



De narratieve benadering, therapeutisch tweerichtingsverkeer maakt een verschil

Betekenis geven aan kleine gebeurtenissen die nooit in verhaal gebracht zijn, maar die zo soms een betekenis krijgen die er dan een heel ander licht op werpt.

Johan Van de Putte heeft als psycholoog in diverse psychiatrische voorzieningen gewerkt. Hij geeft ook opleiding in psychotherapeutische methoden, zowel gedragstherapeutische en cognitief therapeutische, als oplossingsgerichte en vooral narratieve. In het kader van de narratieve benadering was hij ook een fel gesmaakte spreker op het Familiecongres. Waarom sprak dit het publiek zo aan?

Babbels die ruimte maken voor wat mensen goed kunnen.

Al bijna 25 jaar probeer ik door het voeren van therapeutische gesprekken iets te betekenen voor mensen wiens leven overschaduwd wordt door soms grote moeilijkheden, zorgen, toestanden. Vaker dan vroeger mijmer ik over effecten die diezelfde therapeutische gesprekken ook op mij hebben, op mijn werk en op mijn leven.

Sinds begin dit jaar werk ik op het Vormingscentrum Guislain. Mijn nieuwe taak bestaat erin dat ik vorming ontwikkel en geef die past bij actuele tendensen rond **herstelondersteunende zorg**.

Sinds begin september werk ik nu ook twee dagen voor een **mobiel team vroeginterventie psychose**. Ik kom dus bij gezinnen thuis waar sprake is van psychose-achtige verschijnselen.

De vormingen die ik nu ontwikkel zijn er vooral op gericht hulpverleners meer krachtgerichte gespreksvaardigheden bij te brengen. Waarom? Ik ontwikkel al jaren vorming vanuit

Het belangrijkste accent in de hulpverlening, zeker in de psychiatrie, ligt eerder op problemen.

narratieve inspiratie. Nu krijg ik de kans om dit te vertalen naar een bredere groep. Er zijn zoveel hulpverleners die allerlei opleidingen hebben gevolgd: maatschappelijk werker, pedagoog, psychiatrisch verpleegkundige, psycholoog, psychiater, maar echte gespreksvaardigheden komen daar vaak niet zoveel aan bod. En als we dan spreken van krachtgerichte gespreksvaardigheden – met de focus op

kwaliteiten van mensen, hun vaardigheden, die ze belangrijk vinden, waar ze van dromen – dan blijkt dat vaak helemaal niets te zijn. Wat ik doe voor het vormingscentrum is gespreksvaardigheden aanleren, geen therapie, zodat je ook in gewone gesprekken, gesprekjes en babbels meer ruimte

leert maken voor wat mensen goed kunnen, welke stappen ze al gezet hebben, waar ze van dromen en waar ze op hopen. Het belangrijkste accent in de hulpverlening, zeker in de psychiatrie, ligt immers eerder op problemen, tekorten, stoornissen, gebrek aan vaardigheden, ziekte, enz.

Vorming om een verschil te maken.

Het gaat dus niet om een nieuwe therapieopleiding, maar om vorming om het verschil te maken in gewone dagdagelijkse contacten met patiënten. Ik wil het ook een beetje weghalen uit de therapiesfeer omdat dit dikwijls zo'n plechtig karakter heeft: de heilige ruimte van de psychotherapeut. In de praktijk merken we dat één gesprek een verschil kan maken. En het maakt niet uit of die babbel nu gebeurt met een psycholoog, psychiater, een verpleegkundige of een stagiair. Dit kan ook inspirerend zijn voor *familie van*. Ik heb dit jaar een vrouw ontmoet in zo'n workshop die als familielid kwam en die daar enthousiast meer van wou leren. Maar ik wil er toch voor waarschuwen dat het mis kan lopen wanneer je je als betrokken partij een beetje als therapeut gaat opstellen. Dat kan ten koste gaan van de eerlijkheid en openheid in de relatie van mens tot mens, waar je ook moet kunnen zeggen: *ik krijg een punthoofd van je, of ik kan het niet meer uitstaan wat je daar doet*, enz.

