
NARRATIEVE PERSPECTIEVEN IN DE SOCIALE PSYCHIATRIE

Bernadette Havinga, spv

Theo Bruinsma, spv

Charles Lycklama à Nijeholt, spv en allen werkzaam in Groningen en Drenthe

Ik zing hier alleen maar woorden

Stomme letters op een rijm

En of ik ze schreeuw of fluister

Ze zullen altijd een beschrijving zijn

(Bram Vermeulen, "woorden")

Inleiding

In ons leven geven wij betekenis aan een relatie die we met elkaar onderhouden door elkaar verhalen te vertellen. In verhalen vertellen we wat ons bezig houdt, hoe we ons leven inrichten en wat dat voor ons betekent. Dat biedt de mogelijkheid voor contact en kunnen we elkaar beter leren begrijpen. Als we elkaar begrijpen, als we elkaar in verhalen kunnen ontmoeten, kunnen we de ander 'helpen' om 'op verhaal' te komen. Dit lijkt in het dagelijkse leven een vrij natuurlijke manier van omgaan met elkaar.

In hoeverre kunnen verhalen een bijdrage leveren om elkaar beter te begrijpen en hoe is dat in een therapeutische relatie toe te passen. Hoe kan het verhaal een plek krijgen binnen een professionele relatie, omdat in het verhaal betekenisgeving zit opgesloten.

Binnen het medische model is het vaak zo dat de hulpverlener zichzelf als de deskundige ziet. Hij kan aan de hand van de klachten van de cliënt bepalen wat er aan de hand is en op grond hiervan een bepaalde therapie voorschrijven. De cliënt accepteert de rol als niet deskundige. Wanneer dat het geval is zal de cliënt meer de neiging vertonen om te doen wat de hulpverlener zegt. Hierin bestaat het gevaar voor een zekere afhankelijkheid van de hulpverlener. De autonomie van de cliënt wordt in ieder geval niet door de therapeutische relatie versterkt. Dit hoeft niet altijd een probleem te zijn en vaak is de cliënt geholpen bij het verdwijnen van zijn klachten. Meestal is het echter zo dat de klachten niet eenvoudigweg te behandelen zijn en niet verdwijnen. Betekenis kan dan gegeven worden aan de klachten die veelal liggen in de behoefte om erkenning. Erkenning en betekenis geven aan een leven, een levensverhaal is geen sinecure en heeft een nogal moralistisch karakter als niet uitgegaan wordt van de behoefte van de cliënt.

Een narratieve benadering biedt de mogelijkheid voor een hulpverlener, voor een SPV, om naast luisteren een actieve bijdrage te leveren aan die 'helende' behoefte van de cliënt.

In deze bijdrage willen we onderzoeken in hoeverre en op welke manier narratieven in de hulpverlenersrelatie gebruikt kan worden.

De hermeneutiek van de narratieve benadering

De narratieve benadering komt voort uit een hermeneutisch georiënteerd kader. Al in de bijbel worden verhalen verteld en geïnterpreteerd. Hier is het ontstaan van de hermeneutiek, de leer van het interpreteren, begonnen. Vandaag de dag is het een theorie op zich, waarbij er naast het interpreteren ook aandacht is voor degene die interpreteert.

In de hermeneutiek gaat het om hoe wij naar de werkelijkheid kijken en beleven. Het uitgangspunt is dat een ieder zijn eigen werkelijkheid creëert binnen zijn sociale, politiek en culturele context. Taal en communicatie zijn hierbij van essentieel belang. In een ontstane wisselwerking tussen twee of meer mensen ontstaat er een betekenisstelsel, waardoor interactie verstaan en geordend wordt. De kennis die wij opdoen heeft te maken met de relatie van het menselijk denken en de sociale context. Kelly(1955) stelt dat wij niet zozeer het slachtoffer zijn van de feiten, maar dat wij die zelf creëren. Het is de psycholoog Bruner(1986) die aangeeft dat naast het cognitieve het nodig is om aandacht te geven aan betekenissen, verhalen en cultuur. Vervolgens komt Sarbin(1983 en 1993) met de bewering dat in een verhaal niet alleen de feiten maar ook mogelijke beweegredenen en betekenissen gewen zijn. Sarbin stelt: 'door te weten in welk verhaal de ander leeft kun je hem ook leren kennen'.

