

In dialoog met de patiënt

Narratieve verpleegkunde

Nieuwe inzichten in de menswetenschappen hebben in de psychologie geleid tot belangstelling voor hoe mensen zichzelf beleven, hoe ze hun levensloop plaatsen in hun levensverhaal en hoe ze hun beleving uiten. Dit verhaalperspectief kan ook in de verpleegkunde een belangrijke functie vervullen.

varing in een verhaalvorm te gieten. Ganzevoort (1998) heeft de mogelijkheden verkend van tekstbegrip om in het pastorale werken beter naar de verhalen van mensen te kunnen luisteren. Baart (2001) sluit daar met zijn theorie van de presentiebenadering nauw op aan. Hij betoogt dat een hulpverlener moet invoegen in het leven van mensen en goed hun verhaal moet kunnen beluisteren zonder dat verhaal direct te willen vertalen in classificaties, diagnoses en bijpassende interventies.

Verhalen in de beroepspraktijk

Mensen vertellen verhalen over hun ervaringen. In onze cultuur denken we bij een verhaal aan iets dat 'talig' is en woorden nodig heeft om verteld te worden. Een mens kan zijn verhaal echter belichamen, verbeelden of vertolken. Daarom is het beter om van *narratieven* te spreken. Narratieven omvatten al deze uitingsvormen (Sandelowski, 1991). Deze 'subjectieve narratieve communicatie' in het verhalen vertellen moet onderscheiden worden van de meer objectieve manier van feiten weergeven en interpreteren zoals dat in een wetenschappelijk verhaal gebeurt. Daarin wordt de werkelijkheid gereduceerd tot algemene noemers, theoretische inzichten, wetmatigheden, diagnostische kaders. Dat is het geval bij een *grand theory*, een wetenschappelijk model of een classificatie van verpleegkundige diagnoses. De narratieve vertelling heeft het leven zelf in zijn bonte verscheiden-

Het zelfbeeld van een mens wordt, volgens huidige inzichten in de psychologie, gevormd door verhalen over eigen ervaringen (McAdams, 1993; Miller e.a., 1990). Een groot deel van de eigen identiteit wordt gevormd door de concepten waarin mensen hun ervaringen van het verleden en het heden hebben gegoten. De persoonlijke verhalen dienen om stukken ervaring te organiseren en er betekenis en samenhang aan te verlenen. De verhalen sturen ook de ervaring met nieuwe ge-

beurtenissen en zijn een leidraad voor wat ons in de toekomst nog te wachten staat. Volgens de psycholoog Hermans (1995) beleven de mensen hun identiteit vaak als een gesprek dat een persoon met zichzelf voert. In gedachten worden posities ingenomen die als verschillende stemmen met elkaar in dialoog zijn, soms elkaar tegenspreken of aanvullen. Ook in de pastorale theologie is veel belangstelling voor de wijze waarop mensen hun leven en relaties betekenis geven door hun er-

heid, tegenstellingen en ongerijmdheden als onderwerp, soms in de vorm van anekdotes en soms in de vorm van een heel verhaal. De individuele casuïstiek van een patiënt is hier een voorbeeld van. Ook de patiënt zelf zal ons via verhalen vertellen hoe hij zijn psychose beleeft. In de casus van Pieter is te zien hoe zijn verhaal perspectieven opent op verpleegkundige zorg die aansluit op de beleving van de patiënt.

Een casus

Pieter is een schizofrene man van 40 jaar. Hij identificeert zich met de indianen van Noord-Amerika en kleedt zich als een indiaan. Hij is zelf van Indonesische afkomst. Mogelijk heeft deze identificatie daarmee te maken. Hij heeft van zijn woning een atelier gemaakt waar de huiskamer volstaat met totempalen, maskers met attributen als pijl en boog, verentooien, enzovoorts. Hij maakt het allemaal zelf en doet dat niet onverdienstelijk. Hij ondertekent zijn kunstwerken met een aangenomen indiaanse naam. Bij al zijn kunstwerken heeft hij een verhaal. Alles heeft een functie in zijn mythologische wereld. Ook ervaringen uit zijn eigen levensverhaal worden ingepast.

Pieter is jarenlang opgenomen geweest en heeft een uitgebreide traumatische geschiedenis van gewelddadige incidenten, waarin hij anderen (ook verpleegkundig personeel) en zichzelf verwondde. Zijn leven is nu in een rustiger vaarwater gekomen. Sinds een half jaar woont hij in een eigen appartement. Hier bezoek ik hem als psychiatrische thuiszorgverpleegkundige.

