in toenemende mate voor de rol en betekenis van verhalen. Deze ontwikkelingen tezamen worden aangeduid als ‘de narratieve wende’ (Herman, Jahn & Ryan, 2005, 377-379; Czarniawska, 2004; Squire, Andrews & Tamboukou, 2008).

Van realisme naar constructivisme

Met de narratieve wende vindt ook een beweging plaats van een modernistische kijk op kennis als directe representatie van een objectieve externe werkelijkheid, naar een kennisopvatting waarbij kennis, discours en handelingen worden gezien als (sociale) ‘constructies’. De narratieve wende kan anders gezegd worden gezien als een ‘antwoord’ op de zogenaamde ‘crisis van de representatie’ (Janssens en Steyaert, 2001, 144). In de representatie benadering gaat men ervan uit dat er géén fundamenteel onderscheid bestaat tussen taal, verhaal en werkelijkheid, tussen de wereld ‘daarbuiten’ en wat wij daarover te zeggen hebben. Vanuit deze ‘modernistisch’ of ‘realistische’ visie veronderstelt kennis een accurate weergave -representatie of weerspiegeling- in onze geest via linguïstische vormen van een wereld buiten ons (Van Peursen, 1992; Janssens & Steyaert, 2001). De modernistische kennisopvatting veronderstelt met andere woorden dat er maar één verhaal over een bepaald te onderzoeken fenomeen waar is, waarbij alle andere verhalen worden uitgesloten. Hierbij is de kennis dus cumulatief en het exclusieve eigendom van experts en professionals. Het verhaal of de kennis van degene die wordt onderzocht of de kennis ontvangt, doet er in dit kennismodel in feite niet toe. Hij hoeft dan ook niet over bepaalde ‘narratieve competenties’ te beschikken (Ganzevoort, 2011, 64). Communicatie wordt vanuit dit perspectief een vorm om correct informatie door te geven; taal en verhaal zijn instrumenten om bepaalde ideeën weer te geven. Communicatie is er op gericht om ambiguïteit en misverstanden te vermijden (Janssens & Steyaert, 2001, 145).

De narratieve wende kan zoals gezegd worden begrepen als een kritisch antwoord op deze realistische en objectivistische notie van kennis (epistemologie). De kennisopvatting die ten grondslag ligt aan de narratieve benadering is ‘het’ constructivisme. Aanhangers van het constructivisme stellen hun vraagtekens bij de idee dat taal, of het verhaal, de werkelijkheid zomaar kan weerspiegelen. Zij wijzen erop dat taal doorgaans meer doet dan enkel de wereld beschrijven: met taal ‘construeren’ wij onze realiteit, geven wij onze ‘interpretatie’ van de werkelijkheid. In het constructivisme wordt anders gezegd met name de performatieve kracht van taal benadrukt: gebeurtenissen, handelingen en werkelijkheid worden (mede) tot stand gebracht door middel van taal en verhalen. ‘Het constructivisme’ betreft echter geen eenduidige, homogene stroming. Hoewel alle vormen van constructivisme fundamenteel tegenover alle vormen van realisme staan, bestaan er uiteenlopende, ook gematigde vormen. Er wordt daarom ook wel gesproken van een continuüm waarvan zuiver realisme en fundamenteel constructivisme, de extreme variëteit vormen (Smaling, 2010, 20). Realisme in z’n meest extreme variant kan dan worden samengevat als: ‘de opvatting dat er een werkelijkheid bestaat achter of voorbij onze ervaringen (ontologisch vlak), dat we die werkelijkheid ook kunnen leren kennen

(epistemologisch vlak), en dat daartoe geschikte onderzoeksmethoden bestaan (methodologisch vlak)' (Smaling, 2010, 20). In een extreme zin van constructivisme 'bestaat zo'n werkelijkheid helemaal niet en kun je met onze ervaringswereld die mensen zelf geconstrueerd hebben enigszins leren omgaan via -ook weer- constructies daarvan. Op deze manier zijn wetenschapper en werkelijkheid sterk vervlochten en zeker niet als geheel onafhankelijk te zien' (Smaling, 2010, 20). Een gematigde vorm van constructivisme is bijvoorbeeld de opvatting dat er wel een externe werkelijkheid bestaat, maar dat die niet te kennen is.

Sociaal-constructivisme

In verschillende nieuwere vormen van constructivisme wordt de nadruk gelegd op het sociale karakter van constructie. Deze vormen worden wel aangeduid met de term 'sociaal constructivisme/constructionisme' en worden vaak tegenover het 'cognitief constructivisme' geplaatst. In tegenstelling tot cognitief constructivisten (o.a. Piaget) benadrukken sociaal-constructivisten de invloed van historische, culturele, maatschappelijke en sociale factoren bij het construeren van kennis en realiteit door middel van verhalen (Smaling, 2010, 24). Vanuit sociaal-constructivistisch perspectief vindt constructie van de werkelijkheid met andere woorden nooit eenzijdig en geïsoleerd plaats, maar ingebed in een sociaal en interactief domein.

Van grote invloed op het sociaal constructivisme is het werk van de Franse filosoof Michel Foucault geweest. Thema's als macht, 'discours' en constructie van de 'waarheid' komen in zijn werk uitgebreid aan bod, ondermeer in zijn beroemde studie over de geschiedenis van de waanzin. In paragraaf 3 van dit hoofdstuk wordt ingegaan op het werk van Foucault en zijn bijdrage aan de narratieve benadering.

Een belangrijke vertegenwoordiger van het sociaal-constructivisme is de psycholoog Kenneth Gergen, tevens een belangrijke vertegenwoordiger van de narratieve benadering in de psychologie. Gergen (1986, 1991, 1993, 1994) was een van de eersten die wees op de relationele dimensie van betekenisgeving. Het verhaal dat we vertellen varieert naar gelang de context en de luisteraar wijzigen. Met andere woorden; de specifieke relationele ontmoeting ('dialogoog') en context zijn van bepalende invloed op de verhalen die we vertellen. Hiermee worden factoren zoals gemeenschap, wederzijdse afhankelijkheid, machtsverhoudingen en de inherente verbondenheid van alle mensen meer benadrukt.

In het vorige hoofdstuk werd duidelijk dat in de psychiatrie bepaalde verhalen over de oorzaak en betekenis van psychiatrische ziekten meer geaccepteerd zijn dan anderen. Hierin wordt duidelijk zichtbaar dat verhalen in de psychiatrie nooit op zichzelf staan, maar altijd ontstaan en betekenis krijgen binnen de context, netwerken van relaties en tegen de achtergrond van dominante

verhalen. Teneinde de invloed van sociale, historische, culturele en maatschappelijke factoren niet te veronachtzamen, wordt binnen dit onderzoek aangesloten bij het sociaal-constructivisme zoals onder andere vertegenwoordigd door Gergen.

2. De betekenis van verhalen: ‘Wat zijn verhalen?’

Om de betekenis van de centrale rol van verhalen in ons bestaan beter te begrijpen wordt wel het onderscheid gemaakt tussen twee centrale vragen: ‘wat zijn verhalen?’ en ‘wat doen verhalen?’ (Herman et al., 2005, 344). Uit het voorgaande kan worden afgeleid dat in de narratieve benadering niet zozeer (alleen) de betekenis van fictieve verhalen, zoals sprookjes, romans, novellen, sagen en mythen centraal staat, maar vooral ook de betekenis van de alledaagse verhalen die mensen voortdurend construeren en vertellen; over ons zelf, de ander en de wereld rondom ons (zie onder meer Bruner, 1986, 2002; Connelly & Clandinin, 1990; Polkinghorne, 1988; Ricœur, 1984-1988, 1992). De vraag blijft dan echter wat verhalen nu precies zijn. Anders gezegd; van welke kenmerken moet er sprake zijn om te kunnen spreken van een verhaal?

Traditioneel gezien zijn er een aantal centrale structurele kenmerken te noemen die worden toegeschreven aan verhalen⁷: ‘een verhaal is een temporele ordening van ‘begin-midden-eind’ van losstaande elementen, waardoor er een coherent geheel ontstaat’ (o.a. Bruner, 1986, 2002; Polkinghorne, 1988; Ricœur, 1984-1988, 1992, Van Peursen, 1992). Bij een traditionele notie van verhalen is er bovendien meestal sprake van ‘één verteller’, die vertelt over gebeurtenissen in de ‘verleden tijd’ (o.a. Labov, 1972). Het verbinden van de verschillende losstaande verhaalelementen tot een samenhangend geheel wordt doorgaans aangeduid met de term ‘emplotment’ (o.a. Ricœur, 1984-88; Sarbin, 1989). Vanuit de traditionele opvatting van verhalen is er bij een verhaal met andere woorden altijd sprake van een duidelijk herkenbaar ‘plot’; het verloop van het verhaal. Verschillende ‘plottheorieën’ geven een overzicht van verschillende typen plotstructuren. Er zijn bijvoorbeeld diverse theoretici die menen dat er een aantal universele of basale typen plotstructuren zijn die we door alle tijden heen kunnen herkennen in verhalen. Bekende voorbeelden daarvan zijn het ‘romantische’, ‘heroïsche’ en ‘tragische’ plot (o.a. Frye en Hogon in: Herman et al., 2005, 26-27 en 385). Een andere manier om verhalen naar plot in te delen is door te kijken naar de ‘gerichtheid’ van een verhaal (Gergen, 1994). Gergen stelt dat gebeurtenissen in een verhaal altijd leiden naar het einde van dat verhaal; er is een beweging naar een bepaald doel. Dit einde, dat door Gergen doel of uitkomst wordt genoemd, is volgens hem altijd waardegeladen (er wordt met andere woorden een *moreel standpunt* ingenomen). Hij

⁷ Deze traditionele benadering van wat verhalen zijn betreft geen homogene traditie, er bestaan accentverschillen in verschillende tradities.

onderscheidt op basis van zijn plotanalyses het 'progressieve', 'regressieve' en 'stabiele' narratief (Gergen in: Weingarten, 2001). Er zijn ook typologieën van plotstructuren ontwikkeld om een specifiek soort verhalen in kaart te brengen, bijvoorbeeld verhalen van mensen die (psychisch) ziek zijn, zogenaamde 'ziekte-narratieven'. Een bekend voorbeeld daarvan is het onderscheid dat door Arthur Frank wordt gemaakt tussen het 'herstel-', 'chaos-' en het 'queestenarratief' (1997). Het herstel-narratief kent een plotstructuur dat is gericht op een bepaalde vooruitgang. Dit type is gebaseerd op het feit dat iedereen die ziek is, beter wil worden. Invloeden van de maatschappij spelen hierbij een belangrijke rol. De maatschappij is namelijk gericht op gezonde mensen. Het verlangen van de zieke om het herstel-narratief te vertellen komt met andere woorden deels voort uit de verwachting van de mensen om hem heen. De plotstructuur van het herstel-narratief is eenvoudig: 'gisteren was ik gezond, vandaag ben ik ziek, maar morgen ben ik weer beter' (idem). Het 'queestenarratief' is een verhaal van een zoektocht naar mogelijkheden, de ziekte wordt hierbij gezien als 'een begin van een reis' waarin de verteller de betekenis van de ziekte en zijn eigen identiteit ontdekt. De persoon met 'queste-verhalen' komt lijden te boven, accepteert de ziekte en probeert er wijzer van te worden. Er wordt verteld over hoe de pijn wordt ervaren, over de ervaren hoop en angst en het gevoel over het nut van een lijdensweg. Het derde type ziekteverhaal, het zogenaamde 'chaosnarratief', is volgens Frank het tegenovergestelde van het herstel-narratief; het leven zal nooit meer verbeteren. Het is echter geen verhaal over het verloop van de ziekte met een negatieve uitkomst, maar een verhaal 'zonder ordening'. Gebeurtenissen worden verteld zoals de verteller het leven op dat moment ervaart; zonder consequenties of causaliteit. Frank stelt dan ook dat het chaosnarratief wellicht niet een echt narratief kan worden genoemd omdat gebeurtenissen niet coherent met elkaar worden verbonden. In chaosnarratieven domineren de thema's: nutteloosheid, nietigheid, zwijgzaamheid en hulpeloosheid. Vertellers van het chaosnarratief leven met het idee dat het leven nooit beter wordt. Het is volgens Frank een anti-narratief, een verhaal waarin de verteller nog niet in staat is om afstand te nemen van zijn of haar ervaringen, een reflectief karakter ontbreekt (Frank, 1997).

Het feit dat Frank bij het 'chaosnarratief' spreekt van een 'anti-narratief' is illustratief voor een traditionele notie van verhalen; wanneer er geen (of verminderde) sprake is van coherentie, causaliteit, ordening en een afstand tot de gebeurtenissen dan is er vanuit deze benadering in principe ook geen sprake van een verhaal.

'Kleine verhalen-benadering'

Ten aanzien van deze 'uitsluitende' werking van een traditionele verhaalbenadering is in de loop der tijd een groeiende kritiek gekomen. Deze kritiek is onder andere uitgewerkt door Elinor Ochs

en Lisa Capps (2001), Alexandra Georgakopoulou (2006, 2007) en Michael Bamberg (2006). Met hun kritiek bepleiten zij een meer inclusieve benadering van verhalen die zij omschrijven als een ‘small story approach’. Hun kritiek kan worden samengevat in drie punten. In de eerste plaats wijzen zij erop dat lang niet alle verhalen die mensen in het dagelijks leven aan elkaar vertellen voldoen aan bovengenoemde structurele kenmerken. Heel vaak is er bijvoorbeeld helemaal niet zo duidelijk sprake van een begin, midden en einde. Alledaagse verhalen worden vaak gekenmerkt door meerdere (morele) posities en zijn dan ook zeker niet altijd coherent te noemen. Ook kunnen verhalen volgens hen heel goed meerdere vertellers hebben, bijvoorbeeld wanneer mensen samen vertellen over een gedeelde ervaring. En verhalen kunnen evengoed gaan over iets dat (nog) *niet* is gebeurd, als over een gebeurtenis in het verleden. Kortom, de traditionele opvatting van verhalen sluit niet goed aan bij de levende werkelijkheid van het vertellen van verhalen. Een tweede punt van kritiek is dat er in narratief onderzoek veel - mogelijk interessant - materiaal wordt buiten gesloten wanneer er enkel wordt uitgegaan van de traditionele, vastomlijnde definitie van verhalen. Er wordt in dat verband bijvoorbeeld gewezen op processen van identiteitsconstructie in het dagelijks leven. Een derde punt van kritiek, dat met name interessant is voor dit onderzoek, is dat het traditionele verhaal doorgaans ook geldt als norm voor een gezond, goed of normaal verhaal. Daarmee kan de conventionele benadering van verhalen uitsluitend werken. Hierbij geldt dan met name de uitsluitende werking van coherentie als kenmerk van een verhaal. Dit wordt bijvoorbeeld zichtbaar bij mensen die vanwege een hersenbeschadiging of psychiatrische ziekte geen coherent, afgerond verhaal kunnen vertellen. Een ‘kleine verhalen benadering’ houdt met andere woorden in dat verhalen die niet voldoen aan de traditionele, structurele kenmerken (‘grote verhalen’) niet worden uitgesloten. Om te voorkomen dat met het onderscheid tussen grote en kleine verhalen een nieuwe dichotomie in het leven roepen, waarbij het kleine verhaal ineens de norm wordt en het grote verhaal wordt uitgesloten bepleiten de vertegenwoordigers van de kleine verhalenbenadering een aantal continua waarop verhalen kunnen verschillen. Het gaat om de volgende zes continua, waarbij links het grote en rechts het kleine verhaalkenmerk staat (Ochs & Capps, Georgakopoulou in: Sools en Schumann, 2011):

1. een gesloten temporele en causale orde versus een open en eventueel spatiële organisatie;
2. een zekere en constante morele positie versus een onzekere, fluïde en dynamische morele positie;
3. een gebeurtenis in de verleden tijd versus hypothetische, toekomstige of nog aan-de-gang-zijnde gebeurtenissen;

4. hoge vertelbaarheid versus lage vertelbaarheid;
5. een persoonlijke ervaring van één actieve verteller versus een gedeelde ervaring (van een gebeurtenis) door meerdere (co)vertellers;
6. decontextualisatie versus inbedding in de lokale context waarin het verhaal verteld wordt.

De psychiatrie is bij uitstek een plek waar veel ‘kleine verhalen’ worden verteld. Of zoals psychiater Petry schrijft: ‘Chronische patiënten zijn mensen met ongelooflijk kleine verhalen’ (2011, 56). Dergelijke verhalen voldoen vaak in verschillende opzichten niet aan de traditionele narratieve kenmerken. Verhalen van patiënten zijn vaak eerder fragmentarisch, ‘onaf’ en onsaamenhangend dan afgerond, coherent en met een duidelijk herkenbaar plot. Omdat het mij juist ook gaat om deze kleine, vaak verborgen verhalen van patiënten, hanteer ik eveneens een ruime en inclusieve benadering van verhalen. Interessant in het kader van dit onderzoek is ook dat Carmen Schumann en Anneke Sools deze kleine verhalenbenadering hebben uitgewerkt als nieuw perspectief voor humanistisch geestelijke begeleiding. In hoofdstuk III zal ik hier op terugkomen.

Alledaagse verhalen en wetenschappelijke verhalen

Ter verheldering van de vraag wat verhalen zijn, wordt ook vaak het onderscheid aangehaald dat de psycholoog Jerome Bruner (1990) maakt tussen twee modi van denken: de narratieve (vertellende)- en de paradigmatische (verklarende) denkwijze. De paradigmatische modus is volgens hem gericht op het vinden van absolute, algemene waarheden en de condities daarvoor. Deze wijze van denken en spreken wordt gekenmerkt door een logisch-positivistische argumentatie waarbij gebruik wordt gemaakt van formele, mathematische vormen van redeneren. Bij de paradigmatische modus wordt gestreefd naar consistentie; tegenstrijdigheden worden niet getolereerd. Deze verklarende denkwijze ligt volgens Bruner ten grondslag aan wetenschap en herkennen we bijvoorbeeld ook in het (bio)medische discours van de huidige psychiatrie. In het dagelijks leven daarentegen gebruiken we doorgaans een narratieve, verhalende modus van denken. Deze narratieve modus leidt volgens Bruner tot een ander soort kennis. Hierbij gaat het om ‘kennis overeenkomstig het leven zelf’ (‘lifelikeness’). De narratieve manier van denken en spreken vereist meer ‘gripping drama’ dan logische argumentatie. Dat wil zeggen dat er verhalende taal wordt gehanteerd waarbij ‘geleefde’ ervaringen in tijd en plaats worden gelokaliseerd en er wordt gefocust op het particuliere. Op die manier biedt de narratieve wijze van denken en spreken zicht op menselijk handelen, emoties, intenties, de wijze waarop gebeurtenissen worden ervaren en de consequenties van die gebeurtenissen en het handelen in

iemands leven. Bruner wijst er nadrukkelijk op dat de narratieve en paradigmatische manier van denken fundamenteel verschillend zijn en de ene modus niet tot de andere kan worden gereduceerd. De criteria die gelden voor de twee modi zijn volgens hem dan ook fundamenteel verschillend. Het criterium voor een 'goed verhaal' is volgens Bruner de overtuigingskracht, aannemelijkheid en geloofwaardigheid van de mate waarin het verhaal het leven en de ervaring daarvan benadert. Binnen de paradigmatische modus daarentegen geldt het criterium van 'de waarheid': goede argumenten en bewijzen moeten deze waarheidsclaim rechtvaardigen. Vanuit dit onderscheid kunnen we ook begrijpen waarom in de wetenschappelijke context het persoonlijke verhaal van bijvoorbeeld een patiënt niet altijd even serieus wordt genomen. Vanuit de paradigmatische modus wordt er getwijfeld aan het waarheidsgehalte van dergelijke verhalen, wat gemakkelijk leidt tot de gedachte 'het is maar een verhaal'. In feite wordt hier het criterium van de ene modus toegepast op de andere.