De narratieven in de praktijk

Volgens White en Epston(1990) is de narratieve therapie gebaseerd op het idee dat problemen gecreëerd worden in een sociale, culturele en politieke context. Ervaringen worden samengevat in narratieve structuren of verhalen die dan vervolgens als referentiekader dienen. Binnen dit referentiekader zijn ervaringen begrijpelijk of kunnen ze begrijpelijk gemaakt worden.

Klachten ontstaan wanneer problemen niet meer gezien worden als iets van buitenaf, dat invloed heeft op de persoon. De persoon identificeert zich dan met het probleem en creëert een verhaal waarin hij zichzelf ziet als iemand met een gebrek aan controle en als incapabel.

Een narratief brengt een tijdsdimensie aan door gebeurtenissen te plaatsen in een verband door de tijd. Een narratief kent een begin en een einde, waartussen de tijd verloopt. Ook kent een narratief een bepaalde ruimte, plaats en situatie die samen de context vormen. Een narratief is gebonden aan een ontwikkeling, verhaallijn, thema en context waarbinnen het zich afspeelt (Olthof, 1994).

Het narratieve weten

Zoals eerder vermeld is de betekenis van narratief vertellen het terughalen van verhalen. 'Als ik mijn verhaal uit het verleden weer terughaal, dan ben ik in staat om het te vertellen. 'Ik krijg weer greep op mijn geschiedenis en kan deze in verhaal brengen'.

Wie over zijn leven kan vertellen, in zijn eigen verhaal, speelt een (hoofd)rol, hij doet (weer) mee, hij wordt gehoord en gezien. Hij heeft een actieve deelname aan het aan zijn eigen versie van zijn geschiedenis en aan de werkelijkheid. Op deze manier kan hij een antwoord geven op de vraag wie hij is.

Door onze verhalen te vertellen zijn we in staat om onze geschiedenis en huidige leven te ordenen en er betekenis aan te geven. Door betekenis te geven aan onze verhaal en daarmee aan onze leven, zijn we in staat om een zinvolle levensperspectief voor onszelf te creëren. Hiermee kunnen we zin geven aan ons bestaan. We zijn ons eigen verhaal.

Zo vormt zich de wereld waarvan we deel uitmaken tot een bekende wereld met een begrijpelijk verhaal (Olthof, 1994).

Worden we getroffen door allerlei vormen van traumata dan kan dat gevoelens van fragmentatie, desintegratie, zinloosheid en passiviteit veroorzaken. We verliezen contact en zijn niet meer in staat om ons eigen verhaal volledig en chronologisch te vertellen. We worden dan geen deelnemer, maar toeschouwer van ons verhaal.

Cliënten van de GGZ zien vaak geen perspectief meer en zijn niet meer in staat dan een gefragmenteerd verhaal te vertellen.

Zo komt Olthof tot de volgende stelling:

Als de mens een verhaal is en een verhaal een tekst, dan is tekstanalyse het diagnosticum. (Ricoeur, uit Olthof 1994)

Door het maken van ons verhaal nemen we actief deel aan de werkelijkheid. Op deze manier is de werkelijkheid een vertelde werkelijkheid en ons weten over de werkelijkheid een narratief weten.

Het narratieve weten gaat uit van het verhaal in de context. Verschijnselen zijn juist te begrijpen wanneer we deze plaatsen in een context. Ons narratief weten is hierdoor context afhankelijk geworden en ons begrip hiervan confronteert ons met vragen over interpretatie, zingeving en definitie van de werkelijkheid.

Het narratieve weten wil de macht over het weten teruggeven aan de auteur van de tekst, aan de verteller van het verhaal. De auteur (verteller) bepaalt zelf het waarheidsgehalte (Olthof, 1994).

De perspectief van de verteller is ingebed in een groter geheel, namelijk de cultuur waarvan hij deel uitmaakt. Op deze manier is de auteur verbonden met het verhaal van andere auteurs en met het verhaal van de gemeenschap waar de auteur toe behoort.