Maar het is in elk geval belangrijk dat hulpverleners daar ook aandacht aan geven in het contact met familieleden. Want ook daar speelt vaak een probleemgerichte focus. Als iemand opgenomen is, neemt men contact op met de familie. Dat is positief, maar er lijkt wel een radar op zoek in dat contact naar wat er mis is in die familie. Men is bijvoorbeeld getuige van één scherp woordje tussen partners en hop, men concludeert misschien dat er iets aan de hand is in die relatie. Op de teamvergadering wordt dat gemeld en nu wordt elk detail dat past in dat verhaal opgepikt. De dingen die niet passen worden soms genegeerd.

En toch is het niet echt revolutionair, om daar op die manier mee bezig te zijn. De cliëntenbeweging (o.a. in Nederland) breekt al langer een lans voor een meer kracht- en cliëntgerichte benadering van de hulpverlening. Zij wijzen er ook al langer op dat hulpverleners vaak een obsessie hebben rond *tekort, gemis, problematiek, stoornis en diagnoses*. Daarnaast kom ik meer en meer hulpverleners tegen die daar oren naar hebben.

Ik heb op verschillende plekken in de psychiatrie gewerkt, maar ik ben niet overal geweest. Toch kan ik vanuit mijn ervaring zeggen dat er met de beste bedoelingen soms dingen gebeuren die pijnlijk zijn voor mensen in de cliëntpositie. Voor mij zou het al een groot verschil maken mochten hulpverleners meer afgestemd raken op waardevolle aspecten van mensen en families, en dit op een heel concrete en praktische manier. Mocht dat gebeuren dan zou dat inderdaad een omwenteling zijn.

De narratieve benadering veranderde mijn manier van werken.

Tijdens mijn opleiding psychologie ontdekte ik dat je met die studie op zich nog niet veel kon doen in de praktijk. Je moest daarvoor nog een psychotherapieopleiding volgen. Ik ben dan in de *Relatiestudio* terecht gekomen en heb daar van alles gevolgd. Daarna heb ik een opleiding gedragstherapie



In de praktijk merken we dat één gesprek een verschil kan maken.

gevolgd. Dat was eerst tegen mijn zin omdat dat denkkader mij toen niet zo aansprak. Maar ik werkte toen op een PAAZ en ontmoette daar veel mensen die bepaalde klachten hadden, geen zin hadden in interessante gesprekken, maar wel snel minder last van die klachten wilden hebben. Dus ik dacht dat ik dan toch best zo'n klachtgerichte benadering zou volgen. Hongerig naar allerlei benaderingen ben ik ook in contact gekomen met de *oplossingsgerichte therapie* en daar was ik onmiddellijk enthousiast over. Daar legt men een sterk accent op wat mensen willen en kunnen, in plaats van op het uitvlooien van problemen. In die opleiding aan het *Korzybski-instituut* in Brugge leerden we daarover heel interessante gesprekstechnische vaardigheden. Op die manier kwam ik in contact met het werk van *Steve de Shazer*, de vader van het oplossingsgerichte model. Ik kocht zijn boek *Therapeutic conversations*, waarin ook een bijdrage stond van *Michael White*. Ik weet nog hoe ik zijn stuk gefascineerd las, zonder dat ik het helemaal snapte. Dit dateert misschien van in de jaren 90. Jaren gaan voorbij en in 2005 zie ik plots: *workshop van Michael White in Antwerpen*. Ik herken die naam en schrijf mij in.

Die twee dagen waren een openbaring voor mij. Ik was overweldigd en ontroerd door de manier waarop hij helpende gesprekken benaderde. Zijn ethische houding sprak me sterk aan, hoe hij het respect voor mensen in de cliëntpositie praktisch vertaalde. Ik herinner mij een scène uit een DVD die hij toonde. Het toonde een gesprek met een vrouw en haar therapeute. Die vrouw vertelde hoe een buurman veel voor haar betekend had toen ze het moeilijk had en dat was een ontroerend relaas. Op een bepaald moment vraagt die vrouw: *wil je een zakdoek, Michael?* De camera was alleen op haar gericht, maar de tranen liepen blijkbaar uit zijn ogen. Dat vond ik mooi, dat hij geraakt was door dat verhaal en dat niet verborg. Ik herinner mij nog goed dat ik toen in die workshop beseftte dat dit mijn manier van werken zou veranderen.

Een mens is meer dan één identiteitslijn.

