

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Discussie

Narratieve therapie moet geen religie worden

Reactie op het artikel van Jasmina Sermijn

Frans Holdert

Kortgeleden las ik in dit tijdschrift het artikel van Jasmina Sermijn (2013) over rizomatisch denken in de systeemtherapie. Ze leidt het in met een korte samenvatting van de narratieve theorie en komt dan op de constatering dat in de postmoderne visie het zelf een ongetemd verhaal is dat nooit helemaal coherent kan zijn. Ze vraagt zich af of een therapeut het verhaal dan wel coherent moet maken. Zij lijkt de mening te zijn toegegaan dat ‘ongetemde verhalen’ waardevol zijn, omdat de nieuwe verhaallijnen daarin zichtbaar worden met een ‘unique outcome’ en de cliënt een nieuw perspectief kunnen bieden. Belicht die nieuwe verhaallijnen, dat is je taak als therapeut. Construeer zo met de cliënt een nieuwe werkelijkheid.

Vervolgens introduceert ze een cliënt die ze zo te lezen individueel spreekt en die lijdt aan het etiket ‘bipolaire stoornis’. Ze belicht de nieuwe verhaallijn bij deze cliënt, namelijk het jezelf niet meer zien als bipolair, het los willen komen uit dat kader en het stoppen met lithium. Dat geeft een nieuw perspectief.

Ik moest meteen denken aan het verhaal van mevrouw G., die ik als jonge assistent-psychiater behandelde in paviljoen Duinoord, een afdeling voor gerontopsychiatrie. Mevrouw G. was een opgewekte vrouw met zilvergrijs haar en een groot gevoel voor humor. Ze was coherent en vrolijk, hielp mee op de afdeling en ik snapte eigenlijk niet wat ze daar deed. Van haar voorgeschiedenis wist ik niet zoveel, behalve dat ze als manisch-depressief was gediagnosticeerd en lithium slikte. Maar uit haar eigen verhalen leek het alsof ze slachtoffer was geweest van haar zuster (inmiddels overleden) met wie ze samenwoonde. Haar zuster had de huisarts overtuigd van haar ziekte en zo was ze opgenomen.

Narratieve therapie moet geen religie worden

Omdat ze zo goed ging, maakten we een plan voor terugkeer naar huis en afbouw van de medicatie. De uitvoering daarvan eindigde in een debacle: thuis werd ze zo depressief en suïcidaal dat de crisisdienst moest komen. Een neef van haar vertelde toen dat ze altijd geleden had onder stemmingsschommelingen en dat lithium daarbij echt hielp. Heringesteld op medicatie werd mevrouw G. weer vrolijker en kon ze uiteindelijk definitief naar huis.

Achteraf gezien handelde ik op basis van drie vooronderstellingen:

- 1 Ik geloofde toen (1979) niet dat medicatie ook maar enig nuttig effect kon hebben behalve demping.
- 2 Ik geloofde niet dat er zoiets bestond als een ziekte of genetische kwetsbaarheid die de geest kon ontregelen, ik dacht dat alle gedragingen te verklaren waren uit interactie. Cliënten zaten opgescheept met discriminerende etiketten omdat de maatschappij last van hen had. Mijn taak was het hen te bevrijden.
- 3 Ik verdiepte me niet in de verhalen van de familieleden, zag die als rolbevestigend en vijandig voor de cliënt, ze werden alleen verteld omdat de homeostase in het systeem moest blijven bestaan.

Het heeft me lang gekost om me deze vooronderstellingen bewust te worden en vervolgens te relativeren en te nuanceren.

Daniel Kahneman beschrijft in zijn boek *Ons feilbare denken* (2011) dat er twee denksystemen zijn: systeem 1 dat automatisch en onmiddellijk werkt en uitgaat van blauwdrukken, en systeem 2 dat analyseert, rekent en kritisch is maar veel trager werkt.