Deze gemeenschap is een universum van verhalen (Parry, 1991 in Olthof, 1994). Individuele verhalen zijn verbonden met de grotere verhalen van de gemeenschap waarvan ze deel uitmaken. In onze maatschappij is het zo dat deze grotere verhalen een product zijn van een dominantie van westerse, blanke en mannelijke verhalen. Het is dan ook dit deel van de samenleving dat de macht van het weten bepaalt.

Bij het aangaan van relaties staat een ieder voor de taak om zijn verhaal die geschreven is vanuit zijn context te verbinden met die van de ander. Naarmate de relatie duurt schrijven beide samen een nieuw verhaal. In een gelijkwaardige relatie zijn de partners overeengekomen welke rol ze spelen in elkanders verhaal en in hun gezamenlijke verhaal. Problemen ontstaan hierin wanneer één partner niet in staat is of wordt gesteld om een eigen verhaal te vertellen of te ontwikkelen. Wanneer één partner de rollen verdeelt en als het ware het script schrijft voor de ander.

Belangrijk hierbij is dat de therapeut zich invoegt en aansluit bij de wereld van de cliënt. Door in te voegen in de wereld van de cliënt zal de therapeut in staat stellen om een opening te creëren om een narratief te ontvangen. De therapeut kan eveneens hierdoor van betekenis worden voor de cliënt. Beide geven een opening om verhaalwendingen en andere perspectieven toe te laten bij de cliënt. Zeig (in Olthof, 1994) onderscheid 12 aanwijzingen die van belang zijn voor de vaststelling van de structuur en vorm van een narratief voor de cliënt. Deze aanwijzingen zijn van belang voor de hulpverlener om de taal van de cliënt te leren spreken, in plaats van andersom.

1. Wereldmodel

Het wereldmodel van de cliënt betreft het zin- en betekenisniveau. Denk hierbij aan religie, visie op de mens en op de wereld en de maatschappij, normen en waardepatroon. Het wereldmodel van iedereen wordt mede bepaald door het gezin, de plaats, het land en de tijd waarin je leeft.

2. Sociaal netwerk

Het wereldmodel van de cliënt wordt mede bepaald door waar en in welke omstandigheden de cliënt is opgegroeid, in welk sociaal netwerk is de cliënt opgegroeid en welk sociaal netwerk is nu belangrijk voor de cliënt. Het is van belang om dit te verkennen.

3. Gezin en gezinssamenstelling

Het gezin en de samenstelling van het gezin is van belang, wegens de invloed die het heeft op de ontwikkeling van de cliënt.

4. Kernuitspraken

Hierbij gaat het om kernuitspraken van de cliënt. Welke spreekwoorden, gezegden en metaforen van de cliënt vertellen iets over zijn wereldmodel. In de narratief van de cliënt zal de hoofdpersoon in de narratief zich veelal aansluiten bij de kernuitspraken van de cliënt.

5. Lotsbepaling

Bij de lotsbepaling gaat het erom welke verantwoordelijkheid voor de gebeurtenissen neemt de cliënt op zich en welke verantwoordelijkheid legt hij buiten zichzelf. Iemand die de neiging heeft om de verantwoordelijkheid buiten zichzelf neer te leggen zal zich in zijn narratief niet snel identificeren met een hoofdpersoon die verantwoordelijk wordt gesteld.

6. Benadering van de wereld

Basaal kun je de wereld op twee manieren benaderen; een geveer creëert een sfeer en helpt zelf aan het ontstaan van een situatie, een nemer treft een situatie aan en maakt er gebruik van.

7. Definitie van de relatie

Hier gaat het om in welk positie de cliënt zichzelf ziet in de relatie. De cliënt kan zichzelf als leidend of als volgend zien in zijn narratief. Het is belangrijk voor de cliënt om dit te weten, zodat hij zich beter kan identificeren met de hoofdpersoon in zijn narratief. Om deze reden is het ook goed dat de hulpverlener zich hier van bewust is.

8. Sensitiviteit ten opzichte van anderen

Hierbij gaat het om hoe de cliënt zichzelf beleeft ten opzichte van anderen. Is de cliënt vooral gericht op zichzelf, op eigen gevoelens, gewaarwordingen en behoeftes of is de cliënt vooral gericht op anderen. Iemand die erg gericht is op anderen zal vaak in een narratief vooral via anderen bij zichzelf als hoofdpersoon komen. Iemand die op zichzelf gericht is komt vaak bij anderen, als eerst gekeken wordt naar zijn ervaringen in het narratief.