Het strikte onderscheid tussen enerzijds de wetenschap en anderzijds verhalen zoals uiteengezet door Bruner is sterk geïnspireerd op Dilthey's onderscheid tussen de verklarende benadering van de natuurwetenschap enerzijds en de begrijpende of interpretatieve benadering van de geesteswetenschappen anderzijds. We zagen hier echter al dat er ook grondige kritiek is op dit gehanteerde dualisme, onder andere uiteengezet door Gadamer. De Nederlandse filosoof Kees van Peursen heeft een vergelijkbare kritiek uitgewerkt in zijn boek 'Verhaal en werkelijkheid' (1992). Hierin laat hij zien dat hoewel wetenschappelijke theorieën en modellen vaak impliceren dat het hierbij gaat om louter beschrijvende, objectieve constatering die kunnen worden beoordeeld als 'waar' en 'onwaar' (paradigmatische modus) er bijna altijd ook sprake is van een 'evaluatieve dimensie'. Het verschil tussen beschrijvende en evaluatieve uitspraken legt van Peursen als volgt uit. Zuiver beschrijvende uitspraken geven de gebeurtenissen sec weer; er wordt geen richting ('narrative direction') gegeven aan de beschreven gebeurtenissen. Evaluatieve uitspraken daarentegen voegen altijd iets aan de beschrijving toe; een 'narratief gezichtspunt'. Evaluatieve taal is een expressie van een bepaalde *waardering* van gebeurtenissen. Terwijl louter beschrijvende uitspraken waar/onwaar kunnen zijn, geldt dit voor het narratieve gezichtspunt volgens Van Peursen niet. Het belangrijkste narratieve criterium wordt door hem omschreven als 'de mate waarin recht wordt gedaan aan de concrete, geleefde werkelijkheid'.

Van Peursen wijst nadrukkelijk op het gegeven dat de grens tussen het evaluatieve en het descriptieve erg dun is en dat er bovendien haast zelden sprake is van een geheel van louter beschrijvende uitspraken. Naarmate er meer sprake van wetenschap is, wordt het beschrijvende (paradigmatische) karakter weliswaar doorgaans sterker. Echter ook in wetenschappelijke modellen en theorieën speelt de evaluatieve (narratieve) dimensie volgens hem bijna altijd een

belangrijke rol (zie ook Gadamer). Dit is onder meer te zien in de centrale rol van metaforen bij het ontstaan van wetenschappelijke theorieën. Ook in de bepalende invloed van historisch en cultureel bepaalde wereldbeschouwingen, mensbeelden en ideologieën bij het ontstaan van wetenschappelijke theorieën wordt dit zichtbaar (zie ook Foucault). Door de dunne grens tussen het evaluatieve en descriptieve kan het echter lastig zijn om het beoordelende, evaluatieve karakter te herkennen in het meer abstracte en logische taalgebruik van veel vormen van wetenschap. Dit kan gemakkelijk leiden tot de misvatting dat de wetenschap betrekking heeft op de ‘objectieve waarheid’ en verhalen op het ‘subjectieve’. Van Peursen laat echter zien dat dit dualisme onhoudbaar is. Alle soorten ‘verhalen’, ook die van de wetenschap, bevatten doorgaans zowel beschrijvende als evaluatieve uitspraken. We zouden daarom ook wat dat betreft misschien beter kunnen spreken van een continuüm met aan de ene kant meer beschrijvende of paradigmatische dimensie en aan de andere kant de evaluatieve of narratieve dimensie.

3. De betekenis van verhalen: ‘Wat doen verhalen?’

Het antwoord op de vraag wat verhalen *zijn*, impliceert tevens bepaalde ideeën over wat verhalen *doen* (functies van verhalen). Zo lazen we in het voorgaande dat er met verhalen een ‘temporele ordening’ wordt gegeven aan losstaande elementen (emplotment) en dat met de wijze van ordening ook een ‘moreel standpunt’ wordt ingenomen. Dit zijn voorbeelden van *functies* van verhalen. Er bestaan een aantal min of meer algemeen gedeelde ideeën over wat verhalen doen. Daarnaast zijn er ook accentverschillen in de verschillende tradities van de narratieve benadering en worden diverse specifieke functies van verhalen in meer of minder mate benadrukt. Terwijl de verschillende antwoorden op de vraag ‘wat verhalen zijn’ vaak onverenigbaar en conflicterend zijn, kunnen verschillende antwoorden op de vraag ‘wat verhalen doen’ (functionele beschrijvingen) doorgaans goed naast elkaar bestaan; ze zijn eerder aanvullend op elkaar dan conflicterend (Herman et al., 2005, 344).

Het min of meer algemeen gedeelde antwoord op de vraag wat verhalen doen komt samenvattend op het volgende neer: ‘Door middel van verhalen ordenen, structureren en interpreteren we onszelf, het leven en de wereld om ons heen. Verhalen zijn met andere woorden uitingen van menselijke reacties op uitdagingen van het leven en de wereld. Deze uitdagingen, in de vorm van gebeurtenissen of voorvallen, lokken verhalen uit waarmee mensen de wereld en het leven begrijpelijk en hanteerbaar trachten te maken en waarmee zij richting aan hun leven geven’ (o.a. Polkinghorne, 1988; Bruner, 1986, 1990, 2002; Ricœur, 1984-1988, Van Peursen, 1992). Teneinde beter te begrijpen wat verhalen doen, zal ik in het onderstaande een aantal specifieke functies van verhalen verder uitwerken. Ik zal dit doen aan de hand van het werk van Ricœur,

Foucault en Van Peursen, omdat ik meen dat hierin interessante aanknopingspunten zijn te vinden met het oog op de relatie tussen de narratieve benadering, psychiatrie en geestelijke begeleiding.

Verhalen en identiteit: Ricœur

In het voorgaande is meermaals de koppeling gelegd tussen verhalen en identiteit(sconstructie). Mensen vertellen over zichzelf door verhalen te vertellen over hun heden, verleden en toekomst; over wat ze belangrijk vinden, waar ze vandaan komen, wat ze gedaan en ervaren hebben en waar ze naar toe gaan. Door middel van deze verhalen zetten mensen neer wie ze zijn, geven ze antwoord op de vraag 'wie ben ik'. Het inzicht dat verhalen een cruciale rol spelen bij processen van identiteitsconstructie is met name op de kaart gezet door de Franse filosoof Paul Ricœur (1913-2005). Voortbordurend op het werk van in het bijzonder Gadamer, werkte hij in het laatste deel van zijn trilogie *Temps et récit* (1985) en in *Soi-même comme un autre* (1990) zijn hermeneutiek uit als een narratieve benadering van persoonlijke identiteit. In 1980 introduceert Ricœur de idee dat we de complexiteit en voortdurende verandering van het menselijk bestaan beter kunnen begrijpen wanneer deze zijn samengebracht in een verhalende vorm. Hij laat zien dat de wijze waarop we onszelf en de ander trachten te begrijpen dezelfde vorm aanneemt als hoe we verhalen begrijpen. Namelijk in de vorm van een plot, waarmee een protagonist geplaatst wordt in het geheel van gebeurtenissen, handelingen, andere personen, doelen, intenties, oorzaken, gevolgen etc. Wanneer we over onszelf of de ander vertellen geven we met andere woorden vorm en betekenis aan geleefde ervaringen en gebeurtenissen door deze verschillende elementen in een meer of minder samenhangend plot samen te brengen. De functie van een plot is dan ook het samenbrengen van verschillende, afzonderlijke elementen tot een logisch samenhangend geheel. Ricœur laat zien dat bij deze narratieve articulatie van onze identiteit twee persoonsbepalingen zichtbaar worden, aangeduid als respectievelijk 'idem' en 'ipse'. Het begrip 'idem' verwijst naar de identiteitsvorm van datgene waarmee we door anderen als 'dezelfde' kunnen worden geïdentificeerd, het gaat daarbij met andere woorden om identiteit in de zin van gelijkheid of het gelijkblijvende. Als voorbeeld van onze 'idem-identiteit' wijst Ricœur op het karakter (eigenschappen, talenten, beperkingen etc.) van mensen. De 'ipse' identiteitsvorm verwijst naar identiteit in de zin van 'zelfheid'; datgene waar iemand voor staat. Deze vorm van identiteit verduidelijkt hij aan de hand van het voorbeeld van het doen van een belofte en het zich daaraan willen houden. Hierin toont de persoon zich niet zozeer als wie hij feitelijk *is* gezien zijn karakter en verleden (datgene wat hetzelfde blijft), maar hoe hij *wil* zijn in moreel opzicht. Het gaat hierbij met andere woorden om het antwoorden en verantwoorden van de identiteit tegenover de ander,

zelfbewustzijn en zelfreflectie. Dit deel van de persoon zien we terug in de rol van de verteller van de verhalen over onszelf en de ander, daarmee geven we vorm en betekenis en laten we zien wie we in moreel opzicht zijn (of willen zijn). De twee betekenissen of componenten van identiteit, 'idem' en 'ipse', zijn bij Ricœur onlosmakelijk met elkaar verbonden; een mens bestaat nooit uit enkel feitelijke kenmerken maar ook nooit uit enkel reflectie (Ricœur, 1992; Mooij, 2004). Ricœur heeft er ook op gewezen dat deze narratieve constructie van identiteit nooit alleen in de hoofden van mensen plaatsvindt, maar altijd in interactie met het geheel van verhalen (vertogen) dat in een cultuur beschikbaar is. Mensen 'gebruiken' bestaande verhalen rondom hen op verschillende manieren; bijvoorbeeld door erbij aan te sluiten of zich er juist tegen af te zetten. Ricœur spreekt in dat verband in navolging van Gadamer over 'horizonten van betekenis' waartegen onze verhalen geconstrueerd, verteld en begrepen worden. (Ricœur, 1986, 122). Hiermee is de betekenis van Ricœur's identiteitsopvatting zowel relationeel als ethisch van aard. En wordt er zowel ruimte geboden aan het constante, datgene wat hetzelfde blijft (idem), als voor de verandering (ipse). Op die manier kan er ook recht worden gedaan aan tegenstrijdigheden, fragmentatie, ontwikkeling, voorlopigheid en toekomst-openheid. Ze biedt met andere woorden ook ruimte aan de eerder genoemde 'kleine verhalen' zoals we deze vaak tegenkomen in de psychiatrie. Met zijn narratieve notie van zelfbegrip en identiteitsontwikkeling heeft Ricœur een belangrijke bijdrage geleverd aan de narratieve benadering. Zijn werk heeft vele onderzoekers geïnspireerd tot het doen van narratief onderzoek naar identiteit en processen van identiteitsconstructie (Herman et al., 2005). Door het plot van (levens)verhalen te analyseren hebben diverse onderzoekers categorieën van plottypen ontwikkeld waarvan we een aantal voorbeelden zagen in paragraaf 2.

Verhalen als dragers van dominante 'discoursen': Foucault

Hoewel Ricœur wel degelijk het relationele aspect van narratieve identiteitsvorming en het feit dat verhalen altijd worden verteld binnen de contouren van culturele verhalen en vertogen benadrukte, wordt hem soms verweten dat hij te weinig oog had voor het element 'macht' dat hierbij een rol speelt. Om de rol van macht bij het construeren en vertellen van verhalen beter te begrijpen is het werk van Foucault onontbeerlijk.

Foucault is bekend geworden vanwege zijn gedetailleerde studies over de veranderende samenspielen van waarheid en macht waarbinnen subjecten ('de waanzinnige', 'de gedetineerde') worden gevormd (Veyne, 2010). Beroemd is zijn studie naar de geschiedenis van de waanzin (*Folie et déraison. Histoire de la folie, à l'âge classique*, 1961) waarin hij laat zien dat de ideeën en waarheidsopvattingen met betrekking tot waanzin afhankelijk zijn van de formele kaders en de

politiek- maatschappelijke omstandigheden waarin deze kennis tot stand komt. Deze formele kaders worden door Foucault aangeduid met de term ‘discours’ of ‘vertoog’ (Veyne, 2010, 12-13; Foucault, 1988). Een discours kan worden gezien als een historisch bepaald samenspel van macht en waarheidsopvatting waarbinnen kennis en waarheden worden geconstrueerd. Een discours wordt tot uiting gebracht in-, en in stand gehouden door een bepaalde wijze van spreken over fenomenen. We kunnen daarbij denken aan het huidige biomedische discours in de psychiatrie, waarbinnen vooral in biomedische termen wordt gesproken over psychiatrische verschijnselen. Dit discours bepaalt wat heden ten dage wordt erkend als geldige kennis over bijvoorbeeld de oorzaak van psychiatrische ziekten. Volgens Foucault kunnen we nooit om een heersend discours heen; het is altijd van invloed zonder dat we ons daar noodzakelijk van bewust hoeven te zijn. En ook als we ons daar wel (deels) van bewust zijn, kunnen we onszelf niet zomaar buiten het discours plaatsen. We zullen ons met andere woorden altijd op de een of andere manier moeten verhouden tot het discours waar we mee te maken hebben en onderdeel van zijn. We kunnen ons bijvoorbeeld wel afzetten tegen het huidige biomedische discours en het van binnenuit proberen te veranderen, maar we kunnen nooit volledig loskomen van de invloed die er van uit gaat. Zo bepaalt het discours of een bepaalde opvatting of betekenis als normaal of afwijkend, alternatief wordt bestempeld. In die zin is er dus altijd sprake van een machtswerking die uit gaat van een discours: zij bepaalt hoe we ons behoren te gedragen, wat normaal is en wat afwijkend, hoe we naar de ander en onszelf kijken (identiteitsvorming) en wat wordt geaccepteerd als geldige kennis. Er gaat met andere woorden altijd een ‘disciplinerende’ en ‘normaliserende’ macht uit van een discours. Foucault ziet deze discoursen niet als statische eenheden maar als historisch veranderlijk (Foucault, 1988; Veyne, 2010). De wijze waarop er vandaag de dag wordt gesproken en gedacht over psychiatrische patiënten verschilt bijvoorbeeld van de wijze waarop dit gebeurde in de Klassieke tijd (1650-1800). Ook de wijze waarop machtsstructuren zich ontwikkelen is daarmee volgens Foucault veranderd. Hij heeft laten zien dat de veranderende vorm van macht in de afgelopen decennia aan de basis staat van de opkomst van nieuwe menswetenschappen, zoals de psychologie, pedagogie, criminologie en de psychiatrie. Het feit dat mensen in toenemende mate in instellingen zoals scholen, ziekenhuizen, gevangenissen en psychiatrische instellingen werden gecontroleerd, geobserveerd, genormaliseerd en gereguleerd heeft volgens hem onder andere heeft geleid tot onderzoek en experimenten met menselijk gedrag als onderzoeksobject. Op die manier werden menselijke classificaties, diagnoses en categorieën geïntroduceerd met een wetenschappelijke legitimatie, welke de nieuwe inzet of instrumenten vormden voor controle en macht (Kraan, 2006, 882; Kunneman, 2009, 88; Verhoeff in: Denys & Meynen, 2012, 75). Foucault heeft steeds weer benadrukt dat iedere vorm van kennis en waarheidsaanspraken, ook

wanneer deze zijn gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek, worden bepaald en beïnvloed door het heersende discours waarin ze ontstaan. Dit betekent dat het volgens hem onjuist is om te spreken van objectieve, universele of oorspronkelijke kennis en waarheid (Foucault, 1985; Foucault, 1988; Foucault, 1989).

Foucault's notie van discours en de werking van macht en taal is van grote invloed geweest op de narratieve benadering. Een belangrijk inzicht dat zijn werk heeft voortgebracht in relatie tot de narratieve benadering is dat het dominante discours bepaalt welke verhalen worden geaccepteerd en welke niet of in mindere mate ('alternatieve' of 'counter' verhalen). Dit inzicht zagen we bijvoorbeeld terug bij het onderscheid dat in de vorige paragraaf werd gemaakt tussen de zogenoemde 'grote' en 'kleine' verhalen. Verhalen die niet voldoen aan bepaalde verhaalkenmerken zoals coherentie en één duidelijk herkenbaar plot, worden vanuit de traditionele verhalenbenadering (het dominante westerse discours) niet geaccepteerd als zijnde verhalen. Verhalen kunnen niet alleen afwijkend zijn vanwege hun vorm (coherentie, duidelijk herkenbaar plot etc.) maar ook vanwege hun inhoud (de gerichtheid van het plot of het narratieve standpunt). Vanuit het dominante biomedische discours in de psychiatrie zijn bijvoorbeeld verhalen waarin niet-medische duidingen of betekenissen worden gegeven afwijkend. In de psychiatrie zijn echter meerdere dominante, invloedrijke discourses werkzaam. We kunnen daarbij bijvoorbeeld denken aan de 'herstelbenadering' als invloedrijk discours dat zich baseert op een aantal centrale uitgangspunten (normen) te weten: 'hoop' dat er na de crisis betere tijden komen; 'empowerment': het inzicht en de kracht om zelf, positief bekrachtigd door de omgeving, op de eigen weg vooruit te komen; 'zelfverantwoordelijkheid' voor het eigen herstelproces en het op zich nemen van betekenisvolle rollen door relaties aan te gaan met anderen en deel te nemen aan het sociale en maatschappelijke leven (Ragins in: Van Dijk, 2013). Ook vanuit dit discours worden bepaalde verhalen meer geaccepteerd dan andere. Interessant is om ook met deze blik naar geestelijke begeleiding te kijken. Welke dominante of invloedrijke discourses gelden hier? Welke verhalen worden vanuit deze discourses meer of minder geaccepteerd of misschien zelfs uitgesloten? En wat is vanuit een narratief perspectief op geestelijke begeleiding hierin wenselijk of belangrijk? Dit zijn vragen die aan bod komen in het volgende hoofdstuk.

Belangrijk om in dit verband nog op te merken is dat Foucault ons er op heeft gewezen dat dominante narratieven niet alleen maar onderdrukkend of beperkend zijn, maar ook een positieve of producerende functie vervullen. Dominante narratieven geven ook richting aan het alledaagse handelen en bieden een structuur die de wereld begrijpelijk maakt (Bamberg in: Sools, 2010). Dit zijn interessante inzichten met het oog op de relatie tussen de narratieve benadering en geestelijke verzorging in de psychiatrie.

Verhaal en werkelijkheid: Van Peursen

“Each story is a spider’s web, attached ever so lightly perhaps,
but still attached to life at all corners.”

Virginia Woolf, 1929.