Ik heb daarna een aantal boeken van hem verslonden en ben met deze benadering gaan experimenteren. Ik ben een 5-dagen workshop in Ierland gaan volgen bij mannen die bij Michael White opgeleid waren. Zij hadden opleiding in het centrum van Michael White in Australië gevolgd, in Adelaide. Dat ging ik nooit doen, dacht ik toen. Maar een jaar later heb ik dan toch ook die stap gezet. Ondertussen zijn we 2013 en dit model blijft mij zeer dierbaar. Ik geef daar ook graag les over.

Als ik mensen ontmoet in de context van mijn werk dan hangt er een soort *patiëntschap* boven hen. Dat is geen fijne ervaring. Als je in onze maatschappij de rol moet innemen van psychiatrische patiënt, dan is dat niet iets om op je facebook te zetten. Het is ook iets wat je niet zo maar van je afschudt. Als je je been gebroken hebt en het is genezen, dan is het voorbij. Maar na een psychische ziekte wordt dit niet zo ervaren. Je identiteit komt in het gedrang, je bent ex-patiënt en dus *zwak* en *gestoord*, absoluut niet succesvol, veerkrachtig, stressbestendig, dynamisch, enz. Dat blijft dus aan je plakken. Michael noemt dat *spoiled identity*. Je identiteit is dus verknoeid.

Gisteren kwam ik aan huis bij een moeder met haar zoon die een psychose doorgemaakt had. Daar liep een puppy rond die op mij sprong en die jongen duwde hem naar beneden. Ik zei daar iets over en hij vertelde dat hij samen met zijn mama die hond aan het leren was om niet op mensen te springen. Hij schonk mij koffie in en ik zei tegen zijn mama dat ik mij *goed gesoigneerd* voelde. Ik vroeg hem: *gastheer zijn, van wie heb je dat geleerd?* Dit lijken kleine details, maar voor mij is dat niet onbelangrijk, want het gaat over identiteit. Er hangt hier al een identiteit in de lucht: die van zijn diagnose. Maar ik pik andere stukjes identiteit op: een goede gastheer en iemand die weet hoe hij met puppies moet omgaan. De narratieve benadering heeft mij daar heel alert voor gemaakt.

Eén verhaal, bijvoorbeeld een probleemverhaal, kan nooit de hele identiteit van een mens dekken. Als je merkt dat mensen het moeilijk hebben en kwetsbaar zijn met en door een diagnose, dan ga je helpen om andere identiteitslijnen te ontwikkelen. Iemand mag niet gereduceerd worden tot een diagnose. Er zijn zoveel andere aspecten aan die persoon en je kunt dat aandacht geven en bevragen. Jij Diederik, was bijvoorbeeld enthousiast over de thee hier. Stel dat jij hier als cliënt op gesprek kwam, dan zou ik daar op ingaan. Dat kan allerlei interessante associaties opleveren en jij wordt gezien in iets wat je interesseert. Dat maakt het gemakkelijker om het straks te hebben over de dingen waar je het moeilijk mee hebt. Vroeger zou ik dat nooit gedaan hebben, het leek mij allemaal niet relevant. Nu heb ik daar juist ook aandacht voor. Stel dat jij zegt: *ik ben opgebrand. Ik heb het al met de huisarts erover gehad: het is duidelijk!* De vraag is of ik daar

Het zou een groot verschil maken mochten hulpverleners meer afgestemd raken op waardevolle aspecten van mensen en families.

iets kan in betekenen. Vroeger, toen ik hoofdzakelijk gedragstherapeutisch werkte, zou ik met een heel grondige probleemexploratie begonnen zijn: hoe lang is dat al, wanneer is dat begonnen, wanneer is dat op zijn ergst, enz. Het idee was, hoe beter we dit kunnen uitvlooien, hoe beter ik met mijn expertise jouw therapeutisch pad kan uitstippelen.

Maar hoe meer jij erover praat, hoe meer je ook je burn-out voelt, dat is een risico. Het werkt niet altijd als een opluchting om daar op te focussen.