9. Gerichtheid van de waarneming

Hoe zijn de waarnemingen van de cliënt gericht? Zijn ze naar binnen gericht of naar buiten? Is de cliënt gericht op details of op het grotere geheel? Is de cliënt gericht op het verleden of naar de toekomst. De taal van de narratief kan ook aansluiten bij de zintuigen waarmee de cliënt het sterkst mee waarneemt. Is de cliënt hoofdzakelijk visueel, auditief, reuk- of tast zintuiglijk

10. Psychologische leeftijd

De psychologische leeftijd kan afwijken van de kalenderleeftijd. Een geparentificeerd kind zal psychologisch ouder zijn dan zijn kalenderleeftijd. De relatie tussen ouders en kinderen is vaak bepalend voor de psychologische leeftijd van een kind en of de ouders nog leven of al overleden zijn. Het is belangrijk dat de hulpverlener inschat welke psychologische leeftijd de hoofdpersoon in de narratief heeft en hierbij aansluit om strijd te voorkomen. Als het eventueel goed gebeurt, kan de hulpverlener hier eventueel verder op ingaan en eventueel de psychologische leeftijd manipuleren.

11. Ontwikkelingstaken

Eventueel onafhankelijk van de leeftijd staat iedereen voor een bepaalde ontwikkelingstaak. Het is goed om duidelijk te krijgen voor welke ontwikkelingstaak de cliënt staat. Vaak is het zo dat aan de ene ontwikkelingstaak pas gewerkt kan worden als een andere ontwikkelingstaak is afgerond of bijna is afgerond.

12. Hulpbronnen

Hulpbronnen kunnen van belang zijn binnen een narratief. Eerdere positieve ervaringen en steun uit het sociaal netwerk zijn hierbij van belang. Ook hobby's, dieren, idolen en andere voorkeuren van een cliënt kunnen als hulpbron worden beschouwd.

De nummers 1 tot en met 3 behoren tot de externe omgeving van de cliënt. De nummers 4 tot en met 9 behoren meer tot het interne milieu van de cliënt. De nummers 10 tot en met 12 kunnen worden beschouwd als het thema in het narratief van de cliënt.

De SPV en de narratieve benadering

Binnen de verpleegkunde zijn voor de verpleegkundige beroepsgroep verschillende methodes en modellen ontwikkeld vanuit verschillende visies. De verpleegkundige modellen die binnen de (psychiatrische) verpleegkunde worden gebruikt zijn relatief nieuw te noemen.

Binnen de narratieve wereld kennen we geen directe methodiek die op de een of andere wijze direct toepasbaar is of zou kunnen worden gemaakt voor sociaal psychiatrische verpleegkundigen. De ontwikkeling van een narratieve therapie heeft zich voornamelijk binnen andere beroepsgroepen van de GGZ voorgedaan. Uitgaande van het verpleegkundig methodisch proces, het cyclische principe en proces van redeneren en handelen, kunnen we een beschrijving geven van wat een 'narratief verpleegkundig proces' zou kunnen inhouden. Van daaruit zal een behandelinhoudelijk kader op basis van die narratieven voor en door SPV-en gekozen en overwogen kunnen worden.

Een narratief verpleegkundig model;

-contactfase-	-stabiliteitsfase-	-heroriëntatiefase-	-integratiefase-	-beëindigingsfase-
Verpleegkundige diagnose	Beoogde resultaten Termijn waarbinnen resultaat behaald moet zijn.	Verpleegkundige Interventie. Planning & uitvoering verpleeg / behandelplan	Verpleegkundige Interventie	De wijze waarop nagegaan wordt of het beoogde resultaat behaald is
Het vertellen van de levensloop van de cliënt Vrije associatie met betrekking tot levensloop	Ordering van thema's en keuze van thema's door hulpverlener Context keuze van het narratief	Reflectie van narratief naar dagelijks leven Het narratief wordt naar een climax gebracht.	Toevoegen van strategieën voor nieuw perspectief	
De 'forming fase'		De 'storming fase'		De 'norming en performing fase'
'dominant story'		Alternative stories'		re-authoring a new story

In dit overzicht / model zijn de door Habekotté (2001) beschreven fases opgenomen en tevens de door Olthoff omschreven 'stories'. Beide op basis van het model van White. Tevens is het verpleegkundig proces zichtbaar en de diverse in de literatuur omschreven fases van contact.