In het bovenstaande zijn een aantal belangrijke functies van verhalen besproken, zoals het ordenen, interpreteren en begrijpen van de wereld in- en rondom ons, het construeren van onze identiteit en de normaliserende en producerende functie. In het volgende hoofdstuk zal ik in gaan op de vraag hoe deze betekenis kunnen krijgen in de praktijk van geestelijke begeleiding in de psychiatrie. Maar eerst wil ik nog kort ingaan op een fundamentele vraag met betrekking tot de betekenis van verhalen, namelijk die naar de relatie tussen verhaal en werkelijkheid.

In paragraaf 1 zagen we dat met de narratieve wende ook een verandering plaatsvond van een modernistische (realistische) kijk op kennis naar een (sociaal)constructivistische opvatting van kennis. Wanneer er uit wordt gegaan van een strikt constructivistische opvatting dan betekent dit dat er geen werkelijkheid buiten onze taal en verhalen om bestaat. De werkelijkheid wordt met andere woorden geconstrueerd in verhalen. Dit extreme standpunt gaat echter voorbij aan het ervaringsfeit dat bepaalde verhalen meer recht doen dan aan de ‘werkelijkheid’ dan andere. Dit punt van kritiek is uitgewerkt door de Nederlandse filosoof Van Peursen wiens werk ‘Verhaal en werkelijkheid’ al kort werd besproken in paragraaf 3. In dit boek onderzoekt hij de relatie tussen taal en verhaal enerzijds en de concrete, alledaagse werkelijkheid anderzijds. Hierin verdedigt hij een visie die volgens hem zowel niet kan worden bestempeld als strikt realistisch, maar ook niet als strikt constructivistisch maar een tussenpositie inhoudt. Volgens Van Peursen heeft al ons spreken over de werkelijkheid namelijk enerzijds wel degelijk het karakter van duiding of interpretatie (constructivistisch standpunt). Anderzijds hebben verhalen volgens hem wel degelijk altijd betrekking op werkelijkheid (realistisch standpunt). Van Peursen ziet verhalen als menselijke reacties op uitdagingen van de wereld, de werkelijkheid rondom ons. Deze uitdagingen, in de vorm van gebeurtenissen of onverwachte voorvallen, lokken verhalen uit. Verhalen ontstaan met andere woorden onder aandrang van de werkelijkheid, waarbij hij opmerkt dat niet alle gebeurtenissen aanleiding geven tot een verhaal. Meer beeldend beschrijft van Peursen in dat verband verhalen als ‘explosies van gebeurtenissen’. Hij bedoelt hiermee dat gebeurtenissen die de aandacht vragen van de waarnemer (en daarmee ‘aanwijsbaar’ zijn), exploderen in- of tot verhalen. Met deze verhalen wordt vervolgens iets toegevoegd aan deze gebeurtenissen (aan de werkelijkheid), namelijk structuur en betekenis. Verhalen dienen volgens Van Peursen dan ook te worden opgevat als ‘ordenende netwerken’ waarmee een ‘representatie’ van de gebeurtenissen,

van de zich aandienende werkelijkheid wordt geboden. De verteller rijgt met andere woorden door middel van het verhaal het 'objectieve' gebeuren (beschrijving) aaneen met het 'subjectieve'; de betekenis, evaluatie van het gebeuren. Kenmerkend voor verhalen is in die zin dan ook dat zij altijd zowel een beschrijvend, descriptief deel in zich hebben als een evaluatief of interpreterend deel (beoordeling, waardering) (109-133). In paragraaf 2 werd dit punt ook reeds besproken en duidelijk gemaakt dat enkel louter beschrijvende uitspraken kunnen worden beoordeeld als 'waar' of 'onwaar'. Omdat verhalen altijd bestaan uit een combinatie van beschrijvende en evaluatieve uitspraken is het volgens Van Peursen beter om verhalen niet primair te beoordelen als 'waar' of 'onwaar' maar als 'in meer of mindere mate rechtdoende aan de werkelijkheid'.

De werkelijkheid die Van Peursen hierbij voorstaat is geen 'verborgen werkelijkheid achter de sluier van natuurkundige formules, sociale constructies en psychologische projecties.' Maar; '[...] een werkelijkheid vlak om ons heen, om concrete dingen en handelingen' (Van Peursen, 1992, 7). Het gaat Van Peursen kortom om de alledaagse, aanwijsbare werkelijkheid. Met 'aanwijsbaar' bedoelt hij dat er in onze gedachten weliswaar tal van manifestaties van de wereld kunnen zijn, maar dat er slechts één werkelijk, concreet, aanwijsbaar in het hier en nu is. Samenvattend ziet Van Peursen deze werkelijkheid als: procesmatig, vloeiend, ambigu, veranderlijk, vluchtig en relationeel. Dit betekent dat er volgens Van Peursen altijd meerdere interpretaties, representaties van de werkelijkheid mogelijk zijn en naast elkaar kunnen bestaan, allen mogelijk met een zekere mate van geldigheid. De uiteindelijke toetsingscriteria liggen altijd in die concrete, geleefde werkelijkheid. Het belangrijkste toetsingscriterium daarbij is zoals gezegd: 'recht doen aan die concrete beleefde werkelijkheid'. Juist het concrete van de meerduidige werkelijkheid wordt in de vele verhalen verteld. Hiermee leidt het pleidooi van Van Peursen tot een vernieuwde aandacht voor de concrete gebeurtenissen en een diversiteit van verhalen en interpretaties van een bepaald fenomeen, die met elkaar kunnen concurreren.

4. Resumé

Samenvattend zijn er een aantal centrale uitgangspunten van de narratieve benadering te formuleren waar binnen dit onderzoek vanuit wordt gegaan:

- Centraal staat de veronderstelling dat mensen zichzelf en de wereld om hen heen proberen te begrijpen en ordenen door het construeren en vertellen van verhalen. Al verhalend geven mensen interpretaties van zichzelf en de wereld om hen heen. Verhalen zijn anders gezegd geworteld in menselijke reacties op uitdagingen van de wereld en het leven.

- Verhalen en betekenissen ontstaan nooit alleen in de hoofden van mensen, maar altijd in interactie met de ander en het geheel van omringende verhalen. Verhalen staan daarmee niet op zichzelf maar in relatie tot de context(en) en de luisteraar.
- De verhalen die we vertellen getuigen van een (zelf-) reflectieve activiteit en zijn doorgaans moreel geladen. ‘Reflectief’ omdat we door middel van verhalen nadenken over onszelf en indrukken van de wereld om ons heen. ‘Moreel geladen’ omdat met het vertellen van verhalen, impliciet en expliciet, evaluaties, waarderingen en noties van goed en kwaad worden gegeven.
- Bij het construeren, vertellen en waarden van verhalen speelt tevens het element macht een belangrijke rol. Dominante discoursen bepalen welke verhalen worden geaccepteerd en welke niet of in mindere mate. Zodoende klinkt in verhalen altijd ook de dominante moraal van een samenleving of discours door.
- Verhalen kunnen uiteenlopende vormen aannemen die in meer of minder mate kunnen voldoen aan bepaalde kenmerken zoals: paradigmatisch taalgebruik waarbij wordt gestreefd naar consistentie en objectiviteit of verhalende taal waarbij wordt gefocust op het particuliere, contextuele en ‘geleefde’ ervaringen; coherent, afgerond, reflectief en eenstemmig of open, onaf, tegenstrijdig, vluchtig, warrig en meerstemmig; invloedrijk (dominant), vanzelfsprekend (canoniek) of afwijkend, alternatief (counter). Binnen dit onderzoek wordt aldus uitgegaan van een brede, omvattende en inclusieve verhaalbenadering.
- Elk van die verhalen verwijst naar een bepaald aspect van de concrete, alledaagse werkelijkheid. Deze werkelijkheid is per definitie betwistbaar, meerduidig, onuitputtelijk, vloeiend en veranderlijk. Dit betekent dat er nooit sprake kan zijn van één omvattend verhaal; ook wetenschappelijke theorieën, verklaringen belichten maar een klein stukje van de werkelijkheid, niet de laatste of fundamentele.
- Het belangrijkste toetsingscriterium bij de narratieve benadering is: ‘recht doen aan deze concrete, alledaagse werkelijkheid’. Met andere woorden: zoekt niet naar ‘de’ waarheid, maar naar levensechtheid, recht doen aan de ge-/beleefde werkelijkheid. Teneinde recht

te doen aan deze meerduidige werkelijkheid worden betekenisverschillen eerder uitvergroot dan verminderd (reductie).

- Alledaagse, evaluatieve verhalen rond gebeurtenissen in de concrete werkelijkheid ontsluiten veel meer 'werkelijkheidsdimensies' dan wetenschappelijke verhalen. Als we recht willen doen aan de werkelijkheid van bijvoorbeeld de patiënt of van de professional, is het daarom belangrijk om ruimte te creëren voor alledaagse, persoonlijke verhalen. Dus naast de dominante en canonieke verhalen zoals 'het biomedische verhaal', juist ook ruimte maken voor alternatieve, afwijkende, alledaagse en 'kleine' verhalen. Op die manier kan de narratieve benadering ook bijdragen aan emancipatoire processen.

HOOFDSTUK III

GEESTELIJKE BEGELEIDING

ALS NARRATIEVE PRAKTIJK

Inleiding

Met de twee voorgaande hoofdstukken is een antwoord te geven op de eerste twee deelvragen van dit onderzoek. In het eerste hoofdstuk heb ik de belangrijkste kenmerken van de huidige, biomedische psychiatrie uiteengezet en beschreven hoe hier vanuit theoretisch- en ervaringsperspectief tegenaan wordt gekeken (deelvraag 1). We zagen dat de biomedisch georiënteerde psychiatrie hoofdzakelijk is gericht op het diagnosticeren, beheersen, behandelen en genezen van psychiatrische klachten en verschijnselen waarbij reductie een centrale notie is. Binnen dit perspectief worden klachten en uitingen van mensen in de psychiatrie hoofdzakelijk gezien als een symptoom van hun ziekte of stoornis. De klacht of uiting wordt niet in een breder (zins)verband geplaatst. Hierdoor wordt volgens verschillende auteurs voorbij gegaan aan de niet-medische dimensies van de patiënt en diens ziekte, zoals de existentiële, geestelijke, levensbeschouwelijke en spirituele dimensie. Tevens bestaat het gevaar dat er binnen dit medisch-technische perspectief onvoldoende ruimte is voor de morele en existentiële (of: zingevings-) vragen die raken aan het werken in de psychiatrie. Geconcludeerd werd dan ook dat het zinvol is de mogelijkheid te onderzoeken van alternatieve, complementaire benaderingen om meer recht te doen aan de inherente meervoudigheid en complexiteit van de psychiatrie. In hoofdstuk II heb ik de narratieve benadering als zo'n mogelijke aanvullende benadering voor het voetlicht gebracht, door de belangrijkste kenmerken en uitgangspunten van deze benadering te beschrijven (deelvraag 2). De narratieve benadering gaat uit van de mens als verhalenverteller; mensen construeren en vertellen verhalen waarmee zij betekenis, zin en richting aan hun leven geven. Binnen dit perspectief is aandacht voor de *betekenisvolheid* van menselijke uitingen; van kleine, flardische verhalen tot de meer afgeronde en coherente verhalen. Verhalen ontsluiten verschillende, mogelijk ook tegenstrijdige, betekenisdimensies van de ervaren werkelijkheid van de verteller. Deze veelheid en mogelijke tegenstrijdigheid van betekenissen is vanuit narratief perspectief niet problematisch maar juist nodig om recht te doen aan de geleefde, meervoudige werkelijkheid. Het recht doen aan de concrete, geleefde werkelijkheid is het belangrijkste narratieve criterium. In theorie lijkt de narratieve benadering daarmee over goede kaarten te

beschikken om de leemte in de huidige psychiatrie op te vullen. Immers, waar de biomedische benadering louter gericht is op de medische (betekenis)dimensie, biedt de narratieve benadering ruimte aan de kant van de beleving en meervoudige betekenisgeving. De vraag is echter hoe deze laatstgenoemde benadering in de psychiatrische praktijk concreet gestalte kan krijgen. Deze vraag staat centraal in dit laatste hoofdstuk.

Teneinde handen en voeten te geven aan de narratieve benadering in de praktijk van de psychiatrie, wordt in dit hoofdstuk specifiek gekeken naar de mogelijke rol en betekenis van de geestelijk begeleider. Zoals we in de volgende paragraaf zullen zien bestaat er een hechte relatie tussen de praktijk van geestelijke begeleiding en de narratieve benadering. De geestelijk begeleider lijkt de aangewezen persoon om de narratieve benadering in de psychiatrie concreet gestalte te geven en te faciliteren. Hoewel de geestelijk begeleider dit in veel opzichten al doet, valt hierin nog veel te ontwikkelen. In dit hoofdstuk zal ik dit onderzoeken door in te gaan op de vraag op welke wijze geestelijke begeleiding concreet gestalte en betekenis kan krijgen als narratieve praktijk in de psychiatrie op drie samenhangende niveaus, te weten het micro-, meso- en macroniveau. Daarmee wordt een bijdrage geleverd aan de huidige discussie over de betekenis en positie van de geestelijk begeleider binnen de psychiatrie.

In paragraaf 1 beschrijf ik de relatie tussen geestelijke begeleiding en de narratieve benadering. Hierin wordt betoogd dat geestelijk begeleiders de aangewezen beroepsgroep is om de narratieve praktijk als aanvullende benadering in de psychiatrie vorm en inhoud te geven en welke uitdagingen hier nog liggen. Vervolgens wordt een aanzet gegeven voor een concretisering van geestelijke begeleiding als narratieve praktijk op het microniveau (paragraaf 2) en het meso- en macroniveau (paragraaf 3 en 4). In paragraaf 5 wordt tot slot resumerend een antwoord gegeven op de derde deelvraag van dit onderzoek: op welke wijze kan geestelijke begeleiding concreet gestalte en betekenis krijgen als narratieve praktijk in de psychiatrie?

1. Geestelijke begeleiding in de psychiatrie: status quo & uitdagingen

Geestelijke begeleiding en narrativiteit: een hechte band

Steeds meer auteurs definiëren geestelijke begeleiding als een narratieve praktijk. Hoogleraar religie en zorg Hans Schilderman schrijft in zijn oratie dat er in de theorie van de geestelijke zorg weliswaar verschillende modellen bestaan, maar dat het narratieve model lijkt te zijn uitgegroeid tot het dominante paradigma (2011, 11). De narratieve benadering past volgens hem naadloos in het uitgangspunt dat: ‘de geestelijk begeleider hulp en begeleiding biedt bij zingeving aan het bestaan volgens geloof en levensovertuiging’ (2011, 10). Schilderman omschrijft geestelijke begeleiding (zorg) als een ‘narratieve luister-, vertel- en interventiekunst’ (idem). Hetty Zock,

hoogleraar godsdienstpsychologie met bijzondere aandacht voor de geestelijke verzorging, ziet eveneens een toenemende aandacht voor een narratieve, hermeneutische benadering in de geestelijke verzorging. Deze aandacht valt volgens haar te begrijpen tegen de achtergrond van het feit dat levensbeschouwelijke visies steeds diverser, verbrokkelder en individueler gestalte krijgen. Door dergelijke ontwikkelingen krijgen de individuele levensverhalen van patiënten in toenemende mate een centrale rol in de geestelijke zorg (2007, 25-26). Hoogleraar praktische theologie Ruard Ganzevoort schrijft dat er reeds een 'lange intrinsieke relatie' bestaat tussen de narratieve benadering en de praktijk van geestelijke begeleiding ('praktische theologie'). Hij schrijft hierover: 'Pastorale en geestelijke zorg richten zich specifiek op [die] individuele verhalen in hun relatie met levensbeschouwelijke tradities. Religieuze vorming draagt de verhalen van een traditie uit om zodoende nieuwe generaties te helpen bij het opbouwen van een repertoire aan potentieel betekenisvolle verhalen' (2011, 61). En ook Martin Walton, universitair docent geestelijke verzorging, meent dat een narratief, hermeneutisch paradigma de beste papieren heeft om tot een betekenisvolle formulering van de beroepsidentiteit van geestelijke verzorging te komen (Walton, 2006). Ook in de humanistiek wordt bij de ontwikkeling van geestelijke begeleiding in belangrijke mate aangesloten bij de hermeneutisch-narratieve stroming; het humanistisch mensbeeld en centrale humanistische waarden zoals respect, verbondenheid, verantwoordelijkheid, gelijkwaardigheid en de gerichtheid op dialoog sluiten immers goed aan bij de belangrijkste uitgangspunten van deze benadering (Mooren, 1999). In de afgelopen periode zijn er binnen de humanistiek dan ook verschillende pogingen gedaan om een methodiek voor geestelijke begeleiding te definiëren in termen van narrativiteit en zingeving (o.a. Alma en Anbeek, 2011; Jacobs, 2001; Jorna, 2008; Mooren, 1999, 2012; Schumann, 2011; Sools & Schumann, 2012). De toenemende aandacht voor het definiëren van geestelijke begeleiding als een narratieve praktijk, wordt tot slot ook zichtbaar in diverse praktische methoden en instrumenten. Voorbeelden daarvan zijn: de module 'Opzoek naar zin', ontwikkeld door schrijfster José Franssen in samenwerking met het Trimbos-instituut, waarin werken met het levensverhaal een centrale rol speelt (zie o.a. Bach in: Doolaard, 2006); 'Mijn leven in kaart' een methode om met ouderen in gesprek te gaan over hun levensverhaal (Huizing en Tromp, 2013); en 'Mijn leven in fragmenten', een praktisch hulpmiddel om met dementerenden in gesprek te gaan over hun leven (Van den Brandt en Huizing, 2009). Ook het werken met zogenaamde 'levensboeken' waarin het levensverhaal van de patiënt of bewoner samen met een geestelijk begeleider wordt opgetekend wint aan populariteit onder geestelijk begeleiders werkzaam in de gezondheidszorg (zie o.a. Tromp, 2011).

De geestelijk begeleider heeft kortom al expertise op het gebied van narrativiteit en is daarmee in potentie de aangewezen professional om de narratieve benadering in de psychiatrie verder te ontwikkelen. Er zijn echter ook enkele kanttekeningen te plaatsen bij de huidige theorie en praktijk over geestelijke begeleiding als narratieve praktijk met het oog op de psychiatrie als werkveld. In de eerste plaats wordt vaak nog (te) veel gericht op de ‘grote’ (levens)verhalen en minder op de zogenaamde (‘hele’) kleine, verwarde en gefragmenteerde verhalen (zie voor een dergelijke kanttekening ook: Sools & Schumann, 2012). Hiermee hangt een tweede kanttekening samen, namelijk dat het gevaar bestaat dat geestelijk begeleiders vooral op zoek zijn naar de verhalen die in hun ogen ‘betekenisvol’ of ‘zinvol’ zijn en daarmee verhalen die dit (op het eerste gezicht) niet of in mindere mate zijn uitsluiten. Een derde kanttekening die ik wil maken is dat in bovengenoemde voorbeelden hoofdzakelijk wordt ingegaan op de betekenis van verhalen van patiënten in geestelijke begeleiding op het microniveau en niet of nauwelijks op de vraag hoe de narratieve benadering ook breder kan worden ingezet (op meso- en macroniveau). Deze kanttekeningen vormen de aanleiding om geestelijke begeleiding als narratieve praktijk in psychiatrie verder uit te werken. Hiertoe zal ik drie niveaus beschrijven waarop de geestelijk begeleider een bijdrage zou kunnen leveren als expert op het gebied van narrativiteit: het micro-, meso- en macroniveau. De keuze voor deze drie niveaus wordt in het volgende kort toegelicht.