Ik heb zes jaar op de afdeling angst en stemmingsstoornissen van het UZ gewerkt. Assistent-psychiaters leren daar om een goede anamnese af te nemen en één vraag kon zijn: *komt depressie*

nog voor in je familie? Stel dat je antwoordt: *depressie... dat weet ik niet, maar mijn vader kon soms erg somber zijn, ja... En nu ik erover nadenk, mijn nonkel... toen noemde men dat niet maar ik denk dat die misschien wel regelmatig depressies doorgemaakt heeft.* De psychiater(-assistent) schrijft dit op, zet er misschien een streepje onder of zet er een kruisje bij en jij denkt: *oei, wat ik hier zeg lijkt belangrijk.* Je hoort de psychiater denken: *genetische voorbestemdheid.* Dit gebeurt met de beste bedoelingen, omdat men inderdaad denkt dat dit relevant is, maar als patiënt voel ik mij nog meer bezwaard. Je depressie wordt gelinkt aan de zwaarmoedigheid van je vader en de depressies van je nonkel. Dit wordt dus een problematische verhaallijn. Michael White was zich erg bewust van de verhaallijnen die we bevestigen of (mee) helpen creëren. Volgens hem zorgt onze taal er ook voor dat wij problemen *in* mensen plaatsen. Jij hebt een burn-out of een depressie, jij hebt een agressiereguleringsprobleem, hij is een alcoholist, zij is een psychoot of een schizofreen enz. Vergelijk het met een glas water waar je een druppel inkt in doet. Het is alsof de hele persoon door het probleem ingenomen wordt. Je wordt helemaal bepaald en gekleurd door het probleem. Daarom heeft hij hier een nieuwe manier van spreken over ontwikkeld. Eerst leek mij dat raar, maar het intrigeerde mij ook. In plaats van het gewone taalgebruik waarbij het probleem in de persoon wordt geplaatst, gebruikt hij *externaliserende taal*.

Ik ga nu zeggen: *Vind jij dat burn-out een goeie naam is voor de dingen die een schaduw over je leven werpen?* Jij antwoordt: *ja zeker, ik heb dat opgezocht op internet, het is helemaal hetzelfde.* Dan ga ik vragen stellen. *Wanneer is burn-out in je leven beginnen binnen te dringen? Kan je me vertellen wat burn-out met je doet? Heeft burn-out een invloed op uw lichaam? Niks van energie meer! Zou je dus zeggen dat burn-out je energie afpakt?*

Merk je hoe ik van burn-out een onderwerp maak waarbij jij lijdend voorwerp bent. Ik haal dus het probleem en de persoon uit elkaar. Ik beschouw jou als iemand die lijdt onder burn-out en ik ga wel even explorerende vragen stellen als toen ik vooral gedragstherapeutisch werkte. Maar ik ga nu

zorgvuldiger om met mijn taal omdat ik niet wil dat jij en burn-out helemaal gaan samenvallen. Ik vraag bijvoorbeeld: *Burn-out heeft dat ook een invloed op de relatie met uw partner?*

Wel, ik merk dat ik haar een beetje ontloop...

Fluistert burn-out je misschien dingen in over wie je bent als partner of als mens?

Ik voel mij mislukt.

Die burn-out probeert je wijs te maken dat je mislukt bent!

We bespreken dus de effecten van burn-out en dan kan ik vragen: *wat vind jij ervan dat burn-out je energie afpakt, een kloof creëert tussen jou en je partner?*

Kut.

Ik zou willen weten waarom jij dat kut vindt. Wat wordt er voor jou verpest dat misschien kostbaar voor je is?

Ik stel dus vragen over wat belangrijk is voor de cliënt: *wat dreigt het probleem te verpesten?*

Dan zeg je misschien: *Mijn partner en ik waren nog maar een jaar samen en ik was zo blij dat we elkaar gevonden hadden. Het klikte geweldig en nu met die burn-out begin ik te twifelen of ik nu echt wel iemand voor haar ben. Ik vind dat erg.*

Ik wil graag weten waarom je dat zo erg vindt.

Wij zijn alle twee jaren alleen geweest en ik had echt het gevoel dat we voor elkaar gemaakt waren.

Kan je iets vertellen over hoe dat was voordat burn-out dat begon te verpesten?

Ik had nog nooit zo open kunnen spreken met iemand over dingen die mij nauw aan het hart liggen.

Over welke dingen konden jullie toen praten met elkaar?