Dit model visualiseert de belangrijkste elementen die betrekking hebben op de theorie en praktijk van SPV en narratieven. De literatuur moet in dit licht als 'bekend' verondersteld worden. De kennis hierover is van groot belang om te begrijpen wat er gebeurd binnen contact en dit zo goed mogelijk te kunnen 'verwerken' & 'bewerken'. Een voorwaarde om te kunnen werken met narratieven. Het verpleegkundige model zal hierbinnen onderhevig zijn aan een bredere kijk op vooral de interventie. De interventie ligt voornamelijk binnen het proces van de behandeling en dus de communicatie. De interventie valt niet meer zozeer te zien als een van buitenaf ingebrachte 'tussenkomst' maar meer als van binnen uit 'inbreng' waar de patiënt betekenis aan geeft. De kennis en kunde van de SPV, zijn vermogen tot interpreteren en het daardoor kunnen inbrengen van hypothesen geeft beweging binnen het proces weer.

Uitgangspunten van waaruit gewerkt kan worden

In het begin van het contact tussen SPV en cliënt zal plaats moeten zijn voor het levensverhaal. Hiervoor zijn tal van verschillende modellen ontwikkeld en de keuze ligt bij de SPV. Om een therapeutisch gesprek, een therapeutische relatie, een therapeutisch proces op te bouwen is het belangrijk hier inzicht in te hebben. Het bouwen is volgens White(1990) 'het bouwen aan steigers', (White noemt dit scaffolding) die het mogelijk maakt een huis vanaf de grond op te bouwen. Het huis is de inhoud van het gesprek, die nog onbekend is als je iemand voor het eerst spreekt. De steigers zijn de vragen en de opbouw van de vragenreeks, waardoor de inhoud verschuift van het probleem naar de definitie van het probleem (het bekende) naar een nieuw verhaal dat ontstaat in de loop, van het gesprek (the possible to know).

De gebeurtenissen binnen het verhaal hebben een opeenvolging in de tijd, waarna ze naar het plot leiden. Door deze opbouw te onderzoeken kan je een dun verhaal verdikken. Dit noemt hij de 'landscape of action'.

White gaat hierbij uit van de volgende aannames:

- Mensen hebben vaardigheden in de betekenis geven aan gebeurtenissen. Therapie biedt de omgeving om deze "skills" te laten zien.
- Mensen die hulp vragen zitten vast in een 1 dimensionaal verhaal.

Een plot kan zijn het initiatief nemen in iets, of iets te vertellen wat eerder een geheim moest blijven. Elk initiatief apart zal niet overleven als verhaal, het blijft te dun. Als je de opeenvolging in de tijd kan vinden, dan verdikt het verhaal. Bovendien wordt het "sense of self" (zelfbewustzijn) versterkt door een gebeurtenis een geschiedenis te geven, waardoor het gevoel van "personal agency" (autonomie) groter wordt.

Dit noemt White "the landscape of consciousness/identity". Vragen hierop gericht gaan over verlangens, liefde, leven, betekenisgeving en zelfbewustzijn.

White maakt hierbij onderscheid tussen "single stories" en "double stories". Een single storie is bijvoorbeeld een verhaal over trauma's en de gevolgen. Als je alleen hiernaar vraagt zal de persoon opnieuw een trauma oplopen, omdat het probleemverzadigde dominante verhaal wordt verdikt. Als je naar de respons op het trauma en de basis van deze respons vraagt, dan wordt de identiteit verstrekt, een identiteit die breder is dan het trauma.

Belangrijk is zoals we onderzochten en beschreven hebben de houding van de hulpverlener, de SPV, binnen de relatie. Hierin ligt ook besloten de keuze van vragen stellen en de wijze waarop die vragen gesteld worden.