Geestelijke begeleiding in de psychiatrie: een uitdaging op drie niveaus

De relatie tussen geestelijke begeleiding en de psychiatrie kent reeds een lange traditie (Goudswaard in: Doolaard, 2006, 23). De afgelopen decennia zijn er echter verschillende ingrijpende veranderingen en ontwikkelingen in de samenleving en gezondheidszorg van invloed op de positie en betekenis van de beroepsgroep in de geestelijke gezondheidszorg. De belangrijkste veranderingen die in dat verband worden genoemd zijn de secularisering, de verhouding tot andere disciplines, vermaatschappelijking en transmuralisering (De Boer in: Doolaard, 2006, 272). Deze veranderingen en ontwikkelingen vormen enerzijds een bedreiging voor het beroep in traditionele zin. Anderzijds bieden zij ook belangrijke uitdagingen voor de beroepsgroep (idem). Met dit onderzoek richt ik mij hoofdzakelijk op de uitdagingen. Deze uitdagingen zijn niet alleen inhoudelijk van aard, maar hebben ook te maken met het *beroepsdomein* van de geestelijk begeleider. Met het beroepsdomein wordt het professionele domein waarop de geestelijk begeleider werkzaam is bedoeld. De vereniging van geestelijk verzorgers in zorginstellingen (VGVZ) heeft in 2002 een beroepsstandaard opgesteld voor geestelijk verzorgers die werkzaam zijn in een van de zes werkvelden van de gezondheidszorg, waaronder ook de psychiatrie. In deze beroepsstandaard wordt beschreven wie geestelijk verzorgers in

zorginstellingen zijn, wat zij doen en wat van hen wordt verwacht (VGVZ, 2002). De VGVZ geeft de volgende definitie van geestelijke verzorging:

‘De professionele en ambtshalve begeleiding van en hulpverlening aan mensen bij hun zingeving en spiritualiteit, vanuit en op basis van geloofs- en levensovertuigingen en de professionele advisering inzake ethische en/of levensbeschouwelijke aspecten in zorgverlening en beleidsvorming’ (VGVZ, 2002, 9).

In de beroepsstandaard worden drie niveaus of domeinen van geestelijke verzorging zichtbaar. In de eerste plaats het *microniveau*, dit is het niveau waarop begeleiding van en hulpverlening aan individuen bij hun zingevingsvragen wordt geboden. Dit kunnen we het niveau of domein van de patiënt noemen. Kenmerkend voor de positie van de geestelijk begeleider op het microniveau in de psychiatrie, is dat hij/zij, in tegenstelling tot bijvoorbeeld verpleegkundigen, psychiaters en therapeuten, géén onderdeel uitmaakt van een behandelteam. Dat betekent dat hetgeen patiënten vertellen aan de geestelijk begeleider niet wordt gerapporteerd en geen directe gevolgen heeft voor hun behandeling. Deze positie wordt ook wel aangeduid met de term ‘vrijplaats’.

Daarnaast worden in de beroepsdefinitie ook kerntaken genoemd die betrekking hebben op het *mesoniveau*. Dit niveau zien we terug in de beschrijving van de kerntaak ‘advisering inzake ethische en/of levensbeschouwelijke aspecten in zorgverlening en beleidsvorming’. Het mesoniveau heeft met andere woorden betrekking op het niveau of domein van de instelling. Behalve advisering op het gebied van ethiek en levensbeschouwing, kan hierbij ook worden gedacht aan gesprekken met medewerkers en/of het management over de complexiteit van het werken in de psychiatrie.

Tenslotte komt ook het *macroniveau* in de beroepsstandaard naar voren, niet zozeer direct als het werkdomein van geestelijk verzorgers, maar als invloedrijke context, waarbij op het meer abstracte beleidsniveau een zekere invloed wel degelijk van belang kan zijn. Zo lezen we in het voorwoord van de beroepsstandaard dat ‘ingrijpende veranderingen in de samenleving’ ondermeer de aanleiding voor de VGVZ vormde om het beroepsprofiel uit 1995 te herschrijven. Ook wordt nadrukkelijk gewezen op de voortgaande veranderingen en ontwikkelingen in de samenleving die onmiskenbaar van invloed zijn op de inhoud, betekenis en positie van de beroepsgroep (o.a. in de psychiatrie). Het niveau of domein van de samenleving kan worden gezien als het *macroniveau* waar geestelijk begeleiders zich toe dienen te verhouden. In de humanistiek wordt in relatie tot het meso- en macroniveau ook wel de term ‘humanisering’

gebezigd: 'het bevorderen van de voorwaarden voor persoonlijke zingeving door rechtvaardige maatschappelijke instituties en een duurzame samenleving' (2006)⁸.

Zoals we in het bovenstaande zagen, richten geestelijk begeleiders zich doorgaans vooral op verhalen van patiënten in relatie tot zingeving. Dit lijkt exemplarisch te zijn voor de traditionele gerichtheid van geestelijke begeleiding in het algemeen. Uit empirisch onderzoek blijkt dat geestelijk begeleiders zich in de praktijk vooral (of zelfs uitsluitend) richten op het microniveau van de contacten met patiënten en bewoners. Aan de kerntaken op het meso- en macroniveau wordt grotendeels voorbij gegaan (Schilderman, 2007). Schilderman noemt dit een zorgelijk gegeven. Gezien de professionele concurrentie door psychologen, maatschappelijk werkers en activiteitenbegeleiders bestaat volgens hem de reële kans dat dit op termijn een bedreiging vormt voor het behoud van de eigen werkplek van geestelijk verzorgers. 'Teder beroepsdomein, dus ook dat van de geestelijke verzorging, staat voortdurend ter discussie vanwege het proces van voortgaande arbeidsdeling (...). Het professionele domein waarop men werkt, is daarbinnen nooit eens en voor altijd gegeven, maar wordt altijd bestreden, bevorderd, verkleind, vergroot, verschoven en geherdefinieerd. Dat is nou eenmaal de dynamiek van beroepen zoals die de ontwikkeling van moderne samenlevingen kenmerkt. Maar dat betekent ook een harde strijd om de macht, waarin sommige beroepen verdwijnen en andere ontstaan'(22-23).

Ik deel de mening van Schilderman, dat geestelijk begeleiders zich niet zouden moeten beperken tot het microniveau. De uitdaging voor geestelijk begeleiders in de psychiatrie (en dit geldt denk ik tevens voor andere werkvelden) ligt er in om alle *drie* de niveaus te betrekken in het werk. Niet alleen omdat anders de legitimatie van de beroepsgroep mogelijk wordt bedreigd (waar Schilderman op wijst), maar vooral omdat anders belangrijke kansen om als beroepsgroep een waardevolle bijdrage te leveren aan de organisatie en samenleving onbenut blijven. Bovendien zijn het meso- en macroniveau onmiskenbaar van invloed op het microniveau. Zoals ik in het vorige hoofdstuk al liet zien staan individuele verhalen immers nooit op zichzelf, maar in relatie tot de (dominante) verhalen op het niveau van de instelling en van de samenleving als geheel. Het micro- meso- en macroniveau zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Mijn stelling is dat de narratieve benadering bij uitstek niet alleen iets kan betekenen op het microniveau, maar ook op het niveau van de instelling (meso) en op het niveau van de samenleving (macro). De vraag hoe geestelijke begeleiding als narratieve praktijk concreet gestalte zou kunnen krijgen op deze drie niveaus in de context van de psychiatrie komt in de volgende paragrafen aan bod. In de eerste plaats wordt ingegaan op het microniveau waarbij aan de hand van een verhaal uit de praktijk een viertal competenties die van belang zijn bij geestelijke begeleiding als narratieve praktijk, wordt

⁸ Bron: <http://www.uvh.nl/onderzoek/over-onderzoek/zingeving-en-humanisering-als-onderzoeksobject>

beschreven en geïllustreerd. Deze competenties zijn niet alleen van belang bij geestelijke begeleiding op het microniveau, maar ook op het mesoniveau. Bij de beschrijving van het mesoniveau heb ik ervoor gekozen twee praktijkvoorbeelden uit te werken van geestelijke begeleiding als narratieve praktijk. De competenties zoals uiteengezet bij de beschrijving van het microniveau komen hierin impliciet tot uitdrukking. Tot slot wordt kort stil gestaan bij de relatie van deze twee niveaus tot het macroniveau. Op deze manier wordt een aanzet gegeven tot een narratief model voor geestelijke begeleiding in de psychiatrie.

2. Geestelijke begeleiding als narratieve praktijk: microniveau

Met het microniveau wordt het niveau bedoeld waarop begeleiding van en hulpverlening bij zingeving wordt geboden aan individuen. Vanuit narratief perspectief op geestelijke begeleiding gaat het daarbij in de eerste plaats om aandacht en ruimte voor de verhalen en betekenissen van de patiënt waarmee recht wordt gedaan aan diens geleefde werkelijkheid. Zoals beschreven in het vorige hoofdstuk ontstaan verhalen en betekenissen nooit alleen in de hoofden van mensen, maar altijd in interactie met de ander en het geheel van omringende verhalen. In deze context is die ander de geestelijk begeleider die met zijn/haar manier van luisteren, reageren en *bestaan* van invloed is op (het ontstaan van) de verhalen en betekenissen van de patiënt. Het microniveau heeft dan betrekking op *de relatie en het contact tussen de geestelijk begeleider en de patiënt(en) waarin verhalen en betekenissen worden (her)verteld en onderzocht*. Het gaat hierbij zowel om de *individuele* contacten tussen de patiënt en de begeleider in de vorm van gesprekken of rituelen zoals een kaars aansteken of een gedicht lezen, als om de contacten in het *groepswerk* zoals gespreksgroepen. In deze paragraaf zal ik proberen antwoord te geven op de vraag wat nodig is om geestelijke begeleiding als narratieve praktijk concreet vorm te geven op het microniveau. In het vorige hoofdstuk werd al gewezen op een artikel van Sools en Schuhmann waarin zij de kleine verhalenbenadering als nieuw perspectief voor humanistisch geestelijke begeleiding uitwerken. In dat artikel reflecteren zij op de drie competenties van geestelijke begeleiding zoals beschreven door Hans Alma en Christa Anbeek (2011), te weten: de hermeneutische, de zelfreflectieve en de heuristische competentie, vanuit het kleine verhalenperspectief. Op die manier komen zij tot een aanzet voor een methodiek van humanistisch geestelijke begeleiding die hoofdzakelijk betrekking heeft op het microniveau. In dit hoofdstuk wordt deze methodiek als uitgangspunt genomen. Twee van de drie competenties, de hermeneutische en de zelfreflectieve competentie, heb ik overgenomen en aangevuld op basis van de narratieve benadering zoals uitgewerkt in het vorige hoofdstuk en met het oog op de psychiatrie als werkveld. Vanwege het centrale belang dat in de narratieve benadering wordt gehecht aan de relationele en dialogische dimensie, heb ik ervoor

gekozen om de relationele en dialogische competentie toe te voegen⁹. De dialogische competentie komt deels overeen met de heuristische competentie zoals beschreven door Alma en Anbeek en verder uitgewerkt door Sools en Schuhmann. Omdat ik zoveel mogelijk aan wil sluiten bij de praktijk, zal ik gebruik maken van een verhaal afkomstig uit mijn eigen praktijk als humanistisch geestelijk begeleider in de psychiatrie. De verschillende competenties worden aan de hand van dit praktijkvoorbeeld nader belicht.

Het verhaal van Sarah

Sarah is een vrouw van begin veertig. Op haar 18^e werd ze voor het eerst opgenomen in de psychiatrie vanwege een psychose. Sindsdien is ze regelmatig langere periodes opgenomen geweest en inmiddels verblijft ze al bijna twintig jaar aaneengesloten in de psychiatrie. De kans dat ze ooit weer een leven buiten de psychiatrie krijgt acht ze zelf bijzonder klein. Ik leerde haar tijdens mijn stage kennen, op de afdeling psychotische stoornissen verblijf intensief. Vanaf onze eerste kennismaking vroeg ze enerzijds regelmatig of ik langs wilde komen, anderzijds hield ze ook veel afstand in ons contact. In het begin had ze bijvoorbeeld liever niet dat ik op haar kamer kwam. Als ik langs kwam gingen we samen naar de rookkamer. Ze wilde dan ook niet naast mij zitten, maar altijd met een lege stoel tussen ons in. Soms kon ze in een gesprek opeens aangeven dat ze wilde dat ik weer ging. Later veranderde dit, ik mocht toen bijvoorbeeld wel op haar kamer komen zitten, al had ze liever niet dat ik op één van haar eigen stoelen plaats nam. Ik bleef dan tijdens het gesprek staan of ze haalde voor mij een stoel van de gang. Inmiddels zit ik doorgaans op haar kamer tegenover haar aan tafel, op een van haar stoelen en staat er vaak een pot verse koffie klaar. Als het lekker weer is gaan we samen naar buiten, we wandelen wat over het terrein, zitten op een bankje en steken een kaars aan in de kapel. In de loop der tijd vertelde Sarah mij steeds meer, over zichzelf, haar jeugd, familie, de mensen op de afdeling en over wat ze dagelijks allemaal meemaakt. Van het begin af aan merkte ik dat Sarah een bijzondere kijk op het leven en de wereld heeft. De verbanden die zij legt en de betekenissen die zij ziet zijn vaak verre van vanzelfsprekend. In bepaalde perioden zijn haar verhalen zelfs zo vreemd en onnavolgbaar dat ik daar ongemakkelijk of zelfs angstig van kan worden. Dit zijn de perioden waarin de verpleegkundigen mij erop wijzen dat ze weer een psychotische periode doormaakt. Toen ik Sarah op een dag vertelde over het onderwerp van mijn scriptie vroeg ze daar geïnteresseerd naar. Ik vertelde dat onder andere haar verhalen mij tot het onderwerp hadden geïnspireerd. Ze zei dat ik haar verhalen gerust mocht gebruiken voor mijn scriptie. Toen ik haar vervolgens vroeg of ze niet iets voor mij op papier wilde zetten over haar zelf en onze contacten reageerde ze direct enthousiast. Een paar dagen later ontving ik van haar een handgeschreven brief¹⁰ van meerdere kantjes waarin ze schrijft over haar jeugd, psychoses, het leven in de psychiatrie en haar geloof.

⁹ Voor een overzicht van de vier competenties zie figuur 1.

¹⁰ Ik heb de brief overgetypt zodat ik er ter illustratie citaten van kan gebruiken in dit hoofdstuk. De gehele brief is als bijlage opgenomen. Vanzelfsprekend zijn alle namen, waaronder haar eigen naam, in de hierboven beschreven casus en in de brief gefingeerd.

Relationele competentie

Hoi Hoi Lisa. We kennen elkaar nu toch al 'n jaartje of 2-3. Je bent bezig met je scriptie en vroeg me om wat op te schrijven over onze contacten en over mezelf. Nou gaat ie: Onze eerste contacten waren samen met Anneke¹¹. Tijdens onze eerste gesprekken speelde het thema angst.'

Fragment uit de brief van Sarah.

De eerste competentie die hier wordt beschreven kan worden gezien als een *voorwaarde* voor geestelijke begeleiding als narratieve praktijk op het microniveau. Het gaat hierbij om de 'relationele competentie': *het investeren in (de opbouw en het bewaken van) een relatie van veiligheid, gelijkwaardigheid en vertrouwen*. Een dergelijke relatie kan worden gezien als de 'bedding' waarin persoonlijke verhalen kunnen worden verteld en onderzocht. Een bedding biedt een veilige, begrensde ruimte waarvan de oevers niet statisch zijn, maar in de loop der tijd natuurlijk worden gevormd. In het contact tussen de begeleider en de patiënt is het aan de begeleider om er voor te waken dat het contact niet oeverloos wordt. Het is daarbij belangrijk dat de patiënt zijn/haar eigen grenzen kan aangeven en dat deze door de begeleider worden (h)erkend en gerespecteerd. Ook de begeleider dient helder te zijn in het aangeven van zijn/haar eigen grenzen die zowel persoonlijk als professioneel van aard kunnen zijn. Professioneel in die zin dat de relatie tussen de begeleider en patiënt naast *gelijkwaardig* altijd ook in verschillende opzichten *ongelijk* is; het gaat immers om het verhaal en het belang van de patiënt, de begeleider draagt te allen tijde de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor het contact en bepaalt zaken zoals de frequentie, de duur van de gesprekken en de grondregels over wat wel en niet tot de professionele relatie behoort. Bovendien heeft de geestelijk begeleider gekozen voor zijn of haar positie als professional, in tegenstelling tot de patiënt die er niet voor heeft gekozen patiënt te zijn. Het is belangrijk dat de begeleider naast het streven naar gelijkwaardigheid, ook de *ongelijkheid* die kenmerkend is voor de relatie erkent en daar helder over communiceert en naar handelt. Duidelijke grenzen en ondubbelzinnige afspraken dragen bij aan een 'veilige bedding' waarin persoonlijke verhalen kunnen worden verteld, verkend en onderzocht. Dit zijn belangrijke aspecten van de relationele competentie.

In bovstaand brieffragment verwijst Sarah naar onze relatie en de ontwikkeling van ons contact. Zoals ik al schreef is de ontwikkeling van onze relatie ook van invloed op de verhalen die tijdens onze gesprekken worden verteld. Dit sluit aan bij het uitgangspunt van de narratieve benadering dat verhalen nooit op zichzelf staan maar altijd ontstaan en betekenis krijgen in relatie tot de context en de luisteraar. Dat betekent dat er niet wordt uitgegaan van het idee van één actieve

¹¹ Dat was mijn stagebegeleider. Haar naam is eveneens gefingeerd.

verteller versus een passieve luisteraar, maar van het gezamenlijk onderzoeken en verwoorden van ervaringen en betekenissen. Sools en Schuhmann schrijven hierover dat vanuit het kleine verhalenperspectief op humanistisch geestelijke begeleiding het zoeken naar betekenis en zin nadrukkelijk moet worden opgevat als een gezamenlijke activiteit van cliënt en geestelijk begeleider, wat ook wel co-constructie kan worden genoemd. In het volgende zullen we zien dat dit centrale uitgangspunt van belangrijke invloed is op de verschillende, sterk met elkaar samenhangende, competenties.

Hermeneutische competentie

[...] ik had m'n eerste psychose op m'n 16de. Het was een 'verlichtingspsychose' want van m'n 11de -16de was ik 'doom' en hard-core punk alles zwart-zwart-zwart, tegelijk speelde ik klassiek piano 'für Elise' kon ik blind en cum laude geslaagd voor m'n examen op m'n 8ste (muziek). Ik hockeyde vanaf m'n 8ste en ik deed veel 'knutselen' creatief met m'n handen, wandkleden, weven, breien (eigen patronen uittekenen) poppenmaken, patchwork. maar ik wilde echt wereldberoemd worden. Mensen in de straat noemde me 'n wonderkind. [...] En geloof na de 'verlichtingspsychose', weer leuke kleren dragen, geen drugs meer, niet roken, niet meer naar 't punckbuurthuis. In plaats daarvan op retraite weekenden en weken bij de carmalistenen in Sittard op de Callenberg maar weggelopen en met de trein weg naar m'n "echte" ontmaagdingsvriendje Jelle in Tilburg was ie gaan wonen op de kunstacademie waar ik ook toelating had gedaan (en Amsterdam) maar afgewezen. Zwerven 4 dagen en nachten achter elkaar zonder iets (geen eten geen geld geen schoenen). politie-ambulances-zweede band in isoleer cel pols en enkel boeien aan bed vast in de isoleer. [...] En dan te beseffen dat ik hier beland ben waar anderen van de verpleging (personeel) de macht over je hebben. [...] Maar: -Ze geven ons de vrijheid om te doen wat we willen maar ze geven ons veel meer. Ze geven ons de vrijheid om 'n huis te hebben-'

Fragment uit de brief van Sarah.