Dan vertellen mensen dingen die kostbaar voor hen zijn. We exploreren dus ook wel het probleem maar op een identiteitsveilige manier, en we komen geheel ergens anders uit. De narratieve manier hecht veel belang aan het exploreren van wat kostbaar is voor mensen, wat hen nauw aan het hart ligt, waar ze van dromen.

Er is nog niets opgelost, maar vanuit dit gesprek kunnen we een bondgenootschap creëren om burn-out stokken in de wielen te steken.

Waren er misschien momenten de voorbije maanden dat burn-out een beetje zenuwachtig werd omdat je misschien iets deed wat burn-out niet graag had? Momenten dat hij zich leek terug te trekken?

Jawel, ik moet zeggen twee weken geleden, had ik zo een paar goeie dagen en ik dacht, we zijn erdoor.

Mag ik daar iets over vragen over die twee weken?

Dan ga ik daarop verder. De oplossingsgerichte benadering doet dat ook: inzoomen op momenten dat het probleem vermindert of afwezig leek. We kijken of iemand iets deed dat hier toe bijdroeg.

Michael White had bijvoorbeeld de praktijk ontwikkeld om

soms brieven of documenten te schrijven naar mensen in de cliëntpositie of een document op te maken, bijvoorbeeld op het einde van een reeks gesprekken, waarin ze samen uitvlooien wat belangrijk geweest was. Ik weet nog goed wanneer ik dat de eerste keer deed. Het was een vrouw die heel nare dingen had meegemaakt. Ik heb trouwens toestemming van haar gekregen om dat te delen. Ik lees er iets uit voor:

Deze opname was een hele stap voor jou. Je wist wel dat je bijna geen kracht meer had, maar het was toch een pijnlijke beslissing om tijd te nemen en te vragen voor jezelf, en om de zorg voor

Lore even over te laten aan Jef. Je hebt besloten om te praten over een aantal ervaringen die pijnlijk voor je geweest zijn en nog steeds zijn.

Er volgt een opsomming van wat moeilijk was.

We hebben je hier leren kennen als een lieve, sensitieve, betrokken mama voor Lore. Ik had dat al gehoord van mijn collega's voor ik je gesproken had. En toen ik je vroeg hoe je dat hebt leren doen, verwees je naar een gezin waar je vroeger contact mee had. Je bent een intelligente vrouw, die eerlijk probeert te zijn. (...)

In de loop van onze gesprekken hebben we stilgestaan bij enkele belangrijke verlangens van je. Zo heb ik geleerd dat het belangrijk voor je is dat je de invloed van de mishandeling en het misbruik en andere onrespectvolle bejegeningen op je leven vermindert. Dat je je leven zoveel mogelijk vrij krijgt om het te leven op de manier die jij wilt. (...)

Je wilt ook kunnen praten over die dingen zonder beschaamd te zijn.

Verder nog een aantal dingen die ze anders wil.

Op het einde van de opname voel je je gelukkiger dan je je een lange tijd gevoeld hebt. (...)

De gesprekken met jou hebben ook effect op mij als mens gehad. Het heeft mij deugd gedaan om in contact te komen met je eerlijkheid, je gezond verstand, de manier waarop je met mensen omgaat, je respect voor kinderen. (...)

Dat iemand van 25 jaar met zo'n stuk pijn in haar geschiedenis blijk kan geven van zoveel wijsheid, heeft mij geraakt en geleerd dat wijsheid niks met leeftijd te maken heeft.

Het ga je goed.

Dit zijn stukjes uit mijn eerste dergelijke brief. Ik ben dat blijven doen vanuit die accenten van de narratieve therapie. Als je het over problemen hebt, dan wel op een manier dat mensen er niet mee samen vallen, met oog voor stappen die mensen zetten, wat ze belangrijk vinden en ook met oog voor wat het effect is op de hulpverlener. Michael White heeft er altijd op gewezen dat het toch wat vreemd is dat men de therapeutische relatie meestal als een éénrichtingsverhaal

Iemand mag niet gereduceerd worden tot een diagnose.

ziet: de hulpverlener beïnvloedt de persoon in de cliëntpositie, maar niet omgekeerd. Hij heeft daar kritiek op, want die kijkt zorgt er voor dat hulpverleners niet nadenken over de invloed op hen van het contact. En dat maakt hen kwetsbaarder voor burn-out. Maar mensen delen stukken van hun leven, ze openen hun hart voor jou, dat heeft een invloed!