Enkele belangrijke uitgangspunten in houding, technieken en in de keuze van, en wijze waarop vragen gesteld worden vonden we in de literatuur en vulden we zelf aan;

- Luisteren; expert filters uitschakelen, beginnen met niet-problematische aspecten, nieuwsgierig zijn.
- Deconstructief luisteren en vragen stellen; luisteren met het idee dat verhalen veel mogelijke betekenissen hebben, luisteren naar dubbelzinnigheden, regelmatig terugkoppelen.
- Externaliserende gesprekken voeren; de persoon is niet het probleem -het probleem is het probleem, Het probleem is iets dat inwerkt op..., impact heeft op..., doordringt in iemands leven. (In plaats van het probleem te zijn wordt er een relatie met het probleem gelegd). Het probleem een naam geven en het bewerken van het probleem door wensen over het oplossen van het probleem tot 'cliëntproject' te maken. Een voornemen tot werkpunt. Een of meerdere werkpunten kunnen leiden tot een plot. Verschuiven van problemen en werkpunten
- Unieke uitkomsten; is elke gebeurtenis die niet voorspeld zou worden vanuit probleem verhaal (een plan, actie, gevoel, verklaring, wens, droom, gedachte), unieke uitkomsten zien als openingen tot een nieuw verhaal.
- Gewenste verhalen; aandacht voor gewenste verhaal in context tot de unieke uitkomst, 'hoe verliep het?'. Nieuw verhaal laten ontwikkelen door verbindingen te leggen door ervaringen te koppelen aan betekenis, zingeving.
- Reflecteren; betekenis verlenen en reflecteren op ervaringen

Vragen die van belang kunnen zijn;

- Een niet wetende houding.
- Letten op belangrijke woorden.
- "Stel dat....." vragen stellen
- De vragenstellen als; 'wat zou dat anders, voor verschil maken voor jou?'
'Je hebt vast een goede reden om.....te doen/niet te doen'
'Hoe hielp je dat', hoe zou dat je helpen om.....?'
'Wat betekent dit voor je?'

De volgende vragen zijn over genomen uit; 'het handboek voor zelftherapie', 'contact & relatie 2', oefenboek voor zelftherapie.

Zonder verder in te gaan op de achtergrond van deze vorm van (cognitieve) zelftherapie, (czt), ontwikkeld door P.den Boer en C.Raes willen we opmerken dat het narratieve element binnen deze therapie sterk aanwezig is. Enkele vragen die binnen de verschillende deeltechnieken van de czt gesteld worden, zouden naar onze mening ook gebruikt kunnen worden in ons voorstel.;

- 'wat doet het je, wat voel je naar de ander?'
- 'wat is je behoefte in het contact met de ander?'
- 'Wat heb je nodig van de ander?'
- 'Hoe ben je met de situatie omgegaan?'
- 'Is het nodig er anders mee om te gaan?'
- 'Wat had de ander anders kunnen doen?'
- 'Wat had je zelf anders kunnen doen?'

Praktische consequenties van cliënt en (extra-) therapeutische (relatie) factoren

- Op verandering gericht zijn, richten op de competentie van de cliënt, richten op de leefwereld van de cliënt buiten de therapie.
- Aansluiten bij de motivatie- en veranderingsfase van de cliënt. Aansluiten bij hoe de cliënt de therapeutische relatie beziet en wenst.
- Het eventueel inbrengen van een helend ritueel. Richten op het geloof in mogelijkheden van verandering

Consequenties van model en techniek factoren.

- Kiezen van structuur en focus
- Kiezen van model en techniek welke aansluit bij de cliënt

Het door ons voorgestelde model zou kunnen dienen als biografie, informatie verzameling, diagnostiek en therapie. De verwachte DSM IV kan worden toegepast. De toepasbaarheid is voornamelijk voor ons een vraagteken maar we zijn benieuwd naar reacties.

Conclusie en aanbevelingen

De keuze voor een narratieve werkwijze, blijft een kwestie van kiezen. Uitgaande van de literatuur gesteld worden dat we leven in een subjectieve beleving van de wereld, van onszelf en van hoe wij ons in de wereld plaatsen. Voortdurend zijn wij het beeld op die drie gebieden aan het wijzigen en dat doen wij in relatie tot die drie genoemde gebieden. Zodoende is er sprake van een zelf gecreëerde werkelijkheid die voortdurend aan verandering onderhevig is.