We zijn allemaal geneigd systeem 1 te volgen, de waan van de dag. Het vreemde is dat je eigenlijk vanzelf gelooft dat iets 'waar' is zonder dat daar veel bewijs voor nodig is.

Ik nam mijn beslissingen rond mevrouw G. ook op basis van mijn systeem 1.

Wat me op andere gedachten had kunnen brengen was bijvoorbeeld een gesprek met de neef. Of als ik het verhaal had gehoord van de dokter die haar oorspronkelijk op lithium had ingesteld. Was die alleen maar een etiketteerder, iemand die de patiënten snel het zwijgen oplegde met een pil? Of waren er goede redenen geweest voor deze ingreep?

Ik heb het idee dat juist omdat ik me volledig concentreerde op mevrouw G. mijn systeem 2 werd uitgeschakeld. Was ik systemischer te

Narratieve therapie moet geen religie worden

werk gegaan, dan had ik verschillende (soms tegenstrijdige) verhalen met elkaar moeten combineren en was ik gedwongen geweest langer na te denken zodat systeem 2 een kans had gekregen.

Als systeemtherapeuten dienen we de verhalen van de cliënt te combineren met de verhalen van de familie, vrienden en vorige behandelaren. Inderdaad moeten we zorgen dat zich een nieuw en positiever verhaal kan ontwikkelen waar de cliënt en het grootste deel van de omgeving in kan geloven en dat de cliënt samen met de omgeving gestalte kan geven.

In een individueel contact bestaat het gevaar dat de therapeut zijn of haar (onbewuste) ideale fantasieverhaal op de cliënt projecteert, en de cliënt wil maar al te graag de therapeut blij maken. Dan ontstaat bij de cliënt een 'zelf' dat eigenlijk een afgesplitst deel van de therapeut is.

In mijn dertigjarige carrière als psychiater en gezinstherapeut heb ik tussen de honderd en tweehonderd mensen met een bipolaire stoornis behandeld, vrijwel altijd met hun gezinnen erbij. Aanvankelijk zag ik hen als gediscrimineerde uitgestotenen, later ben ik hen gaan zien als gewone mensen met een genetische kwetsbaarheid om uit het evenwicht te raken. Lithium bleek daarbij vaak ongekend goed te helpen. Ik geloofde dat pas toen ik na mevrouw G. nog anderen enorm had zien opknappen, ook al waren de leefomstandigheden soms verslechterd. Wetenschappelijke artikelen over het effect van medicatie konden me niet overtuigen. Systeem 1 werkt volgens het WYSIATI-principe: 'What You See Is All There Is'. De kwaliteit van het verhaal bepaalt wat je vertrouwt en niet de wetenschappelijke gegevens. Dat legt een zware verantwoordelijkheid bij de co-constructeurs van verhalen, bij onszelf dus.

Ik heb jarenlang met een cliënt gevochten om hem aan de lithium te krijgen. Een aardige en slimme jongen, Piet, wiens ouders ten einde raad waren. Zijn vader had een heel dossier over hem gemaakt met alle mislukte therapie en ellende die er gepasseerd was. Kortom, een 'zwartboek'. Piet was dat zwartboek, dat was zijn verhaal. En hij vocht ertegen, voerde een guerillaoorlog tegen zijn vader en het zwartboek. Waardoor hij via depressieve en manische periodes steeds verder afgleed naar de zelfkant. Als de crisisdienst langskwam had hij altijd weer een intelligent verhaal waarom hij niet manisch of depressief was. En men geloofde hem. Hij was op dat moment ook meestal coherent.

Ik ging een keer bij hem op huisbezoek en moest binnenkruipen door een gat in de deur. De deur zat op slot en de sleutel was weg. Piet had er een gat in getrap en vond het zo wel een handige oplossing. Binnen trof

Narratieve therapie moet geen religie worden

ik een ongelooflijke puinhoop. Er was een vuur gestookt midden in de kamer en daarnaast lag een enorme hoop cd's en kleren. Een gedeelte van de balkonbalustrade was weggesloopt om het vuur te maken.