Dat was ook een eyeopener voor mij. Ik heb daar onlangs een artikelje over geschreven. Toen ik op de afdeling angst- en stemmingsstoornissen van het UZ werkte, heb ik vaak gedacht: *Johan, als jij nu zo op depressief terrein zou komen, zou jij jezelf dan zo goed op de been kunnen houden als deze persoon? Zou jij ook de moed hebben om toch iets te proberen?* Of als je werkt met mensen met enorme angsten: *Johan, zou jij de moed kunnen verzamelen om tegen zo'n angsten in te gaan?*

In een aantal modellen van psychotherapie word je als hulpverlener eerder gezien als de expert die weet wat kan helpen. In de narratieve en ook de oplossingsgerichte benadering gaat de therapeut meer zoeken naar vormen van expertise bij de cliënt. Ik heb daardoor een fijnere neus ontwikkeld voor niet vanzelfsprekende vaardigheden van mensen. Door daarover te praten worden ze zich er zelf ook meer bewust van. Je kunt dan vragen stellen als:

Wanneer heb je dat ontwikkeld, denk je? Wie heeft daar een rol in gespeeld?

Michael White geeft het voorbeeld van een vrouw die allerlei nare dingen had meegemaakt, maar blij gaf van creativiteit. Hij was nieuwsgierig naar waar dat vandaan kwam. Zo kwamen ze in het gesprek op *Pipi Langkous*. Zo besepte hij dat één van de boeken over *Pipi* veel voor haar betekend had. Dit had misschien een rol gespeeld in het krijgen van voeling met creativiteit en speelsheid. Michael vroeg haar dat boek de volgende keer mee te brengen. Ze zouden dan de passages opzoeken die als kind op haar een bijzondere indruk hadden gemaakt. Ze hebben die samen gelezen en Michael heeft haar voorgesteld dat ze een brief zouden opstellen naar de schrijfster, Astrid Lindgren. Daarin kon ze verwoorden wat de betekenis van *Pipi Langkous* in haar leven geweest was, en wat dit voor haar mogelijk gemaakt heeft. Astrid Lindgren was toen al gestorven, maar Michael heeft een bevriende kinderboekenschrijver uitgenodigd naar de volgende therapiesessie om de brief te lezen alsof hij Lindgren was, en om getuige te zijn van een gesprek met de vrouw. Hij nodigde hem uit om te speculeren over hoe het voor de schrijfster zou geweest zijn, mocht ze die brief gekregen hebben.

Dit klonk ongewoon, maar ik zag dat daar waarde in zat. Andere mensen zijn voor ons gevoel van identiteit van groot belang. Van daaruit betrok Michael ook andere mensen in de therapie, soms zelfs *vreemden* zoals die schrijver. In dit voorbeeld krijgt die creativiteit meer ruimte: *ah, dat is eigenlijk een deel van mij!* Door de aandacht en erkenning ervoor, krijgt dit deel meer allure en meer betekenis. Door alle

concrete stappen die gezet worden en ook door andere mensen erbij te betrekken wordt het steeds reëler, echter. Daardoor ervaart de persoon meer keuzemogelijkheden om stappen te zetten die passen bij die creativiteit. Dat aspect krijgt meer echtheid: *ja, het is zo. Ik ben iemand die een zware jeugd achter de rug heeft, dat wordt niet ontkend of toegedekt. Daarnaast is het ook zo dat creativiteit erg belangrijk voor mij is.*

Een motto van Michael White is *multi-storiedness* of meerverhaligheid. Hij vindt dat je dat moet nastreven in gesprekken, dat er dus meerdere verhalen en identiteitslijnen zijn en niet alleen die van het probleem of de stoornis.

Die dingen moeten niet vergoelikt of toegedekt worden, maar we moeten mensen helpen om daar op een manier over te spreken en te denken die hun identiteit niet besmeurt. We moeten er ook aan bijdragen dat mensen belangrijke andere aspecten van hun identiteit kunnen uitdrukken. We moeten er zorg voor dragen dat dit gevalideerd wordt. Een document kan daar bijvoorbeeld aan bijdragen, want wat geschreven staat, heeft dikwijls meer impact dan wat maar even vermeld is. Je kunt dat ook delen door het aan anderen te tonen. Die reageren er dan op, waardoor het nog meer belang krijgt.