Sarah schrijft in haar brief (zie o.a. bovenstaand fragment) over haar jeugd, over het ontstaan en de ervaring van haar eerste psychose en over haar opname in de psychiatrie. In bovenstaand fragment lezen we bijvoorbeeld dat zij haar eerste psychose beschouwt als een 'verlichtingspsychose' waarmee een verandering plaatsvond van: "doom' en hard-core punk alles zwart-zwart-zwart naar geloof [...], weer leuke kleren dragen, geen drugs meer, niet roken, niet meer naar 't punckbuurthuis. In plaats daarvan op retraite weekenden en weken bij de carmalistenen in Sittard op de Callenberg.' Deze positieve betekenis van haar eerste psychose wordt in haar brief expliciet beschreven. Maar als we goed lezen dan wordt duidelijk dat hiermee niet alles is gezegd. We lezen namelijk ook over Sarah die in de straat als wonderkind werd gezien, creatief en muzikaal getalenteerd was, wereldberoemd wilde worden en toelatingsexamen deed op de kunstacademie.

Hierin wordt een zelf- en toekomstbeeld zichtbaar dat in schril contrast staat met de beschrijving van haar opname en huidige leven in de psychiatrie als gevolg van haar eerste psychose; *'politie-ambulances-zweedse band in isoleercel pols en enkel boeien aan bed vast in de isoleer. [...] En dan te beseffen dat ik hier beland ben waar anderen van de verpleging (personeel) de macht over je hebben.'* Hierin wordt impliciet een andere, duidelijk minder positieve, betekenis van haar eerste psychose zichtbaar; van een onschuldige en beloftevolle jeugd naar een harde realiteit in de psychiatrie waar anderen de macht over je hebben. Als we verder lezen blijkt echter dat ook haar opname en verblijf in de psychiatrie nog een andere betekenis heeft: *'Ze geven ons de vrijheid om te doen wat we willen maar ze geven ons veel meer. Ze geven ons de vrijheid om 'n huis te hebben.'* De psychiatrie krijgt hiermee zowel een negatieve betekenis, namelijk een plek waar anderen de macht over je hebben, als een positieve betekenis in de zin van een plek waar de vrijheid wordt gegeven om te doen wat je wilt en een huis te hebben. In dit voorbeeld zien we hoe er in een verhaal meerdere, ook tegenstrijdige, betekenissen kunnen schuilen. Sommige van die betekenissen worden expliciet tot uitdrukking gebracht, maar veelal gebeurt dit impliciet, in wat wél en niet benoemd wordt. Vanuit een narratieve benadering op geestelijke begeleiding is het cruciaal dat er ruimte en aandacht is voor de meervoudige en tegenstrijdige betekenissen in het verhaal van de patiënt. Alleen op die manier kan namelijk recht worden gedaan aan diens levende ervaring. Het vermogen van de begeleider om de verschillende betekenissen van de ervaringen en verhalen van mensen te herkennen en verwoorden wordt de 'hermeneutische competentie' genoemd (Alma & Anbeek, 2011; Sools & Schuhmann, 2011).

Vanuit de narratieve benadering gaat het er primair om dat er wordt gezocht naar de betekenissen waarmee zoveel mogelijk recht wordt gedaan aan de geleefde werkelijkheid van de patiënt. Ik zou de hermeneutische competentie daarmee als volgt willen beschrijven: *het vermogen van de begeleider om verschillende, mogelijk tegenstrijdige, betekenisdimensies in de verhalen en ervaringen van patiënten te herkennen, duiden en verwoorden om daarmee zoveel mogelijk recht te doen aan diens geleefde werkelijkheid.* De geleefde werkelijkheid, de concrete ervaringen die aan de verhalen ten grondslag liggen, is per definitie omvattender, rijker, gelaagder en meerduidiger dan in de verhalen daarover gevat kan worden. Michael White en David Epston, belangrijke vertegenwoordigers van de narratieve therapie, schrijven daarover: 'It's clear that the sense of meaning and continuity that is achieved through the storying of experience is gained at a price. A narrative can never encompass the full richness of our lived experience' (1990, 11). Dit betekent dat er *altijd* ervaringen en gevoelens zijn die buiten de dominante of voor de hand liggende verhalen vallen. Soms zal echter duidelijk worden dat bepaalde 'niet-verhaalde' ervaringen een dusdanig belangrijk onderdeel uitmaken van de geleefde werkelijkheid van de patiënt, dat het nodig blijkt om ook daarvoor woorden (betekenissen) te vinden. Sools en Schuhmann wijzen in dat verband op het belang als begeleider

vooral gericht te zijn op de betekenissen die verloren dreigen te gaan in de *coherentie* en *geslotenheid* van grote verhalen. Aan de kant van de begeleider is hiervoor een specifieke gevoeligheid nodig; een gevoeligheid die is gericht op datgene wat in de verhalen niet ‘verteld wordt’ maar wel van belang kan zijn teneinde recht te doen aan de werkelijkheid van de ander. Deze gevoeligheid zou ik ‘narratieve sensibiliteit’ willen noemen. Hierbij gaat het anders gezegd om: *de gevoeligheid en openheid van de begeleider voor de vele mogelijke (eventueel tegenstrijdige) betekenisdimensies en nuances in de verhalen en ervaringen van de ander*. Hiervoor is het essentieel om als begeleider aandacht te hebben voor de haperingen, stiltes, tegenstrijdigheden, openingen en subtiele details en verschuivingen in het verhaal (Sools en Schuhmann, 2011). Narratieve sensibiliteit vormt zo een belangrijk onderdeel van de hermeneutische competentie.

Zelfreflectieve competentie

In hoofdstuk II werd de filosoof Gadamer aangehaald vanwege zijn belangrijke inzicht dat het begrijpen van de ander *altijd* gebeurt tegen de achtergrond van onze verstaanshorizon: het geheel van, doorgaans onbewuste en impliciete, vooronderstellingen, waarden en betekenissen. Hoewel deze horizon altijd een wezenlijke beperking van ons begrijpen van de ander inhoudt, stelt Gadamer nadrukkelijk dat deze onbewuste vooroordelen (interpretatiekaders) tegelijkertijd noodzakelijk zijn voor het proces van begrijpen. Ook in de praktijk van geestelijke begeleiding speelt de verstaanshorizon van de begeleider onmiskenbaar een belangrijke rol bij het begrijpen van de ander. Deze horizon kent zowel een *persoonlijk* aspect; de eigen ervaringen, levensvragen, levensvisie, levenswaarden en biografie van de begeleider, als een *professioneel* aspect zoals de beroepscode waar de begeleider zich aan heeft te houden, de regels van de instelling, de levensbeschouwelijke denominatie en zijn of haar professionele scholing (Van den Bersselaar, 2009, 13-14). Wanneer een begeleider zich onvoldoende bewust is van zijn of haar eigen aandeel bij het begrijpen en verwoorden van de ervaringen van de ander, bestaat het risico dat zijn/haar emotionele reacties, waarden en (invulling van) betekenissen worden geprojecteerd op de ander. Dit zou ten koste gaan van de ruimte en openheid voor betekenissen die recht doen aan de ervaring van de patiënt zelf. Ik zal dit kort illustreren aan de hand van het verhaal van Sarah.

Als Sarah mij schrijft, of vertelt, over haar leven in de psychiatrie dan hoor ik hierin in de eerste plaats de betekenis van somberheid, uitzichtloosheid, eenzaamheid en leegte en het verlangen naar een andere, meer zinvolle invulling van haar leven. Vanuit mijn eigen horizon ligt deze betekenis het meest voor de hand; niet alleen vanuit mijn humanistische achtergrond waarin waarden zoals zelfontplooiing en autonomie belangrijk worden geacht, maar zeker ook tegen de achtergrond van mijn persoonlijke ervaringen en waarden. Haar verhaal raakt met andere

woorden aan mijn eigen angsten (eenzaamheid, leegte) en verlangens (zinnvol leven, groei, zelfontwikkeling) en mijn ideeën daarover. Wanneer ik mijn eigen aandeel hierin onvoldoende herken, ontstaat het risico dat ik mijn eigen betekenissen projecteer op Sarah en er onterecht vanuit ga dat deze (invulling van) betekenissen ook voor haar gelden. Dit zou ten koste gaan van de ruimte en openheid voor betekenissen die recht doen aan háár werkelijkheid, zoals dat ze in de psychiatrie ook de vrijheid ervaart om er een huis te hebben.

Om dit risico te verkleinen is de ‘zelfreflectieve competentie’ onontbeerlijk, dat wil zeggen *het vermogen om je eigen voorkeuren, ideeën, angsten, verlangens, waarden, etcetera te onderzoeken en deze in reactie op de ander te (h)erkennen*. Gadamer heeft laten zien dat we altijd een ander of ‘het andere’ nodig hebben om zicht te krijgen op het eigene (bekende, vertrouwde) dat we doorgaans vanzelfsprekend achten. Deze ‘ander’ of ‘het andere’ kan een daadwerkelijke ander betreffen, maar ook in bijvoorbeeld kunst, poëzie, literatuur en films worden getoond en kunnen op die manier helpen bij het proces van zelfonderzoek. Deze competentie hangt nauw samen met de volgende competentie, namelijk de ‘dialogische competentie’.

Dialogische competentie

Zoals we in het bovenstaande zagen heeft Gadamer nadrukkelijk gewezen op het feit dat het proces van begrijpen altijd gebeurt tegen de achtergrond van de eigen horizon. De grootste valkuil is volgens hem niet zozeer deze horizon zelf, maar vooral de idee dat deze horizon gesloten is (1989, 306). Als we vanuit dit idee een gesprek met de ander aangaan (bijvoorbeeld met een patiënt), dan houden we hem/haar per definitie op afstand doordat we ons eigen standpunt veilig stellen. Wanneer we echter de ander daadwerkelijk willen begrijpen, dan is het volgens Gadamer cruciaal dat we bereid zijn om onze eigen vooronderstellingen kritisch te bevragen, ‘op het spel te zetten’ en zo nodig bij te stellen (1989, 305-307). Ik zal dit weer illustreren aan de hand van het verhaal Sarah. In het bovenstaande schreef ik over mijn eerste interpretatie van hetgeen Sarah schrijft over haar leven in de psychiatrie en hoezeer dat te maken heeft met mijn eigen achtergrond. Stel dat dit onderwerp ter sprake zou komen in een begeleidingsgesprek tussen mij en Sarah. Mijn eerste reactie op haar verhaal zou dan kunnen zijn dat ik begrijp dat zij het leven in de psychiatrie als uitzichtloos en somber ervaart en dat zij liever een leven buiten de psychiatrie zou hebben. Sarah zou hierop antwoorden dat dit deels voor haar inderdaad zo is, maar dat zij zich tegelijkertijd ook thuis voelt in de psychiatrie en dat ze er de vrijheid en veiligheid ervaart om zichzelf te zijn.

Wanneer ik in het gesprek mijn eigen horizon gesloten zou houden, dan zou ik deze afwijkende betekenis missen of terzijde leggen als irrelevant. Op die manier zou ik met andere woorden geen

recht doen aan de ervaring van Sarah. Waar het volgens Gadamer in een dergelijke situatie op aankomt, is dat ik bereid ben om mijn eigen vooronderstellingen, mijn eerste interpretatie van Sarah's verhaal, op het spel te zetten en bij te stellen als blijkt dat ze niet kloppen met háár ervaring. Een dergelijk proces van begrijpen noemt Gadamer *dialogisch*. Bij een dialogisch gesprek gaat het er om dat we onszelf *openstellen voor het verschil en bereid zijn om te veranderen*. Dit zou ik de 'dialogische competentie' willen noemen. Door op zo'n manier in gesprek te gaan met de ander of het andere (hierbij kan ook weer worden gedacht aan kunst, literatuur, poëzie) zal onze horizon zich verruimen. En hoe ruimer en opener onze horizon, des te meer interpretatieruimte we hebben om recht te doen aan de ervaring van de patiënt.

De dialogische competentie kan worden versterkt door een houding van nieuwsgierigheid en 'niet-weten'. Ter verheldering hiervan wil ik een citaat gebruiken van de schrijver Jan Oegema uit het boek 'De stille stem, niet-weten als levenshouding':

'Het niet-weten zoals bedoeld in dit boek heeft een aantal kenmerken [...]. De belangrijkste zijn: verwondering over de veelvormigheid en complexiteit van het bestaan; nieuwsgierigheid naar wat zich afspeelt aan de randen van het weten (bijvoorbeeld: in het zwijgen, de stilte); het aandurven van onzekerheid; het durven toelaten van twijfel; behoedzaamheid bij het uitdragen van een levensovertuiging; voorzichtigheid bij het articuleren van een levensbeschouwelijke identiteit; bevreemding over de automatismen van het bewustzijn, leidend tot haperingen bij het gebruik van de eerste persoon enkelvoud' (2011,13).

Het is de nieuwsgierigheid die prikkelt om de ander in zijn anders-zijn te willen begrijpen. Nieuwsgierigheid stimuleert het oprecht, onbevangen en met aandacht vragen en luisteren naar de ander en het verruimen van de eigen horizon. Als je niet (meer) nieuwsgierig bent naar de ander en zijn of haar belevingswereld, als je denkt 'oh, dat wordt weer zo'n verhaal', dan zal dit ten koste gaan van de ruimte voor de ander en het andere. Het komt, zeker ook in de psychiatrie, vaak voor dat patiënten keer op keer hetzelfde verhaal vertellen. Het kan dan lastig zijn om nog aandachtig te blijven luisteren. Het bewust aannemen van een houding van nieuwsgierigheid en niet-weten kan daarbij helpen. Harlene Anderson en Harold Goolishian schrijven hierover in hun artikel 'The client is the expert: a not-knowing approach to therapy': 'the not-knowing position entails a general attitude or stance in which the therapist's actions communicate an abundant, genuine curiosity. That is, the therapist's action and attitudes express a need to know more about what has been said, rather than convey preconceived opinions and expectations about the client, the problem, or what must be changed' (1992, 29). Wanneer je bij een verhaal denkt; 'dit heb ik al zo vaak gehoord, dit verhaal ken ik inmiddels wel' dan gaat het erom nieuwsgierig te zijn naar de

betekenis van wat er op dat moment gezegd wordt (en *niet* gezegd wordt) door de ander: ‘wat bedoel je eigenlijk met dit?’ En; ‘hoe is dat eigenlijk zo gekomen?’ Anderson en Goolishian wijzen in dit verband op het belang van een specifiek soort vragen, namelijk de zogenoemde ‘socratische vragen’. Het gaat daarbij om twee typen vragen: vragen om verheldering (wat bedoel je?) en vragen ter toetsing (klopt het?). Dergelijke vragen zijn niet gericht op verandering of manipulatie van de ideeën van de patiënt maar op verheldering van diens belevingswereld vanuit een positie van niet-weten. Door het (her)vertellen over ervaringen ontstaat vanzelf de mogelijkheid tot andere, nieuwe verhalen en betekenissen.

Zoals Oegema schrijft kan de ervaring van niet-weten ook gepaard gaan met gevoelens van onzekerheid en twijfel. Met name in het begin van mijn contact met Sarah kon ik onzekerheid en zelfs lichte paniek ervaren wanneer ik in een gesprek maar niet begreep waar ze het over had. In dergelijke situaties kan het verleidelijk zijn om te snel opzoek te gaan naar houvast door alleen in te gaan op datgene wat je wel begrijpt (aansluitend bij de eigen vooronderstellingen) of door zelf antwoorden te geven zonder deze te toetsen. Een houding van niet-weten en nieuwsgierigheid vraagt met andere woorden ook om een zekere moed en bereidheid om de controle even los te laten. Interessant in verband tot geestelijke begeleiding is ook wat Oegema schrijft over het belang van behoedzaamheid bij het uitdragen van een levensovertuiging en een levensbeschouwelijke identiteit. Traditioneel ben je als geestelijk begeleider immers verbonden aan een specifieke levensbeschouwelijke traditie; iedere geestelijk begeleider heeft zijn of haar eigen levensbeschouwelijke identiteit. De vraag is echter hoe je deze levensbeschouwelijke identiteit, waarden en overtuigingen in gesprekken met patiënten uitdraagt. Mijns inziens is daarbij niet alleen behoedzaamheid op z'n plaats maar vooral ook een openheid zoals gedefinieerd door Gadamer: de bereidheid om in dialoog met de ander de eigen overtuigingen op het spel te zetten.

Vier competenties ten behoeve van geestelijke begeleiding als narratieve praktijk:	
Relationele competentie:	het vermogen te investeren in (de opbouw en het bewaken van) een relatie van veiligheid, gelijkwaardigheid en vertrouwen.
Hermeneutische competentie:	het vermogen om verschillende, mogelijk tegenstrijdige, betekenisdimensies in de verhalen en ervaringen van de ander te herkennen, duiden en verwoorden teneinde zoveel mogelijk recht te doen aan diens geleefde werkelijkheid.
Narratieve sensibiteit:	de gevoeligheid en openheid voor de vele mogelijke (eventueel tegenstrijdige) betekenisdimensies en nuances in de verhalen en ervaringen van de ander.
Zelfreflectieve competentie:	het vermogen om je eigen voorkeuren, ideeën, angsten, verlangens, waarden, etcetera te onderzoeken en deze in reactie op de ander te (h)erkennen.
Dialogische competentie:	het vermogen je open te stellen voor het verschil en de bereidheid om je eigen vooronderstellingen op het spel te zetten en te veranderen.

Tabel 1: overzicht van de vier competenties.