Ik bel aan en hij doet open. Ik heb hem uit zijn middagslaap gewekt. Hij zet een kopje thee voor me en wast – heel attent – zeer zorgvuldig het glas voor me af voordat hij mij inschenkt. Ik bewonder zijn tekeningen. Hij vertelt zijn belevingen rond de afgebeelde figuren: een magisch wereldbeeld met mythische helden, geesten en demonen, die hij vervecht met zijn eigen levensverhaal. Zo komt het feit dat hij nooit een vrouw heeft gehad voor in zijn verhaal over een geest die hem observeert en als hij een meisje zou kennen dan moet zij eerst ‘ontnoesten’ (hij wijst dan op de noesten in het hout van zijn kast). Daarvoor zijn allerlei magische handelingen nodig met het gereedschap dat hij daarvoor maakt. Dan kan de geest die Meredith heet en over de mirre gaat, wijken voor de manna. Met een vrouw zijn lijkt voor hem geassocie-

eerd te zijn met het hemelse manna uit de bijbel. Ik luister aandachtig naar wat hij vertelt en zeg tegen hem dat hij blijkbaar veel diepere waarheden onder woorden probeert te brengen. Ik benoem in zijn verhaal de reinheid en zuiverheid van indianen in hun omgang met hun omgeving en de harmonie met de natuur. Ik opper dat hij dat ook wil en dat het daarom goed is om zijn woning op te ruimen en schoon te maken. Dit beaamt hij en we gaan aan de slag om zijn huis schoon te maken.

Narratieve individuering

Hoe iemand zichzelf beleeft is een functie van de interactie met anderen. Als de relaties tussen mensen veranderen verandert ook het beeld dat mensen van zichzelf hebben in de interactie. De identiteit van een mens is geen afgesloten binnenwereld in zijn hoofd, maar staat in een sterke wisselwerking met zijn sociaal functioneren (Polkinghorne, 1998).

Identiteit kan zelfs gezien worden als de neerslag van het geheel van verhalen dat een individu zichzelf en anderen vertelt in het sociaal verkeer. Kunneman (1995) heeft voor de behoefte van de mens om zichzelf een plaats te geven in de sociale en culturele ruimte waar hij deel van uitmaakt en die hij ‘bewoont’, de term ‘narratieve individuering’ geïntroduceerd. De mens wil als het ware de coördinaten vaststellen van zijn positie hier en nu. Dit gebeurt verhalend (verbaal en non-verbaal) en veronderstelt dat mede-‘bewoners’ van dezelfde sociale ruimte zijn (levens-)verhaal horen, erop reageren en erin participeren. Zo eigent een mens zich de sociale ruimte toe, waarbij ontwijking en afwijzing (van hem door anderen of van anderen door hem) net zo belangrijk kunnen zijn als erkenning en toenadering. Het individu construeert in een niet aflatend proces in verschillende sociale ruimtes steeds zijn eigen identiteit. In het voorbeeld van Pieter zien we bijvoorbeeld hoe de thuiszorgverpleegkundige in het atelier rondgeleid wordt

en deelgenoot wordt gemaakt van een zelf geconstrueerde identiteit die Pieter houvast geeft in het leven en invulling aan zijn dagelijks bestaan door het kunstzinnig bewerken van hout tot totempalen.

Rol van de verpleegkundige

Verpleegkundigen hebben de taak om mensen te helpen hun leven, hun bestaan boven de ziekte uit te tillen (Grypdonck, 1999). Ziekte en stoornissen, beperkingen en handicaps kunnen bedreigingen of uitdagingen zijn voor de zin en betekenis van het levensverhaal.

Om de patiënt te helpen zijn bestaan boven de ziekte uit te tillen en ondanks ziekte, stoornissen en handicaps het bestaan als zinvol te ervaren, moet de verpleegkundige het verhaal van de patiënt/cliënt centraal stellen in de communicatie. De verpleegkundige erkent de patiënt als subject met wie hij zich als subject verhoudt (Gadow, 1999). Alleen zo komt het anders-zijn van de cliënt tot zijn recht en het unieke karakter van diens persoon. De erkenning als subject houdt ook in dat het perspectief van de cliënt, diens subjectiviteit, niet genegeerd kan worden.