'Wil je koffie', zei Piet en we dronken koffie. Ik vertelde hem dat ik een rechterlijke machtiging ging aanvragen om hem gedwongen op te nemen. 'Je kan proberen wat je wilt, maar ik neem geen pillen', zei Piet.

De gedwongen opname lukte uiteindelijk. Piet heeft maanden in separerprogramma's gezeten. Ik bezocht hem regelmatig en sprak ook met zijn familie. Maar Piet weigerde pillen. Pas toen zijn advocaat hem vertelde dat hij meer kans maakte om vrij te komen als hij wel lithium nam, is hij toch begonnen. En tot zijn eigen verbazing was hij binnen zes weken rustig en goed functionerend. Piet heeft tien jaar daarna nog een keer geprobeerd om met de lithium te stoppen, in overleg met mij, ouders en vriendin. Dat liep al snel mis, na enkele maanden werd hij manisch en gaf hij 10.000 gulden uit in een week. Hij is toen snel teruggekomen en weer gestart met de medicatie. De schulden konden gelukkig deels ongedaan worden gemaakt door restitutie van het gekochte. Inmiddels zijn we weer tien jaar verder en heeft hij een goede baan en een gezin. Hij heeft de bipolaire stoornis geaccepteerd als deel van zijn leven. De bipolaire stoornis is daardoor veel kleiner geworden en zijn leven rijker. Hij heeft veel succes in zijn werk en wordt alom gewaardeerd. Hij zorgt nu voor zijn ouders die ziek zijn. Achteraf lijkt de guerrillaoorlog tegen de bipolaire stoornis te zijn veroorzaakt door de betekenis van die ziekte in de familie van zijn moeder. Een afschuwelijke oudoom leed aan die ziekte en daar wilde je niet op lijken.

Waarom al deze woorden?

Ten eerste: mijn vrees is dat Jasmina Sermijn met dit verhaal het bij hulpverleners altijd sluimerende en overmoedige idee aanwakkert dat wanneer je maar een nieuw verhaal maakt er ook een heel nieuw begin is, zonder stoornis of handicap. Zo'n verhaal is eigenlijk geen nieuw verhaal maar een oud verhaal. Heel veel mensen met bipolaire stoornis zijn vele keren gestopt met de medicatie en hebben elke keer gedacht en gezegd: ik ben gezond, ik mankeer niets. En elke keer vielen ze weer terug. Een werkelijk nieuw verhaal is wanneer ze de stoornis integreren en ermee omgaan, dan wordt de handicap meteen veel kleiner en komt er meer ruimte.

Ten tweede: ik vind het niet van systemisch denken getuigen om een verhaal over stoppen met medicatie aan te moedigen zonder dat je het

Narratieve therapie moet geen religie worden

verhaal van het begin van de medicatie kent en alle verhalen over de bipolaire stoornis van de familie hebt gehoord. Ik kom die verhalen in het artikel van Sermijn in elk geval niet tegen. Waar is de innerlijke dialoog van de therapeut hierover? (Bijvoorbeeld dat stoppen een recidief kan uitlokken en de kans dat het middel de volgende keer weer zo goed werkt kleiner wordt.) Ik vind dit aanmoedigen om te stoppen – als het echt zo gegaan is – gevaarlijk handelen en wil daar met klem tegen protesteren.