3. Geestelijke begeleiding als narratieve praktijk: mesoniveau

Met geestelijke begeleiding op het mesoniveau worden de activiteiten bedoeld die betrekking hebben op het niveau van de organisatie. Het gaat hierbij om activiteiten gericht op professionals werkzaam binnen de organisatie. De vraag die hier centraal staat is hoe geestelijke begeleiding op dit niveau als narratieve praktijk kan worden ingezet. In hoofdstuk II werd duidelijk dat het belangrijkste narratieve principe is ‘recht doen aan de geleefde werkelijkheid’. Vertaald naar het mesoniveau gaat het dan om het recht doen aan de concrete, levende werkelijkheid van de psychiatrie als organisatie. In hoofdstuk I zagen we dat een wezenskenmerk van de psychiatrie de complexiteit is. Er is sprake van een complexe verwikkeling van morele, existentiële en technische vragen van verschillende partijen. De concrete werkelijkheid bijvoorbeeld van verpleegkundigen, werkzaam op een chronische afdeling, bestaat eruit dat zij dag in dag uit worden geconfronteerd met het vaak uitzichtloze lijden van patiënten. Iedere dag weer horen zij de verhalen waarin steeds weer hetzelfde wordt verteld; verhalen die machteloos maken omdat er wanhopig wordt gevraagd om antwoorden die je niet kunt geven; verhalen die raken aan je eigen verdriet en angsten. Tegelijkertijd vraagt hun concrete werkelijkheid erom dat er voortdurend praktisch gehandeld wordt, vaak onder enorme tijdsdruk, waarbij lastige of zelfs pijnlijke keuzes moeten worden gemaakt. De filosofe Martha Nussbaum spreekt in dit verband over het tragische karakter van het bestaan waar zorgverleners mee worden geconfronteerd; de kwetsbaarheid, onmaakbaarheid, het onbeheersbare noodlot waaraan we ons niet kunnen onttrekken, de oncontroleerbaarheid van het leven en de confrontatie met tegenstrijdige eisen en verplichtingen (Nussbaum, 1986; Lemmens, 2005; Snoek, 2006). In hoofdstuk I werd duidelijk dat met een louter biomedische benadering onvoldoende recht wordt gedaan aan de inherente complexiteit en tragiek van de psychiatrie. Hierdoor bestaat het gevaar dat niet alleen voorbij wordt gegaan aan de kant van de beleving van de patiënt, maar ook aan die van de professional. Geestelijk begeleiding als narratieve praktijk op het mesoniveau kan hierin een bijdrage leveren, namelijk door: *het ontwikkelen en in stand houden van narratieve praktijken in de organisatie waar verhalen van professionals, patiënten en andere betrokkenen kunnen worden verteld, gedeeld en onderzocht, met als belangrijkste doel het zoveel mogelijk recht doen aan de complexe, meerduidige werkelijkheid in de psychiatrie*. Hierbij wordt niet alleen een beroep gedaan op de vier competenties zoals beschreven in de vorige paragraaf aan de kant van de geestelijk begeleider, deze worden tevens aangesproken en ontwikkeld aan de kant van de professionals. Ter illustratie wordt in het volgende een tweetal voorbeelden uitgewerkt van narratieve praktijken op het mesoniveau van geestelijk begeleiding: de *narratieve* en *morele dialoog*.

Narratieve dialoog

Voor een eerste concreet voorbeeld van een narratieve praktijk op het mesoniveau zou ik de term ‘narratieve dialoog’ willen introduceren. Voor een narratieve dialoog kunnen professionals en eventueel patiënten en andere betrokkenen zoals familieleden en naasten worden uitgenodigd om persoonlijke verhalen te vertellen, delen en onderzoeken. Verhalen waarin de *eigen* ervaringen en gevoelens rondom (het omgaan met) ziekte, lijden en tragiek in de psychiatrie centraal staan. Zoals we in de vorige paragraaf zagen gaat het er bij een dialoog om dat er vanuit een houding van openheid (de bereidheid om eigen ideeën op het spel te zetten en te veranderen) en nieuwsgierigheid het gesprek met de ander en het andere wordt aangegaan. Door op zo’n manier met elkaar in gesprek te gaan over ervaringen, betekenissen en verhalen kan de ‘narratieve competentie’ en ‘narratieve sensibiteit’ van professionals worden vergroot. Onder de narratieve competentie wordt dan het geheel van de vier competenties zoals beschreven in de vorige paragraaf gevat.

Het idee van de narratieve dialoog is geïnspireerd op het werk van Rita Charon, grondlegger van ‘narrative medicine’. In haar boek *Narrative Medicine, honoring the stories of illness* schrijft zij hierover:

‘I invite readers to look with my colleagues and me at this form of clinical practice we have come to call narrative medicine, defined as medicine practiced with the narrative competence to recognize, absorb, interpret, and be moved by the stories of illness. [...] A medicine practiced with narrative competence will more ably recognize patients and diseases, convey knowledge and regard, join humbly with colleagues, and accompany patients and their families through the ordeals of illness. These capacities will lead to more humane, more ethical, and perhaps more effective care’ (2006, vii).

Ten behoeve van de ontwikkeling van de narratieve competentie pleit Charon voor interactieve workshops voor zorgprofessionals, gericht op onder andere ‘close reading’ van gedichten en fragmenten uit romans. Een zorgverlener of arts die bekwaam is in *close reading*, is volgens haar ook beter in staat om in het verhaal van de patiënt details op te merken die anderen ontgaan, zoals de stiltes en verschillende betekenislagen. Net als Ricœur, is Charon van mening dat het lezen en bespreken van literatuur kan bijdragen aan het vergroten van zelfkennis en verbeeldingsruimte. Het helpt met andere woorden om de verstaanshorizon van professionals te vergroten. Literaire verhalen zijn volgens Charon en Ricœur bij uitstek geschikt om inzicht te krijgen in de complexiteit en ambiguïteit van het concrete leven.

Het inzetten van literatuur en poëzie bij wat ik voor ogen heb met een ‘narratieve dialoog’ kan daar invulling aan geven. Toch pleit ik vooral voor het gebruiken van ervaringsverhalen van patiënten¹² en professionals, omdat hiermee mijns inziens meer recht wordt gedaan aan de concrete werkelijkheid in de psychiatrie. Juist in de persoonlijke verhalen van patiënten en professionals wordt het lijden, de onmacht, complexiteit en ambiguïteit van de werkelijkheid in de psychiatrie zichtbaar. Ruimte voor het vertellen, delen en beluisteren van dergelijke ervaringsverhalen is vanuit narratief perspectief dan ook essentieel, omdat er op die manier recht wordt gedaan aan betekenissen die in het biomedische discours naar de rand worden gedrukt. Het delen van persoonlijke verhalen vraagt echter ook om een zekere moed tot kwetsbaarheid, iets wat men in het biomedische discours niet gewend is en wat wellicht ook op weerstand zal stuiten. Christa Anbeek schrijft hierover in haar inaugurale rede: ‘Het met elkaar spreken over wat misging, afbrak, niet lukte, niet tot een succes werd, pijn deed, ons kwetste, kleinerde, waar vrijheid verloren ging, hoe wij ons zelf kwijtraakten, is geen populaire bezigheid. Liever doen we er het zwijgen toe. Dat is echter een keuze met politieke gevolgen. Zwijgen over afhankelijkheid en kwetsbaarheid, een ‘discours van de stilte’, maakt dat die persoonlijke ervaringen uit beeld raken, geen naam hebben, niet bestaan’ (2013, 50). De dominantie van het biomedische discours in de huidige psychiatrie kan mijns inziens deels worden begrepen vanuit de angst voor afhankelijkheid, kwetsbaarheid en tragiek. Het ontwikkelen en in stand houden van plekken binnen de organisatie waarin professionals worden uitgenodigd om persoonlijke ervaringen te delen zal dan ook vragen om volharding, zorgvuldigheid en geduld. Met name het creëren en bewaken van ‘veilige beddingen’ is essentieel voor het ontwikkelen van de *narratieve dialoog*.

Morele dialoog

De concrete werkelijkheid van zorgverleners in de psychiatrie houdt naast de confrontatie met lijden en onmacht tegelijkertijd de voortdurende vraag om praktisch handelen in en keuzen daaromtrent. Laat je een patiënt op bed liggen als hij niet op wil staan of verplicht je hem om op te staan? Verplicht je een patiënt zijn eigen kamer op te ruimen of laat je dat bij de patiënt zelf? Verbied je een patiënt die suïcidaal is om alleen naar buiten te gaan of niet? Vragen waarop geen pasklare en eenduidige antwoorden bestaan, maar waarbij zorgverleners gebruik moeten maken van hun eigen intuïtie tegen de achtergrond van hun professionele en persoonlijke horizon. Vaak weten zorgprofessionals op zulke momenten intuïtief wel wat het ‘juiste’ is om te doen. Maar er zijn ook situaties waarin dit lastiger is, bijvoorbeeld wanneer hun eigen idee over wat het juiste is

¹² Het zou in dit verband bijvoorbeeld interessant zijn om door middel van narratief onderzoek verhalen van psychiatrische patiënten over de beleving en betekenis van hun ziekte en opname te verzamelen en deze verhalen vervolgens te gebruiken voor een narratieve dialoog. Een voorbeeld hiervan is het onderzoeksproject ‘patiëntenwetenbeter’ waar in de inleiding naar werd verwezen

om te doen grondig verschilt van dat van de patiënt, diens familie of de collega's; omdat de concrete situatie confronteert met tegenstrijdige eisen en gevoelens; of omdat de situatie zodanig raakt aan persoonlijke ervaringen en gevoelens dat je niet meer goed *weet* wat het goede is om te doen. In dergelijke situaties wordt de complexiteit en tragiek van de praktijk zichtbaar in een moreel-ethisch vraagstuk of dilemma.

Een concrete manier om in de zorgpraktijk om te gaan met morele vragen van professionals is het organiseren van moreel beraad. Moreel beraad is een methodisch gesprek over- of onderzoek naar, een morele vraag welke direct verbonden is aan een concrete ervaring, onder leiding van een daartoe opgeleid gespreksleider' (Molewijk, 2010,38). De wijze waarop aan moreel beraad vorm wordt gegeven hangt samen met het doel en de achterliggende visie op ethiek (idem, 39). In het volgende zal ik beschrijven wat vanuit een narratieve visie op ethiek belangrijke aandachtspunten zijn en concluderen dat we op basis daarvan wellicht beter zouden kunnen spreken van 'morele dialoog' dan moreel beraad.

Vanuit een narratieve visie op ethiek gaat het er om dat er zoveel mogelijk recht wordt gedaan aan de meerduidigheid, complexiteit en tragiek van de *concrete situatie* en *morele ervaring* van de betrokkenen. Daarvoor is het belangrijk dat de verhalen van de betrokkenen *niet afstandelijk*, abstract en neutraal zijn, maar juist *rijk* aan *persoonlijke betekenissen* en *ervaren emoties*¹³. Door op deze manier te vertellen brengen de betrokkenen impliciet of expliciet hun *morele standpunten* tot uiting. Met hun verhalen over de concrete situatie en ervaring laten zij zien welke waarden ze belangrijk vinden, hoe zij daar in de praktijk invulling aan geven, welke problemen zij daarbij tegenkomen en hoe zij met dergelijke problemen omgaan. In de persoonlijke verhalen klinken ook de dominante verhalen en waarden van de samenleving door, waar de verteller zich toe verhoudt. Een verpleegkundige kan het dominante biomedische verhaal bijvoorbeeld gebruiken ter legitimatie van het eigen handelen maar kan zich daar ook tegen afzetten door er alternatieven tegenover te plaatsen. De *tegenstrijdigheden* en *meerduidigheid* in de verhalen worden niet als problematisch gezien, maar tonen juist de complexiteit van de concrete situatie en de morele problemen die dit oplevert. Om daar recht aan te doen is het belangrijk dat er zo veel mogelijk *verschillende verhalen* en *perspectieven* zichtbaar worden gemaakt. Verhalen die elkaar niet alleen aanvullen maar ook tegenspreken. Bovengenoemde aandachtspunten zijn vergelijkbaar met wat hoogleraar wijsgerige ethiek Paul van Tongeren schrijft over wat hij de 'hermeneutische ethiek' noemt. Hierover schrijft hij: 'kenmerkend voor een hermeneutische ethiek is [ook] dat zij niet gericht is op reductie van de veelheid die de morele ervaring kenmerkt, maar eerder op vergroting

¹³ In tegenstelling tot traditionele ethische theorieën waarbij juist wordt gestreefd naar zoveel mogelijk neutraliteit en objectiviteit door de persoonlijke ervaring, emoties en waarden tussen haakjes te zetten om vervolgens op basis van rationale overwegingen tot een advies of oplossing te komen (Van Tongeren, 2013; Widershoven, 2000).

van de rijkdom daarvan. Typisch voor de traditionele ethische systemen is dat zij het morele reduceren tot wat slechts één aspect daarvan is. De inzet van de hermeneutische ethische reflectie moet eerder omgekeerd zijn: in plaats van een te veel aan morele ideeën en overwegingen uit te zuiveren en terug te brengen, moeten we er zoveel als mogelijk verzamelen en verwoorden (2013, 63). Hoogleraar ethiek Guy Widdershoven beschrijft het belang van het zichtbaar maken en erkennen van de verschillen als volgt: ‘Alleen door de ambiguïteit van het bestaan serieus te nemen kan men manieren vinden om ermee om te gaan. Dat betekent dat men aandacht moet schenken aan de verhalen die naast het dominante verhaal te horen zijn, meer verborgen en in de marge daarvan. [...] Dit maakt het mogelijk andere perspectieven te ontwikkelen op ethische problemen, bijvoorbeeld met betrekking tot beslissingen rond het levenseinde’ (2000, 77-78).

Een praktijk waarin ruimte is voor het vertellen, delen en onderzoeken van verschillende verhalen en perspectieven opent, zoals Widdershoven schrijft, de mogelijkheid tot het ontwikkelen van nieuwe perspectieven die kunnen bijdragen aan het omgaan met een morele vraag. Daarvoor is het echter belangrijk dat er niet alleen *ruimte* wordt gemaakt voor verschillende perspectieven en deze zichtbaar te maken; het gaat er ook om dat de betrokkenen daarover met elkaar in *dialog* gaan. In de vorige paragraaf zagen we dat de belangrijkste voorwaarde voor een dialoog volgens Gadamer is dat we bereid zijn om onze eigen vooronderstellingen op het spel te zetten en te veranderen. Alleen op die manier kunnen de betrokkenen tot vernieuwde inzichten en perspectieven komen. We zouden daarom mijns inziens beter kunnen spreken van een ‘morele dialoog’ dan over moreel beraad. De geestelijk begeleider, als expert op het gebied van narrativiteit, kan dan de aangewezen persoon zijn om als gespreksleider van een dergelijke morele dialoog op te treden. Vanuit narratief perspectief is het dan vooral van belang dat de gespreksleider er voor waakt dat de verschillende en tegenstrijdige betekenissen en emoties niet worden weggedrukt of gebagatelliseerd, maar juist worden uitgenodigd en erkend. Daarvoor dient er in de eerste plaats te worden gezorgd voor een veilige, open ruimte waarin de deelnemers zich vrij voelen om te vertellen. Vervolgens is het belangrijk dat de begeleider door het stellen van vragen, die getuigen van een narratieve sensibiliteit, probeert om zoveel mogelijk betekenissen en verhalen zichtbaar te maken. Vanuit het narratieve streven recht te willen doen aan de complexiteit en meerduidigheid van de concrete situatie is het bovendien zinvol om zoveel mogelijk verschillende betrokken partijen uit te nodigen om deel te nemen aan de morele dialoog, niet alleen zorgverleners maar bijvoorbeeld ook bestuurders, managers, patiënten en familieleden.

4. Geestelijke begeleiding als narratieve praktijk: macroniveau

In deze paragraaf wordt tot slot kort ingegaan op de betekenis van het macroniveau bij geestelijke begeleiding als narratieve praktijk in de psychiatrie. Het macroniveau heeft betrekking op de samenleving en haar dominante discoursen die van invloed zijn op het meso- en microniveau in de psychiatrie. De manier waarop in de huidige psychiatrie wordt aangekeken tegen en om gegaan met psychiatrische ziekten kan - zoals we zagen - onmogelijk los worden gezien van de historisch-cultureel bepaalde maatschappelijke context; de dominantie van bepaalde waarden als autonomie, verantwoordelijkheid, beheersbaarheid en productiviteit en de verstrengeling van economische, sociale en politieke belangen. Aan de hand van Foucault heb ik laten zien dat het hierbij gaat om de producerende en normaliserende macht die op subtiele wijze functioneert en in stand wordt gehouden door dominante waarheidsvertogen op meso- en macroniveau, zoals het biomedische discours. Hoewel Foucault ons erop heeft gewezen dat we onmogelijk om de invloed van dergelijke dominante vertogen heen kunnen, betekent dit volgens hem niet dat daarmee verandering en emancipatie onmogelijk is. Foucault heeft de mogelijkheden hiertoe uitgewerkt in zijn latere werk, in zijn studie naar persoonlijke vrijheidspraktijken (Zwart, 1995). Het onderzoeken en creëren van mogelijkheden om binnen een biomedisch georiënteerde psychiatrie, ruimte en erkenning te genereren voor persoonlijke (alternatieve en canonieke) verhalen, kan worden gezien als een poging tot emancipatie en verandering. De geestelijk begeleider kan mogelijk bijdragen aan verandering en nuancering van dominante discoursen op het macroniveau, door middel van een maatschappijkritische benadering en theorievorming vanuit de concrete ervaringen in de psychiatrische praktijk. Vanuit die concrete praktijk kunnen dominante maatschappelijke waarden ter discussie worden gesteld en worden genuanceerd en verruimd. Daarvoor is het belangrijk dat de geestelijk begeleider met zijn activiteiten bijdraagt aan de (h)erkenning van de invloed van dominante discoursen op de verschillende niveaus in de psychiatrie en de machtswerking die daar vanuit gaat. Ik heb laten zien dat het daarvoor cruciaal is dat de geestelijk begeleider zich niet uitsluitend richt op het microniveau, maar tevens professionals in de organisatie uitnodigt tot een open dialoog. Dialogen waarin men zich niet kan verschuilen achter de waarheidspretenties van het biomedische discours, maar waarin zij worden uitgenodigd om zich vanuit de eigen ervaring kwetsbaar te tonen. Op deze wijze zal geestelijke begeleiding als narratieve praktijk, indirect, ook een bijdrage kunnen leveren op het macroniveau. De daadwerkelijke impact van activiteiten op het micro- en mesoniveau in de psychiatrie op het niveau van de samenleving zal echter vaak diffuus zijn en een kwestie van lange adem. De geestelijk begeleider kan vanuit de ervaringen op micro- en mesoniveau wel een kritische attitude naar de dominante theorieën ontwikkelen en ventileren.