Een persoon is geen diagnose.

Het medische model denkt dat als men praat in termen van ziekte, dat de patiënt zich dan niet meer moet schamen. Want wie schaamt er zich nu voor een griep of een nierziekte? Dus moet jij je ook niet schamen over je depressie, je autistische aanleg, enz. En ik als professioneel zal zeggen wat goed voor je is en welk medicament je best neemt. En je moet je niet schamen! Men is zo overtuigd van het waarheidsgehalte van dat discours, dat men zich er geen zorgen over maakt dat iemand zich daar als patiënt toch steeds kleiner zou kunnen gaan voelen.

Het wordt allemaal herleid tot een probleempje in de hersenen. De narratieve benadering gaat daar helemaal tegenin. Beter nog, maakt het ruimer. Michael White beschrijft bijvoorbeeld de ontmoeting met een gezin: papa, mama en een jongetje. Ze komen bij hem omdat hun zoontje de diagnose ADHD gekregen heeft en ze hebben bedenkingen bij wat de medicatie met hun zoontje doet. Michael was ook een heel speelse man die graag met kinderen werkte, en zegt heel serieus: *En... hebben ze u verteld wat voor ADHD?* Die mensen schrikken: *Zijn er verschillende soorten ADHD?* Ja, zegt Michael, *als ik niet weet welke soort, dan ben ik bang dat ik niet veel zal kunnen doen.* Die ouders reageren verontwaardigd dat hen dat niet gezegd is. *Kunt u misschien die diagnose stellen?*

Nee, sorry, maar dat kan ik niet. Hij gaat naar dat jongetje en vraagt: *Zeg, Jeffrey, weet jij wat voor kleur jouw ADHD heeft?* De jongen kijkt verbaasd: *Nee.*

Ah, zegt Michael, nu snap ik het! Nu begrijp ik dat ADHD borden kan doen vallen (was net gebeurd in zijn bureau) en waarom ADHD dat en dat en dat als effect heeft. Nu snap ik het: Jeffrey weet niet hoe zijn ADHD eruit ziet.

En wat later in de sessie: *Ik denk dat ik ooit de tweelingbroer van Jeffrey zijn ADHD ontmoet heb.* Hij gaat in zijn dossierkasten zoeken en haalt een tekening boven die een ander jongetje gemaakt heeft van zijn ADHD en hij toont die: *Volgens mij – ik kan verkeerd zijn – is dat een broer van jouw ADHD. We zouden een manier moeten vinden dat jij jouw ADHD kan betrappen en er een tekening van kunt maken.*

De rest van de sessie maken ze samen een plan hoe die jongen dat zou kunnen doen. De volgende

keer komt die jongen terug met iets achter zijn rug. Ineens haalt hij het tevoorschijn. Michael valt op de grond van het verschieten, bang voor die ADHD. En dan beginnen ze met het gesprek over wat die ADHD allemaal deed met Jeffrey zijn leven, het leven van zijn juffrouw, zijn papa, zijn mama.

Dit is een mooie illustratie van de waarde die Michael hechtte aan het feit dat mensen zelf betekenis moeten kunnen geven aan datgene waar ze mee geconfronteerd worden. Dat is een andere benadering dan wanneer jij bij mij komt en ik mijn dikke boeken boven haal (DSM-V) en ga zeggen wat voor stoornis jij hebt.

In de narratieve benadering beschrijf je wat je hebt en ik ga dan aan jou vragen hoe we dat gaan noemen. En als jij zegt: *Het is depressie, ik heb dat opgezocht*, dan vraag ik misschien: *Heb je een idee wat voor soort depressie? Wat is er eigen aan jouw depressie?*

In plaats van het uniformiseren of te standaardiseren, vragen we naar de betekenis voor die bepaalde persoon in die unieke situatie.