Hierbij is voortdurend sprake van communicatie en contact. Dit is noodzakelijk om uitwisseling te doen plaatsvinden tussen de drie genoemde gebieden. Het individu heeft hierbij eveneens contact met zichzelf nodig. Hiervoor dient hij over een zeker bewustzijn te beschikken om bij zichzelf te registreren wat hij bij zichzelf ervaart.

Grofweg kun je stellen dat in dit proces, er op allerlei momenten, iets gebeurt wat of positief is of negatief is, of als zodanig wordt ervaren. Zodoende bouwt iemand in zijn leven zijn levensverhaal op. Het kan zijn dat het negatieve de overhand krijgt en iemand hierdoor vastloopt in zijn levensverhaal. Dit is het moment dat de narratieve therapie in beeld komt. De kracht van de narratieve therapie schuilt erin dat het de cliënt in staat stelt om zijn eigen verhaal te herschrijven en hiermee het eigen levensverhaal positiever kan ervaren. Hiermee verkrijgt de cliënt meer autonomie in zijn leven.

Aangezien een hulpverlener altijd te maken heeft met een verhaal van een cliënt is het essentieel dat de hulpverlener bewust is van de kracht van levensverhalen. Wanneer een SPV daarbij in staat is om het probleemverhaal van de cliënt te 'verbreden', dan heeft hij de cliënt al een nieuw perspectief geboden, waarin versterking van de autonomie schuilt.

Belangrijk is dat de SPV methodisch weet te werken en de cliënt zijn proces van de versterking van autonomie kan laten bewerkstelligen.

Hiervoor heeft hij naast kennis van het narratieve therapeutische gedachtegoed ook kennis van behandel- en verpleegprocessen nodig. De SPV moet in staat zijn deze te integreren.

Hiermee wordt naar onze mening SPV-en middelen geboden om mensen te begeleiden die vastlopen in hun levensverhaal.

Wij zien het als een verrijking van het werk van de SPV om te kunnen werken met 'narratieven'. In een aantal opzichten doen SPV-en dit ook al. Juist daarom zou het integreren van het 'narratieve gedachtegoed' een zinvolle aanvulling zijn op de dagelijkse praktijkvoering.

Aanbevelingen

Op grond van bovenstaande bevindingen komen we tot de volgende aanbevelingen voor het werken met narratieven door een SPV:

- SPV-en die willen werken met narratieven moeten kennis nemen van de hermeneutisch georiënteerde literatuur.

- Bewustwording van de rol die je als hulpverlener inneemt, waarbij narratieve technieken toegepast worden.
- Het 'ondergaan' van een narratieve training gericht op houdingsaspecten en gesprekstechnieken.
- Geregeld ondergaan van supervisie
- Het (sociaal psychiatrisch) verpleegkundig handelen zal gebruik moeten maken van de onder meer binnen de narratieve therapie ontwikkelde zelf reflecterende en evaluerende principes. Deze principes zouden al binnen de opleidingen een rol kunnen krijgen. Daarnaast zouden ze kunnen dienen als inhoudelijke inbreng binnen intervisie of supervisie.

Literatuur

- Bruner, J.S., *Actual minds, possible worlds*, Cambridge 1986
- Habekotté, F. *Handboek Groepstherapie, De tijdstroom*, 2001
- Olthof, J.Vermetten, E, *De mens als verhaal*. Utrecht, 1994
- Raes & P.den Boer, *Oefenboek voor zelftherapie, groningen* 1997
- Sarbin, T. R., & Kituse, J. I. (Eds.). (1993). *Constructing the social*. London. Sage Publishers.
- Sarbin, T. R., & Scheibe, K. E. (Eds.). (1983). *Studies in social identity*. New York: Praeger.
- White, M., Epston, D. *Narrative means tot therapeutic ends*. New York, 1990.