5. Resumé

Met dit hoofdstuk is gepoogd een brug te slaan tussen hoofdstuk I en II door in te gaan op de vraag op welke wijze geestelijke begeleiding concreet gestalte en betekenis kan krijgen als narratieve praktijk in de psychiatrie. In paragraaf 1 heb ik aan de hand van diverse auteurs de hechte, intrinsieke relatie tussen geestelijke begeleiding en de narratieve benadering getoond. De narratieve visie op het beroep lijkt alleen maar sterker te worden en stelt de beroepsgroep voor de uitdaging om na te denken over de wijze waarop dit in de praktijk kan worden geconcretiseerd. Duidelijk werd dat deze uitdaging in de psychiatrie niet alleen betrekking heeft op de inhoud van het vak, maar ook op het beroepsdomein. Vooralsnog richten geestelijk begeleiders zich hoofdzakelijk op het microniveau en niet of nauwelijks op het daarmee samenhangende meso- en macroniveau. Daarmee blijven belangrijke kansen om met geestelijke begeleiding als narratieve praktijk in de psychiatrie een bijdrage te leveren onbenut. Daarom pleit ik ervoor dat geestelijk begeleiders in de psychiatrie zich niet alleen richten op de verhalen van patiënten op het microniveau, maar tevens kijken hoe zij binnen de organisatie als geheel narratieve praktijken kunnen ontwikkelen en in stand houden. In de daarop volgende paragrafen is een aanzet gegeven tot de concretisering daarvan. In paragraaf 2 is dat gedaan door de beschrijving en illustratie van een viertal competenties die van belang zijn voor een narratieve invulling van geestelijke begeleiding. Op het microniveau van geestelijke begeleiding als narratieve praktijk geldt als belangrijkste principe het recht doen aan de geleefde werkelijkheid van de patiënt. Daarvoor is het belangrijk dat er in relatie en dialoog met de patiënt een veilige en open ruimte wordt gecreëerd voor het (her)vertellen en onderzoeken van ervaringen en verhalen. De begeleider speelt daarbij een actieve rol; zijn/haar manier van luisteren en reageren is van invloed op de verhalen. Door ruimte te geven aan-, en het gezamenlijk onderzoeken van de verhalen en ervaringen van de patiënt ontstaat de mogelijkheid tot het vinden van nieuwe perspectieven, betekenissen en zin. Dit is een belangrijke aanvulling op de biomedische benadering. In paragraaf 3 is vervolgens ingegaan op de vraag hoe geestelijke begeleiding als narratieve praktijk concreet gestalte kan krijgen op het mesoniveau. In z'n algemeenheid gaat het hierbij om het ontwikkelen en in stand houden van narratieve praktijken in de organisatie, waarin ruimte en aandacht is voor het vertellen, uitwisselen en onderzoeken van verschillende betekenissen, perspectieven en verhalen waarbij de eigen ervaring steeds het uitgangspunt vormt. Ter concretisering hiervan heb ik een aantal ideeën uitgewerkt omtrent een narratieve- en morele dialoog. In de laatste paragraaf werd tot slot beargumenteerd dat het mogelijk is om vanuit deze narratieve praktijken op het micro- en mesoniveau een bijdrage te leveren aan veranderingen en ontwikkelingen op het (macro)niveau van de samenleving.

BESLUIT & AANBEVELINGEN

In deze scriptie ben ik opzoek gegaan naar een antwoord op de vraag op welke wijze de narratieve benadering van aanvullende betekenis kan zijn binnen de huidige psychiatrie en hoe de geestelijk begeleider daarbij een rol kan spelen. In deze vraag komen drie domeinen samen die voor mij van bijzondere waarde zijn: de psychiatrische praktijk, de mens als betekenisgevend en verhalend wezen en het vak geestelijke begeleiding. Alle drie kampen zij vandaag de dag met hun eigen problemen. De geestelijke gezondheidszorg is de afgelopen jaren getroffen door ingrijpende veranderingen en bezuinigingen. De gevolgen daarvan worden inmiddels in rap tempo zichtbaar: steeds meer opnameafdelingen worden gesloten, patiënten moeten zo snel mogelijk terug naar huis of een andere plek, het behandelaanbod voor patiënten wordt steeds meer uitgekleed, werknemers worden overgeplaatst, verliezen, of vrezen voor het verlies van, hun baan. De bezorgdheid en onrust hieromtrent is groot en de gevolgen van alle veranderingen zijn voorlopig nog niet uitgekristalliseerd.

Onder druk van deze veranderingen komt de nadruk in de psychiatrie in toenemende mate te liggen op noties en waarden als efficiëntie, reductie, (kosten)beheersing en transparantie. De mens als betekenisgevend, zinzoekend en verhalend wezen dreigt daarmee steeds meer in de verdrukking te komen. Tijdens de gespreksgroepen die ik wekelijks houd op een kortdurende opnameafdeling op het centrum voor ouderenpsychiatrie, worden de gevolgen daarvan in de verhalen van mensen pijnlijk zichtbaar. Tijdens mijn stageperiode, toen de gevolgen van de bezuinigingen nog veel minder manifest waren, gingen de gesprekken hoofdzakelijk over persoonlijke thema's als eenzaamheid, verdriet, schaamte en verlies. Inmiddels gaat het steeds vaker over de wijze waarop er gedurende hun opname met hen en hun problematiek wordt omgegaan. Ze vertellen dat er maar zelden echt aandacht en tijd wordt besteed aan hun verhaal. De aandacht gaat hoofdzakelijk uit naar het vinden van de juiste medicijnen en zodra er (medisch gezien) enige verbetering optreedt worden zij weer naar huis gestuurd. Als je vraagt wat zij zelf denken nodig te hebben antwoorden zij haast zonder uitzondering: mensen die aandacht en tijd hebben om naar mij te luisteren en begrijpen wat ik doormaak. Een belangrijke oorzaak van hun probleem is volgens hen zelf gelegen in ingrijpende veranderingen en verlieservaringen in hun leven. Het raakt mij steeds weer als ik tijdens de gespreksgroep zie hoe goed het hen doet hun verhalen daarover te vertellen en te delen, te horen dat zij hierin niet de enige zijn. Niet zelden vragen patiënten die worden ontslagen of er ook een gespreksgroep is voor mensen die niet zijn opgenomen. Een relevante vraag, zeker tegen de achtergrond van ontwikkelingen als extramuralisering en vermaatschappelijking, waar ik en mijn collega's serieus mee bezig zijn (zie

ook aanbevelingen). Feit is dat de opnameafdeling waar de bovengenoemde gespreksgroep plaatsvindt, binnenkort ook zal worden gesloten.

Wat de toekomst ook zal brengen, hoogstwaarschijnlijk zal er altijd een groep mensen blijven die hun verdere leven in de intramurale psychiatrie doorbrengt. Het is met name deze groep mensen die ik tijdens mijn werk ontmoet en spreek, die mij er van hebben doordrongen dat aanvullende of alternatieve benaderingen in de psychiatrie noodzakelijk zijn. In hun ziekte en verhalen toont zich zoveel meer dan een medisch defect of afwijking. Het toont ons de wezenlijk fragiele, kwetsbare en afhankelijke aard van het menselijk bestaan en de schaduwzijden van een samenleving met dominante waarden als succes, maakbaarheid, vooruitgang en autonomie. Met een louter biomedische benadering worden deze kanten structureel onderbelicht. Dat raakt niet alleen mensen die als patiënt hun leven in de psychiatrie doorbrengen, maar ook professionals die daar dagelijks mee worden geconfronteerd. De behoefte om verhalen daarover te delen leeft op alle niveaus; van patiënten, verpleegkundigen, behandelaren tot managers en de Raad van Bestuur. Binnen de instelling waar ik werk was het juist de Raad van Bestuur die tijdens een gesprek met de dienst geestelijke verzorging aandrong op expliciete aandacht voor *verborgen verhalen* in de organisatie, zowel van patiënten als van medewerkers. De titel van deze scriptie is dan ook tijdens dit gesprek geboren en tijdens het schrijven resoneerde deze vraag steeds op de achtergrond mee.

Hoewel het belang van de dienst geestelijke verzorging binnen onze organisatie zonder meer wordt erkend, is het evident dat ook onze beroepsgroep onder invloed van alle veranderingen spannende en onzekere tijden doormaakt. De vraag naar de positie en betekenis van de beroepsgroep in de toekomst wordt daarmee steeds prangender. Maar zoals iedere crisis kan ook deze worden gezien als een uitdaging. Een uitdaging waar ik met het schrijven van deze scriptie een bijdrage aan wil leveren. De raakvlakken en complementariteit tussen de psychiatrische praktijk, de narratieve benadering en geestelijke begeleiding die hierin zichtbaar zijn gemaakt, leiden tot de conclusie dat er een potentie tot synergie is die vraagt om verdere doordenking en uitwerking.

Aanbevelingen

Op basis van mijn onderzoek naar en bevindingen over de rol van de narratieve benadering in de psychiatrische praktijk wil ik vier aanbevelingen doen die ik hier kort toelicht.

- Verdere doordenking, ontwikkeling en onderbouwing van een methodiek en bijbehorende competenties voor geestelijke begeleiding vanuit narratief perspectief.

In deze scriptie staat de ontwikkeling van geestelijke begeleiding vanuit narratief perspectief centraal. Daartoe zijn vier belangrijke competenties beschreven en geïllustreerd aan de hand van de psychiatrische praktijk. Het verdient aanbeveling deze competenties verder uit te werken en te verfijnen op basis van ervaringen uit de praktijk, empirisch-narratief onderzoek (zie volgende aanbeveling) en bestaande theorieën in het veld van de narratieve therapie en de praktische humanistiek en theologie.

- Empirisch-narratief onderzoek naar de beleving, behoeften en betekenisgeving van psychiatrische patiënten met betrekking tot hun ziekte, opname en behandeling.

Het is met het oog op de psychiatrie als beroepspraktijk van belang om verhalen van patiënten te verzamelen en te analyseren teneinde meer inzicht te verkrijgen in betekenis- en zingeving, behoeftes, mogelijkheden en beperkingen, beleving en realiteit van psychiatrische patiënten. Dergelijk onderzoek zou kunnen bijdragen aan de verdere ontwikkeling en concretisering van de narratieve benadering in de psychiatrie. Op basis van dergelijk onderzoek kan wellicht ook iets worden gezegd over de relatie tussen specifieke psychiatrische ziekten (en de dominante betekenissen daaromtrent) en de inhoud, vorm en (co-)constructie van de persoonlijke verhalen. Zijn de verhalen van mensen met een depressieve diagnose bijvoorbeeld wezenlijk anders dan die van mensen die als psychotisch of schizofreen zijn gediagnosticeerd? Op welke wijzen verhouden dergelijke persoonlijke verhalen zich tot de dominante (biomedische) verhalen en waarden? Het zou zinvol zijn op termijn een handleiding te ontwikkelen die inzicht biedt in de implicaties van de verschillende ziektebeelden bij narratieve begeleiding.

- Verdere ontwikkeling en implementatie van narratieve praktijken op het mesoniveau.

Het is van belang dat geestelijke begeleiding zich niet alleen richt op het microniveau maar tevens op het meso- en macroniveau. In deze scriptie is daartoe een eerste aanzet gegeven door de beschrijving van twee voorbeelden van narratieve praktijken: de narratieve- en morele dialoog. Dergelijke ideeën en werkvormen zullen echter vooral in de praktijk verder moeten worden ontwikkeld en geconcretiseerd. Interessante vragen in dat verband met het oog op de psychiatrie

zijn: hoe verhouden dergelijke narratieve praktijken zich tot andere disciplines, het biomedische discours en *evidence-based medicine*? Op welke wijze kunnen narratieve praktijken op het mesoniveau bijdragen aan veranderingen die doorwerken op organisatorisch en maatschappelijk niveau? Welke mogelijkheden en meerwaarde biedt samenwerking met andere disciplines zowel binnen als buiten de psychiatrie (zoals ervaringsdeskundigen, creatief therapeuten, kunstenaars, schrijvers)? Het is evident dat de ontwikkeling, concretisering en borging van narratieve praktijken binnen de organisatie niet kan zonder de steun van managers en bestuurders. Het is belangrijk dat zij het belang daarvan onderkennen, initiatieven daartoe stimuleren en mogelijk maken door goede randvoorwaarden te creëren.

- *Onderzoek naar de mogelijkheden om geestelijke begeleiding als narratieve praktijk vorm te geven in de samenleving.*

Met het oog op actuele ontwikkelingen in de psychiatrie zoals de extramuralisering en vermaatschappelijking van de zorg en tegen de achtergrond van de groeiende behoefte aan gemeenschappelijke narratieve ruimten, pleit ik voor onderzoek naar de mogelijkheden van het aanbieden van geestelijke begeleiding als narratieve praktijk *in* de samenleving. Een inspirerend voorbeeld daarvan kunnen we vinden in Vlaanderen en Brussel, waar op diverse plekken *HuisvandeMens*¹⁴ zijn gecreëerd. In het HuisvandeMens kan iedereen (kosteloos) terecht voor *informatie, een luisterend oor (vrijzinnige humanistische geestelijke begeleiding), vieringen (plechtigheden) en activiteiten (gemeenschapsvorming) bij vrijzinnig humanistische consulenten.* Mijn aanbeveling is om te onderzoeken of het mogelijk en waardevol is deze of soortgelijke praktijken ook in Nederland te introduceren.

¹⁴ <http://www.demens.nu/nl/HuisVanDeMens/>

N A W O O R D

Verhalen ontstaan onder aandrang van de werkelijkheid: gebeurtenissen en ervaringen exploderen *in* verhalen, aldus Van Peursen. Verhalen bieden anders gezegd een manier om met de overweldigende en onvoorspelbare werkelijkheid om te gaan. Ze helpen om er orde, structuur en betekenis aan te geven, maar bovenal, om ervaringen, indrukken en betekenissen met elkaar te delen. Ook dit verhaal kwam tot stand onder aandrang van de werkelijkheid. Een werkelijkheid die vele malen omvattender en rijker is dan in dit verhaal kan worden beschreven. Toch klinkt ze er onmiskenbaar in door, de levende werkelijkheid, vol van ervaringen, ontmoetingen, gesprekken, gebeurtenissen en indrukken. Ik noem er op deze plek een aantal.

Mijn verhaal is in de eerste plaats diep verweven met ontmoetingen, vriendschappen, ervaringen en kennis opgedaan tijdens mijn studie aan de Universiteit voor Humanistiek. Anneke Sools bracht mij op het spoor van narratief onderzoek, stimuleerde mij om daarin verder te gaan en bood daartoe de mogelijkheid. In Carmen Schuhmann vond ik een gelijkgestemde wat betreft de visie op het vak geestelijke begeleiding. Christa Anbeek bemoedigde en ondersteunde mij bij het uitwerken van mijn eigen ideeën in deze scriptie. Na het lezen van haar inaugurele rede hoop ik des te meer dat we in de toekomst het gesprek over onze ideeën zullen voortzetten, wellicht in de vorm van een gezamenlijk artikel. Met Martien Schreurs zou ik graag de samenwerking voort willen zetten bij het organiseren van activiteiten die bijdragen aan een constructieve verbinding tussen de opleiding aan de Universiteit voor Humanistiek en de beroepspraktijk.

Sanne, onze inspirerende en ondersteunende gesprekken, je kritische en genuanceerde commentaar en onze waardevolle vriendschap klinken niet alleen door in dit verhaal, onze levensverhalen zijn voor altijd met elkaar verweven geraakt.

Meer dan onder wat dan ook, is dit verhaal ontstaan onder aandrang van een veelheid aan ervaringen en indrukken opgedaan in mijn werkpraktijk. Soms heb ik letterlijk het gevoel te exploderen onder alles wat ik daar hoor, zie, voel en beleef. Met mijn behoefte om verhalen daarover te delen kan ik altijd bij mijn collega's terecht. De gesprekken en samenwerking met hen hebben mijn visie op ons vak verrijkt en gescherpt en ik zie er naar uit deze samen met hen verder te ontwikkelen en concretiseren. Ik ben enorm dankbaar als geestelijk begeleider op deze bijzondere plek te mogen werken.

Tot slot is mijn verhaal verweven met die van vele dierbare vrienden en familieleden, waarvan één zijn sporen ook letterlijk in dit verhaal heeft nagelaten: mijn vader. Nooit was hij te beroerd om mijn stukken te lezen en zijn taalkundige en inhoudelijke commentaar en suggesties hebben zonder twijfel in positieve zin bijgedragen aan dit verhaal.

L I T E R A T U U R

Alma, H. & Anbeek, C. (2011). *Humanistisch levensbeschouwen en interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging*. Tijdschrift voor Humanistiek, 46, 68-77.

Anbeek, C. (2013). *Aan de heidenen overgeleverd. Hoe theologie de 21ste eeuw kan overleven*. Utrecht: Uitgeverij Ten Have.

Anderson, H. & Goolishian, H. (1992). *The client is the expert: A not-knowing approach to therapy*. In: S. McNamee & K. Gergen (Eds.). *Social Construction and the Therapeutic Process*. Newbury Park, CA: Sage.

Ankersmit, F., Doeser, M.C., Varga, A.K. (red.). (1990). *Op verhaal komen. Over narrativiteit in de mens- en cultuurwetenschappen*. Kampen: Kok Agora.

Baart, I. (2002). *Ziekte en zingeving. Een onderzoek naar chronische ziekte en subjectiviteit*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.

Bamberg, M. (2006). *Stories: Big or small - why do we care?* Narrative Inquiry, 16(1), 139-147.

Barthes, R. (1977) *Introduction to the Structural Analysis of Narratives*, in: *Image-Music-Text* (London : Fontana).

Boer, T. de, e.a. (red.). (1988). *Hermeneutiek – filosofische grondslagen van mens- en cultuurwetenschappen*. Amsterdam: Boom.

Boevink, W., Dröes, J. (2003) *Rehabilitatie en herstel - het begin van een dialoog? Een briefwisseling tussen Wilma Boevink en Jos Dröes*. Passage, 12(1), 4-11.

Boevink, W. (2009) *Lijfsbehoud, levenskunst en lessen om van te leren*. Utrecht: Trimbosinstituut.

Boevink, W., Frances, A., Os, J. van. (2013). *De bijbel van de psychiatrie*. In: Labyrint TV. [TV-uitzending]. VPRO: NTR.

- Brandt, E.** (1998) *Het biopsychosociale model*. Tijdschrift De Groene Amsterdammer nummer 3/ 14-01-1998. Gevonden op: <http://www.groene.nl/1998/3/het-biopsychosociale-model>.
- Brandt, M. van den, Huizing, W.** (2009). *Mijn leven in fragmenten. Met dementerenden in gesprek over hun leven*. Reliëf/Bohn, Stafleu van Loghum.
- Bersselaar, V. van den** (2009). *Bestaansethiek: Normatieve professionalisering en de ethiek van identiteits-, levens- en zingevingsvragen*. Amsterdam: SWP.
- Bruner, J.** (1986). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bruner, J.S.** (1990). *Acts of meaning*. Cambridge: Massachusetts: Harvard University Press.
- Bruner, J.** (2002). *Making stories. Law, literature, life*. Cambridge: Harvard University Press.
- Buytendijk F.J.J.** (1961). *De psychologie van de roman*. Utrecht: Het Spectrum.
- Charon, R.** (2006). *Narrative medicine. Honoring the Stories of Illness*. Oxford University Press.
- Connelly, F.M. & Clandinin, D.J.** (1990). *Stories of experience and narrative inquiry*. Educational Researcher, 19(5), 2-14.
- Czarniawska, B.** (2004). *Narratives in Social Science Research*. London: Sage Publications.
- Dellemann, O.** (2008). *Naar een integrale psychiatrie. De psychiater als specialist van gemankeerde zingeving en de patiënt als vormgever van het herstelproces*. Utrecht: Universiteit voor Humanistiek.
- Denys, D., Meynen, G.** (red.). (2012). *Handboek Psychiatrie en filosofie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Dijk, A. van.** (2013). *Open en gesloten geesten. Introductie en ontwikkeling van het herstelconcept in de geestelijke gezondheidszorg*. Ridderkerk: Ridderprint BV.
- Doolaard, J.** (red.) (2006). *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*. Kampen: Uitgeverij Kok.

Foucault, M. (1985). *Ervaring en waarheid*. Nijmegen: Stichting Te Elfder Ure.

Foucault, M. (1988). *De orde van het spreken*. Amsterdam: Boom.

Foucault, M. (1989). *Parrèsia: vrijmoedig spreken en waarheid*. Amsterdam: Krisis.

Frank, A.W. (1997) *The Wounded storyteller: body, illness, and ethics*. University of Chicago Press.

Franx, G., Zeldenrust, W. (2002). *Clënten en hun omgeving over GGZ-programma's: Aanbevelingen voor het hulpaanbod*. Utrecht: GGZ Nederland.