Ik herinner mij een meneer aan wie ik vroeg: *Hoe gaan we dat nu noemen waar we het nu over hebben?* Hij zei: *Ja, ik noem dat 'het'.* Ik heb dan een samenvatting van ons gesprek met hem op papier gezet: wat *het* deed met hem, hoe *het* te werk ging met hem. En hij heeft dat thuis aan zijn vrouw en zijn kinderen laten lezen en die zeiden dat het klopte. Daardoor hadden zij ook het gevoel: *Ah, daar in het ziekenhuis, zien ze wat er gebeurt!* Er stond ook in wat er in het gezin gebeurde.

Ik herinner mij ook nog een babbel met een mama en een papa wiens zoon in het ziekenhuis lag met iets psychoseachtig. De jongen had gezegd dat hij niet met psychologen wilde praten. Ik vroeg aan die ouders wat hij goed kon en zo. Enkele weken later signaleerden zij dat het ook belangrijk was dat zijn zussen en zijn nicht betrokken werden. De volgende bijeenkomst kwamen die dus mee en ging het over wonen. Zij braken een lans voor het feit dat die jongen alle kansen moest krijgen om alleen te gaan wonen met ondersteuning. Hij wou dat ook ondanks dat hij een vrij zware diagnose met zich meedroeg.

Je moet dan een aanvraag doen voor zo'n ondersteuning door een mobiel team. Ik schreef dus een brief voor dat team met het perspectief van de familieleden en die jongen. Daar stond onder meer ook in dat de familieleden vonden dat hij terug opgenomen moest worden als hij terug psychotisch

werd, niet te lang, maar tijdelijk, en dat je dat daar en daar aan kunt merken. De brief was klaar. Hij wou dan wel niet met psychologen praten, maar ik vond wel dat hij die brief moest lezen en mij moest vertellen of hij ermee akkoord ging. Hij heeft dat gedaan en had een paar opmerkingen.

Er staat daar iets in van psychose. Maar dat woord dat heb ik niet graag. Ik vind dat een vies woord. Oké. Hoe wil je dan dat ik het omschrijf?

Schrijf dan dat ik soms in de war ben in mijn hoofd.

Ik schreef dan ook: *de ouders spreken van psychose, maar die persoon zelf vindt dat geen fijn woord en wil het liever hebben over 'in de war in zijn hoofd'.*

Ik vind het belangrijk dat de woorden van de mensen zelf gebruikt worden en dat hun kijk naar voor komt. Is het nodig om als hulpverlener aan je collega's te bewijzen dat je ook *hulpverlenerstaal* spreekt? Als jij wilt bewijzen dat je een door de wol geverfde professional bent, dan kan je dat doen door bepaalde woorden te gebruiken. En dan wordt het soms alsof de geestelijk gezonden spreken over de sukkels die dat jammer genoeg niet zijn. Zo wordt je status onderling een beetje bevestigd. Ik maak er misschien een karikatuur van, maar er is soms iets van aan.

Kijken naar de hele mens.

Ik ben recent bij het team voor vroegdetectie begonnen, en ik merk dat mijn teamleden niet direct stempels geven en van opname spreken. Ik heb de indruk dat veel van de mensen in mobiele teams ruimer kijken, naar de hele mens. Het heeft misschien ook te maken met het feit dat je mensen thuis ontmoet, dat je geniet van hun gastvrijheid.

Ooit kwam ik bij een meneer die absoluut ook een psychotische indruk kan geven, door de dingen die hij soms zei, maar zijn appartement was helemaal in orde, hij was de perfecte gastheer, zijn administratie was perfect geregeld. Zo zie je met eigen ogen dat mensen kunnen te maken hebben met een stoornis en tegelijkertijd heel veel dingen toch nog goed kunnen. Dat kan perfect naast elkaar bestaan. Als je in psychiatrie werkt, ga je soms alleen maar de stoornis zien, waardoor je het gevoel krijgt: *Die is zo ziek, die moet hier zeker de rest van zijn leven blijven.* Wat soms helemaal niet klopt. Er is zo weinig ruimte voor die andere dingen daar waardoor hulpverleners soms in een soort bewustzijnsvernauwing terecht komen. Misschien is een mobiel team ook gewoon een gezondere werkcontext.

Diederik Thuyn, redactiemedewerker.

www.krachtgerichtegesprekken.be

www.narratievetherapie.be

Michael White (1997). *Narratives of therapists' lives.*

Adelaide: Dulwich Centre Publications