Geraadpleegde literatuur ter verdieping

- Alma, H.A & Uden, M.H.F. van *sunduns role theory of religion and symbolic interactionism*, New York 1995
- Baart, A., *Klein pleidooi tegen grote distantiering in de zorg*, Paul Cremerlezing 2004, Rijswijk.
- Baart, A, *Een theorie van de presentie*, Lemma Utrecht 2001
- Beardslee Gezinstherapie, ISSN 0924-8080: Vol. 9 (1998), no. 2 (jun), pag. 193-214
- Berger, P.&luckman, *The social construction of reality*, Harmondsworth 1966
- Beroepsprofiel van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige (1999)
- Bock, Thomas, *Psychosen zonder psychiatrie; inzichten en levensperspectieven van mensen met een gedeeltelijk of geheel onbehandelde psychose*, Bonn 1997
- Campbell: *Spelvarianten Experientiele psychotherapie door beeld- en begripsvorming* blz.27)
- Craen, W. van: *Omgaan met anderen: een communicatiekunst*, Acco, Leuven/Amersfoort, 1990.
- Freedman, J en G. Combs, *Narrative Therapy*, w.w. Norton en company, New York, London, 1996
- Giffin, k., B.R. Patton, *Grondslagen van de interpersoonlijke communicatie*, van Loghum Slaterus, Deventer 1981
- Jenner, J,A, *Directieve interventies in de acute en sociale psychiatrie*.Assen, 1988
- Kelly, G.A, *The psychology of personal constructs*, New York 1955
- Lange, A, *Ge gedragsverandering in gezinnen*. Amstelveen 2000
- Lensen, J. *Verhalende verpleegkunde*, Assen 1994
- Lohuis G., Schilperoord, R., Schout, G., *van bemoeizorg naar groeizorg*, Wolters Noordhoff, Groningen, 2002.
- Lubbers, R.; *experientiële psychotherapie door beeld en begripsvorming*, De hermeneutische invalshoek, 2002
- Mead, G.H *Mind, self and Society*, Chicago 1934
- Miller, A, *Eva's ontwaken*. Houten, 2002
- Ministerie WVC, *Nota 2000, tweede kamer 1986- 1987 nr. 19.5000*
- Mullisch, H. *De elementen, De bezige bij*, Amsterdam, 1988
- Nijk, A.J. *De mythe van de zelfontplooiing*, Boom, meppel 1978
- Onderwater, K, *Padt van der I, Romme, M, Sociale psychiatrie*. Utrecht, 2004
- Palmen, C *Echt contact is niet de bedoeling*, Prometheus, Amsterdam 2000
- Pernis e.a., *Sociologie voor gezondheidszorg en verpleegkunde*, vijfde druk, Bohn Stafleu H.
- Remmerswaal, J. : *Handboek groepsdynamica, een nieuwe inleiding op theorie en praktijk*, PM reeks, Nelissen, Baarn, 1995.
- De Rivera, J., & Sarbin, T. R. (Eds.). (1998). *Believed-in imaginings: The narrative construction of reality*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Rossem van e.a. Hermeneutische psychotherapie in de zwakzinnigenzorg , het methodisch handelen van speltherapeuten, Amersfoort, vereniging's Heeren Loo 1993
- Sibbing, Het preventiemodel van Caplan, interne uitgave MGZ-opleiding , 2003 Van Loghum, Houten/Diegem, 2000, pp 307- 309
- F. Verberk en M. de Kuiper, Verpleegkunde volgens het Neuman Systems Model, derde druk, Koninklijke van Gorcum, Assen, 2002, pp 12- 41
- Visser, W; Verzorgings sociologie, Coutinho, Bussum 2000

Internet

www.presentie.nl ;
www.diagoog.be een webtijdschrift voor agogiek in dialoog ;
www.constructivisme.nl
<http://verzorgende.fol.nl/contact/inleiding-over-benadering-en-therapien-bij-dementie.htm>
www.sprookjesbesproken.nl/bibliodrama.htm#Definitie
www.khlim.be/saw/dienstverlening/projecten2003/huisgevoelens/project23062003.pdf
www.nvspv.nl ;
<http://home.filternet.nl> ;
www.ruardganzevoort.nl
www.langeveldcentrum.nl ;
www.noordland.nl ;
www.prinsentichting.nl
www.flwi.ugent.be ;
www.dulwichcentre.com.au ;
www.massey.ac.nz