Ten derde: narratieve therapie zoals ik het begrepen heb in de workshops van Michael White, gaat over het construeren van een nieuw verhaal, een nieuw script. Het symptoom of de ziekte wordt geëxternaliseerd en je probeert de invloed ervan op je leven zo klein mogelijk te maken, zodat je een andere werkelijkheid construeert. White heeft nooit gezegd dat de ziekte of het symptoom er eigenlijk niet waren, hij ging er juist van uit dat ze er wel waren maar dat je ze moet begrijpen en ertegen moet vechten om hun invloed kleiner te maken. Bipolaire stoornis krijg je kleiner door leefregels, medicatie (bijvoorbeeld lithium) en het opbouwen van een beter zelfgevoel, maar zal door ontkenning alleen maar groter worden. Voorts is het van belang niet alleen het verhaal van de cliënt te reconstrueren, maar ook dat van de familie en vrienden, zodat het een nieuwe, door velen gedragen geschiedenis wordt. Ik zie daar in het verhaal van Sermijn weinig van terug. Waar is het systemische?

Ten vierde: narratieve therapie moet geen religie worden. Het lijkt de laatste tijd wel alsof alles wat ‘narratief’ of ‘postmodern’ heet met eerbied en respect tegemoet getreden dient te worden. Neem nu de volgende zin uit het verhaal van Sermijn (2013, pp.74-75): ‘Deze postmoderne notie volgens zouden we het zelf kunnen opvatten als een ongetemd verhaal dat bestaat uit een heterogene verzameling van horizontale, soms ongetemde verhaalelementen die een persoon over zichzelf vertelt en die niet tot synthese worden gebracht in een enkel coherent verhaal waaraan de persoon zijn zelfheid ontleent.’

Mijn systeem 1 maakt meteen een diepe buiging, want het weet dat termen als postmodern de norm zijn. Maar mijn systeem 2 weet het nog niet zo zeker. Is het ‘zelf’ alleen maar een niet-coherent ongetemd verhaal? Het zelf heeft toch juist consistente verhalen nodig om zich te ontwikkelen? En het ontwikkelt zich in voortdurende interactie met anderen en hun verhalen over jou. Het feit dat je ouders zich een mentale voorstelling maken van wat er in je omgaat als kind – kortom mentaliseren – is toch voorwaarde om een zelf te ontwikkelen? Of is Fonagy’s zelf een ander zelf dan Sermijn bedoelt (o.a. Fonagy, Sergely, Jurist, & Target, 2004)?

Narratieve therapie moet geen religie worden

Het artikel lijkt geschreven vanuit een individuele, lineaire optiek: de cliënt heeft een naar verhaal over zichzelf dat haar is opgelegd door de omgeving. Praat met haar, zorg dat ze in een ander verhaal gaat geloven en klaar is Kees. Is dat postmodern en narratief? Dan blijf ik liever modern.

Jan De Vos (2012) schreef een half jaar geleden een prachtig artikel in *Systeemtherapie*. Daarin beschrijft hij precies hoe je kunt werken met 'handicaps' en pillen terwijl je toch met de cliënten samen een nieuw verhaal construeert. Ik ben heel benieuwd wat Sermijn van zijn artikel vindt. Hij citeert haar wel, zij hem niet.

Ten vijfde: het is heel lang geleden dat ik iets ter publicatie heb opgestuurd naar *Systeemtherapie*. Ik was ingeslapen. Ik wil Jasmina Sermijn danken dat ze me heeft wakker gemaakt. Ik ga mijn best doen weer wat bij te dragen aan het discours over verschillende perspectieven in het denken over systemen.

Frans Holdert is psychiater, systeemtherapeut en opleider, verbonden aan het Amsterdams Instituut voor Gezins- en Relatietherapie. E-mail: fransholdert@gmail.com.

Literatuur

De Vos, J. (2012). Systeemtherapie en psychiatrische diagnoses... aparte werkelijkheden? - Over diagnoses en unieke verhalen. *Systeemtherapie*, 24(4), 204-219.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L., & Target, M. (2004). *Affect regulation, mentalization,*

and the development of self. London: Karnac.

Kahneman, D. (2011). *Ons feilbare denken - Thinking, fast and slow*. Amsterdam/Antwerpen: Business Contact.

Sermijn, J. (2013). Rizomatisch denken in de systeemtherapie. *Systeemtherapie*, 25(2), 72-85.