Gadamer, H-G. (1989). *Truth and Method*. New-York: The crossroad Publishing Corporation.

Ganzevoort, R. (red.). (1998). *De praxis als verhaal narrativiteit en praktische theologie*. Kampen: Kok.

Ganzevoort, R.R. & Visser, J. (2007). *Zorg voor het verhaal. Achtergrond, methode en inhoud van pastorale begeleiding*. Zoetermeer: Meinema.

Ganzevoort, R. (2011). *Narratieve benaderingen in de praktische theologie*. Tijdschrift voor Humanistiek 12 (47), 61-70.

Georgakopoulou, A. (2006a). *The other side of the story: towards a narrative analysis of narratives-in-interaction*. *Discourse Studies*, 8, 235-257.

Georgakopoulou, A. (2006b). *Thinking big with small stories in narrative and identity analysis*. *Narrative Inquiry*, 16, 122-130.

Gergen, K. J. & Gergen, M. M. (1986). *Narrative form and the construction of psychological science*. In T.R. Sarbin (Ed.), *Narrative psychology. The storied nature of human conduct* (pp22-44). New York: Praeger.

Gergen, K. J. (1991). *The saturated self. dilemma's of identity in contemporary life*. New York: Basic Books.

- Gergen, K.J.** (1993) *Belief as relational resource*. International Journal for the Psychology of Religion 3(4) 231-235.
- Gergen, K.J.** (1994) *Realities and relationships. Soundings in social construction*. Cambridge (Ms).
- Glas, G.** (red.) (1998). *Psychiatrie en religie. De bijna verloren dimensie*. Nijmegen: Ksgv.
- Glas, G.** (red.) (2002). *Angst. Beleving, structuur, macht*. Amsterdam: Boom.
- Glas, G.** (2008). *Over het psychiatrisch ziektebegrip*. In: Boer, J.A. den., Glas, G. & Mooij, A.W.M. (red.). *Kernproblemen van de psychiatrie*. (328-371). Amsterdam: Boom.
- Goossensen, A.** (2011). *'Zijn is gezien worden'. Presentie en reductie in de zorg*. Tilburg University: Oratie.
- Groot, G.** (1999). *De ruimte van de verbeelding vergroten*. Gesprek met Paul Ricœur. In: *Twee zielen. Gesprekken met hedendaagse filosofen*. Nijmegen: Uitgeverij SUN.
- Henkelman, L., Ruiters, B. de.** (1987). *Een onderzoek naar chronisch psychiatrische patiënten en hun omgeving: theoretische overwegingen*. Tijdschrift voor Psychiatrie, 5, 282-285.
- Herman, D., Jahn, M., Ryan, M-L.** (2005). *Encyclopedia of Narratieve Theorie*. London and New-York: Routledge.
- Herzberg, A.** (1978). *Drie rode rozen*. Querido: Amsterdam.
- Hillesum, E.** (1986). *Etty. De nagelaten fragmenten van Etty Hillesum 1941-1943*. Amsterdam: Balans.
- Hodiamont, P.P.G.** (2003). *De psychiater als medisch specialist*. Tijdschrift voor psychiatrie, 45, 185-186.
- Huizing, W., Tromp, T.** (2013). *Mijn leven in kaart. Met ouderen in gesprek over hun levensverhaal*. Reliëf /Bohn Staffleu van Loghum.

Hutschemaekers, G., Neijmeijer, L. (1998). *Beroepen in beweging. Professionalisering en grenzen van een multidisciplinaire GGZ*. Utrecht/Houten: Trimbos-instituut/Bohn Stafleu Van Loghum.

Jacobs, G. (2001). *De paradox van kracht en kwetsbaarheid: Empowerment in feministische hulpverlening en humanistisch raadswerk*. Proefschrift Universiteit voor Humanistiek. Amsterdam: SWP, p.48-63.

Jacobs, G. (2004). *De vrijplaats als binnenstaande, buitenstaanderspositie*. In: Humanistisch Verbond (2004). *Macht en Vrijplaats*. Tekstbundel van het voorjaarssymposium, UvH/HV 12 maart 2004. Amsterdam: Humanistisch Verbond.

Jacobs, G., Meij, R., Tenwolde, H., Zomer, Y. (2008). *Goed werk. Verkenningen van normatieve professionalisering*. Amsterdam: SWP uitgeverij.

Janssen, M.A. (1991). *De prevalentie van langdurige hulpafankelijkheid van GGZ*. Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg, 69, 497-502.

Janssens, M., Steyaert, C. (2001). *Meerstemmigheid: organiseren met verschil*. Leuven: Universitaire Pers Leuven.

Jorna, T. (2008). *Echte woorden. Authenticiteit in de geestelijke begeleiding*. Amsterdam: SWP uitgeverij.

Kraan, H.F. (2006). *De ongebroken macht van de psychiatrie door de ogen van Michel Foucault*. Tijdschrift voor psychiatrie, 48 (11), 881-888.

Kroon, J.A.M. de. (2005a). *Een creatieve onmogelijkheid. Reactie op 'Psychiatrie: een narratief medisch specialisme', 'De psychiater in spagaat – over de kloof tussen natuur- en geesteswetenschappelijke psychiatrie', 'De spagaat voorbij'*. Tijdschrift voor psychiatrie, 47 (7), 493-494.

Kroon, J. de. (2005b). *Een veelbelovend gebrek*. In De Kroon, J.A.M. (red.). *Hoe wetenschappelijk is de psychiatrie?* Antwerpen/Apeldoorn: Garant.

Kunneman, H. (2006). *Van ontologische eenkennigheid naar ontologische complexiteit*. Tijdschrift voor psychiatrie, 48 (11), 857-865.

- Kunneman, H.** (2009). *Voorbij het dikke-ik. bouwstenen voor een kritisch humanisme.* (Herziene 3e druk). Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Labov, W.** (1972). *Language in the inner city. Studies in the black english vernacular.* Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Leezenberg, M. en Vries, G. de** (2001). *Wetenschapsfilosofie voor geesteswetenschappen.* Amsterdam: University Press.
- Lemmens, W.** (2005). *Inleiding: De tragedie en de ethiek van 'het tragische'.* In: Berghe, P. Vanden & Lemmens, W. & Taels, J. (2005). *Tragisch. Over tragedie en ethiek in de 21e eeuw.* Budel: Uitgeverij Damon.
- Maso, I., Smaling, A.** (2004). *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie.* Amsterdam: Boom
- Milders, C.F.A.** (2005). *Psychiatrie: een narratief medisch specialisme.* Tijdschrift voor Psychiatrie, 47, 195 – 197.
- Molewijk, B.** (2010). *Reflectie in zorg.* In: Abma, T., Visse, M., Molewijk, B., Widdershoven, G. (2010). *Reflectie en participatie in zorg.* Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Mooij, A.** (2004). *Toerekeningsvatbaarheid. Over handelingsvrijheid.* Amsterdam: Boom.
- Mooij, A.** (2006). *De psychische realiteit. Psychiatrie als geesteswetenschap.* Amsterdam: Boom.
- Mooren, J.H.M.** (1999). *Bakens in de stroom. Naar een methodiek van het humanistisch geestelijk werk.* Utrecht: uitgeverij SWP.
- Mooren, J.H.** (2012). *Verbeelding en bestaansoriëntatie.* Utrecht: Uitgeverij De Graaff.
- Nieweg, E.H.** (2005). *De psychiater in spagaat. Over de kloof tussen natuur- en geesteswetenschappelijke psychiatrie.* Tijdschrift voor Psychiatrie, 47, 239-248.
- Nussbaum, M.C.** (1986). *The fragility of goodness.* Cambridge: Cambridge University Press.

- Ochs, E. & Capps, L. (2001). *Living narrative*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Oegema, J. (2011). *De stille stem. Niet-weten als levenshouding*. Nieuw Amsterdam Uitgevers.
- Offringa, M., Assendelft, W.J.J., Scholten, R.J.P.M. (2008). *Inleiding evidence-based medicine*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Peursen, C.A. van. (1992). *Verhaal & werkelijkheid. Een deiktische ontologie*. Kampen: Kok Agora.
- Petry, D. (2011). *Uitbehandeld, maar niet opgegeven. Het persoonlijke verhaal van een psychiater over zijn patienten*. Baarn: Uitgeverij Ambo.
- Polkinghorne, D. E. (1988). *Narrative knowing and the human sciences*. Albany, NY: State of New York University Press.
- Ree, F. van. (red.). (2003). *GGZ en levensbeschouwing. Psychiatrische hulp aan Nederlanders en Medelanders*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Ricœur, P. (1984-88). *Time and Narrative*, 3 vols, trans. Blamey, K., Pallauer, D., Chicago: University of Chicago Press.
- Ricœur, P. (1986). *Life: a story in search of a narrator*. In: Doerer, M.C. en Kraay, J.N. *Facts and Values: philosophical reflections from western and non-western perspectives*. Dordrecht: Martinus Nijhof, pag. 121-131.
- Ricœur, P. (1992). *Oneself as Another*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Sarbin, T.R. (1989). *Emotions as narrative emplotments*. In: Packer, M.J & Addison, R.B. (Red.) *Entering the circle*. Albany.
- Schilderman, H. (2007). *De vraag naar het domein, professionele identiteit van geestelijke verzorging*. Tijdschrift Geestelijke verzorging nr.42,p.22-27.

Schilderman, H. (2009). *Wat is er geestelijk aan de geestelijke zorg*. Radboud Universiteit Nijmegen: oratie.

Schnabel, P. (1991). *Gezondheidszorgonderzoek en de chronisch psychiatrische patiënt*. Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg, 69, 257-262.

Schuhmann, C. (2011). *Op de vlucht voor de wraakgodinnen*. Tijdschrift voor humanistiek, 12(46), 37-47.

Smaling, A. (2010). *Constructivisme in soorten*. Kwalon, 43, 20-30.

Snoek, A. (2006). *Over helden en pechvogels*. In: Dohmen, J. & De Lange, F. [Modern lifes are complicated]. *Moderne levens lopen niet vanzelf*. Amsterdam: SWP.

Sools, A. (2010). *De ontwikkeling van narratieve competentie. Bijdrage aan een onderzoeksmethodologie voor de bestudering van gezond leven*. Den Haag: Albani.

Sools, A. & Schuhmann, C. (2011). *Een kleine verhalenbenadering voor humanistisch geestelijke begeleiding. Aanzet tot een methodiek*. Tijdschrift voor Humanistiek, 47, 68-79.

Squire, C., Andrews, M.; Tamboukou, M. (2008). *Doing narrative research*. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore: Sage.

Tilburg, W. van (2005). *De spagaat voorbij. Commentaar op Nieweg*. Tijdschrift voor Psychiatrie, 47, 249-251.

Tongeren, P. van (2013). *Leven als een kunst. Over morele ervaring, deugdeethiek en levenskunst*. Zoetermeer, Kalmthout: Klement-Pelckmans.

Tromp, T. (2011). *Het verleden als uitdaging. Een onderzoek naar de effecten van life review op de constructie van z'n in levensverhalen van ouderen*. Uitgeverij boekencentrum.

Universiteit voor Humanistiek (2010). *Zingeving en humanisering als onderzoeksobject*. Gevonden op: 7-11-2013: <http://www.uvh.nl/onderzoek/over-onderzoek/zingeving-en-humanisering-als->

Onderzoeksobject.

Vanderycken, W. (2006) *Over bittere en vergulde pillen: psychiatrie in het licht (of de schaduw) van de farmaceutische industrie*. Tijdschrift voor psychiatrie, 48, 119-129.

Verhoeff, B. (2009). *Kennis en macht op moleculair niveau; biologische psychiatrie in een maatschappelijke context*. Tijdschrift voor psychiatrie, 51, 447.

Verkerk, M. (red.). (2000). *Filosofie, ethiek en praktijk. Liber amicorum voor Koo van der Wal*. Rotterdam: Rotterdamse Filosofische Studies.

Veyne, P. (2010). *Foucault. De denker, de mens*. Kampen: Uitgeverij Klement.

VGvZ (2002). *Beroepsstandaard voor de geestelijke verzorger in zorginstellingen*.

Walton, M. (2006) *Verhalenderwijs. Gedachten over het vak geestelijke verzorging als narratieve methodiek*. Tijdschrift Geestelijke Verzorging 9, nr.34, 34-40.

Weingarten, K. *Making sense of illness narratives: Braiding theory, practice and the embodied life*. 2001, Dulwich Centre Publications.

Wal, G.A. van der., Jacobs, F.C.L.M. (red.). (1992). *Vragen naar zijn. Beschouwingen over zingevingproblematiek*. Baarn: Uitgeverij Ambo.

Wel, T.F. van (1994). *Chronische patiënten en rehabilitatie. Voorstellen voor definities*. Tijdschrift voor Psychiatrie, 36, 64-69.

White, M., Epston, D. (1990). *Story, knowledge, and power, Narratives Means to Therapeutic Ends*. New York-London: W.W. Norton & Company.

Wilken, J.P. (2010). *Recovering care. A contribution to a theory and practice of good care*. Amsterdam: SWP.

Wit, F.A. de. (2012). *Autonomie: een zorgelijk begrip?* Tijdschrift voor Psychiatrie, 54, 583-592.

Widdershoven, G. (2000). *Ethiek in de kliniek. Hedendaagse benadering in de gezondheidsethiek*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Zock, T.H. (2006). *Leven van verhalen. De narratieve benadering in psychologie en pastoraat*. In: A. van Heeswijk, N. ter Linden, R. van Uden & T.H. Zock, *Op verhaal komen Religieuze biografie en geestelijke gezondheid* (78-88). Tilburg: ksgv.

Zock, T.H. (2007). *Niet van deze wereld? Geestelijke verzorging en zingering vanuit godsdienstpsychologisch perspectief*. Tilburg: ksgv.

Zwart, H. (1995). *Foucaults wending naar de ethiek*. In: *Technocratie en onbehagen: de plaats van de ethiek in het werk van Michel Foucault*. Nijmegen: Sun.

BRIEF VAN SARAH

[Deel I]

Eindhoven

Hoi Hoi Lisa

18-06-2013

We kennen elkaar nu toch al 'n jaartje of 2-3. Je bent bezig met je scriptie en vroeg me om wat op te schrijven over onze contacten en over mezelf. Nou gaat ie:

Onze eerste contacten waren samen met Anneke. Tijdens onze eerste gesprekken speelde het thema angst. Ik heb je toen dat artikel meegegeven. Ik heb 'n goede opvoeding gehad door m'n ouders. Dingen als de 'kieteldood' en 'm'n mondvangen bij elkaar knijpen en in de houtgreep zetten daar gelaten. Ik werd niet geslagen. We waren met heel veel kinderen in de nieuwbouwstraat waar ik en m'n broer woonden. Er was 'n kleuterschool, basisschool en middelbare school op loopafstand. M'n moeder werkte.

Toen ik opgroeide tot m'n 7de kwamen m'n beide oma's met de trein naar ons om op te passen en van school te halen. Op m'n 7de werd ik sleutelkind met zoveel kinderen in de straat. Zeker 12 waren er feestjes maar ik werd ook vaak achterna gezeten en gepest maar dat deden we eigenlijk allemaal. Op m'n 18de 28 febr 1989 (nog net geen 19 ben ik naar Eindhoven naar 'de wende' (psychoanalytische leefgemeenschap) op de Grote Beek gekomen. Want ik had m'n eerste psychose op m'n 16de. Het was een 'verlichtingspsychose' want van m'n 11de -16de was ik 'doom' en hard-core punk alles zwart-zwart-zwart tegelijk speelde ik klassiek piano 'für Elise' kon ik blind en cum laude geslaagd voor m'n examen op m'n 8ste (muziek). Ik hockeyde vanaf m'n 8ste en ik deed veel 'knutselen' creatief met m'n handen, wandkleden, weven, breien (eigen patronen uittekenen) poppenmaken, patchwork. maar ik wilde echt wereldberoemd worden. Mensen in de straat noemde me 'n wonderkind. Werd met héél veel vlees eten opgevoed. Op m'n 16de besloot ik vegetarisch te worden. Dat was tijdens de eerste bergsportvacantie met m'n vader in Oostenrijk. Huttentochten 3 jaar 'n week van hut naar hut met rugzak over de rotsen, en ijs en sneeuwvelden en griezelige afgronden. Veel te gevaarlijk en onverantwoord van m'n vader.

Ik ben opgevoed met de principes van Benjamin Spock: structuur, vaste tijden en beloning naar prestatie:

van m'n 8-18 dus piano

van m'n 8-18 hockeyen

van m'n 8-18 creatief en kunst

van m'n 12-16 7 vakken (ook tentamen)

op de havo.

Hele hoge verwachtingen hadden m'n ouders van mij en dan ook nog

De liefde

ik was geliefd bij de jongens ze wilden me allemaal en ik? ik had 'n beste vriendin nicole en een klein groepje vriendinnen op de basisschool. Toen dus die drugs pijpjeknaken met basj naar coffeshops en punckbuurthuis.

En geloof na de 'verlichtings-psychose' weer leuke kleren dragen geen drugs weer niet roken niet meer naar 't punckbuurthuis. In plaats daarvan op retraite weekenden en weken bij de carmalistenen in Sittard op de Callenberg, maar weggelopen en met de trein weg naar m'n "echte" ontmaagdingsvriendje Jelle in Arnhem was ie gaan wonen op de kunstacademie waar ik ook toelating had gedaan (en Amsterdam) maar afgewezen. Zwerven 4 dagen en nachten achter elkaar zonder iets (geen eten geen geld geen schoenen). politie-ambulances-zeedse band in isoleercel pols en enkel boeien aan bed vast in de isoleer.

Mormonen-nachtmerrie speelt nu nog door 43 jaar verlichtingspsychose nieuwe messiasse

van m'n 16de -> 40ste

en m'n 21ste – 25ste

anarchiste

Nu 3 jaar in onthouding

Niet weten wie ik ben

lang haar? kort haar?

En dan te beseffen dat ik hier beland ben waar anderen van de verpleging (personeel) de macht over je hebben. Ben ik gelukkig? ach waar ik t allemaal voor doe en gedaan heb is 't kleine stukje Geluk dat in de hemel op me wacht.

Sarah. F.A. Baren

Eindhoven

18-6-2013

S. lacht S. huilt bittere tranen in haar ziel
Haar 'Hartje' keer of 5 gebroken en wel 'n paar keer 'gestolen'
Bas de Wachter 'hou me op!'
Ouders: 'hou me op!'
Broer: 'hou me op!'
Pillen: 'hou me op! !'
Kelderafwaarts en toch zelfstandig,
"Did you ever seen salvation in
the eyes of being strong!
"Ob Lord grant me the Serenity
to accept the things I cannot
change; the courage to change
the things I can; and the
wis(e)dom to know the
difference"

Maar " Ze geven ons de vrijheid om te doen wat we willen maar ze geven ons veel meer. Ze geven ons de vrijheid om 'n huis te hebben"

En" wie hier niet is geweest wie niks heeft gewaagd die kent zichzelf niet tot in 't merg van zijn of haar botten; al heb je van beneden naar de sterren gerend je ervaart er nog geen 'fractie!' van 't wonder hierboven!!

Lieve Groetjes

Lisa en

Succes lieve

Vriendin; liefs van

Sarah, Saar, Saartje, Sarah.