Verpleegkundigen kunnen de patiënt helpen bij de vertolking van zijn verhaal. Zij verkeren, aldus Benner (2000), in de unieke positie om de zieke mens te helpen zijn kennis en ervaring van de fysieke en sociale wereld in het hier-en-nu tot expressie te brengen. Verdriet bijvoorbeeld mag geuit worden en er kan over gepraat worden. Het gaat daarbij niet per se om rationele kennis die al in het bewustzijn aanwezig is, maar ook om ervaring en in het lichaam opgeslagen ‘kennis’. De beleving van gebeurtenissen en de gedachten die mensen daarover ontwikkelen worden immers sterk bepaald door emoties en sensorisch-motorische waarnemingen en vaardigheden. Mensen ‘leven’ hun verhaal, ‘zijn’ hun verhaal. Het verdriet kan bijvoorbeeld iemand ‘tekenen’ en onderdrukking kan in de mimiek, de houding en een oogopslag geschreven staan. De beli-

ROL VAN DE VERPLEEGKUNDIGE IN EEN NARRatieve BENADERING

- De essentiële boodschap begrijpen in het verhaal van de cliënt
- De boodschap verwoorden en teruggeven om bij de cliënt te checken of ze goed begrepen is
- Zoeken naar gemeenschappelijke gronden en aanknopingspunten
- Verpleegkundige interventies baseren op gemeenschappelijke gronden en laten aansluiten op aanknopingspunten
- Binnen deze ruimte het verhaal van de cliënt valideren en/of therapeutisch beïnvloeden

EEN PRAKTIJKVOORBEELD

Een deelnemster aan een fotografieproject in de psychiatrie (Sitvast, 2002) had foto's gemaakt van de ingelijste portretten van haar moeder en overleden zus. De foto's herinnerden haar aan de pijn van moeizame en vertroebelde contacten die zij in het verleden had met haar familie. Zij verdroeg deze confrontatie niet, kon er 's nachts niet meer van slapen en dreigde daardoor uit het project te stappen. Zonder haar werkelijkheid te ontkennen vond de begeleiding een manier om haar dilemma te hanteren. Ze verwijderde samen met de begeleiding de foto's van het grote vel fotokarton waar ze opgeplakt waren voor gebruik in de groep en hield de foto's voor zichzelf. Later selecteerde zij andere foto's, niet zo beladen, om aan haar kinderen en kleinkinderen te sturen. Ze vertelde dat ze al jaren alleen maar foto's kreeg en nooit foto's had kunnen terugsturen. Met het herstel van de wederkerigheid in ontvangen en weggeven van foto's droeg deze actie bij aan een verbetering van de familierelaties én kon ze met de foto's van haar eigen leefomgeving ook aan haar familie beter duidelijk maken hoe haar leven eruit zag.

chaming van ervaringskennis en gevoelsbeleving uit het sociale domein kan 'gelezen' worden door een verpleegkundige. Het onder woorden kunnen brengen van opgeslagen boodschappen kenmerkt het meesterschap van de ervaren verpleegkundige. De communicatie met de patiënt over zijn verhaal werkt vaak 'helend'. Het gevoel begrepen te worden, ook als de patiënt zichzelf niet ten volle begrijpt, werkt bevrijdend en opent het zicht op nieuwe horizonnen, maakt nieuwe energie vrij (Benner, 2000; Wiltshire, geciteerd bij Aranda & Street, 2001).

Aangrijppunt

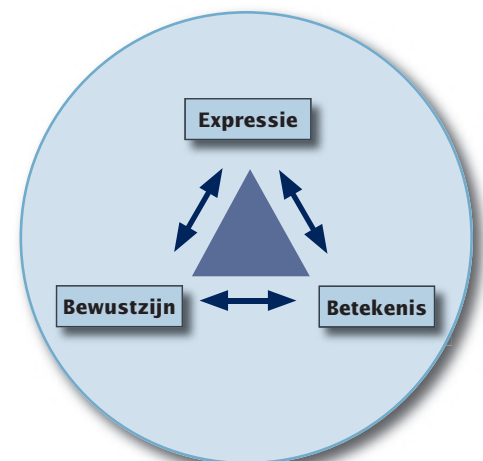
Het is in het proces van narratieve individuering dat de verpleegkunde een aangrijppunt heeft. De verpleegkundige is voor de patiënt gesprekspartner, toehoorder en publiek, krijgt door de patiënt een rol toebedeeld in zijn verhaal. De patiënt kan niet anders dan communiceren. Zelfs zijn zwijgen vertelt een verhaal. De reacties van de verpleegkundige beïnvloeden de verteller. De verpleegkundige kan allereerst proberen het verhaal te begrijpen. Soms is het verhaal op het eerste gezicht ontoegankelijk en zelfs oninvoelbaar, zoals dat vaak bij psychotische mensen het geval is. Toch kan er ook dan bijna altijd een boodschap gelezen worden in de dieptestructuur van het verhaal. Het bestaansrecht van deze boodschap erkennen en valideren en daarmee de mens achter de boodschap, is een enorm belangrijke eerste stap. Pas daarna komt voor de verpleegkundige aan de orde hoe tegemoet te komen aan de behoeftes en de tekorten die met de boodschap en haar uitingsvorm (mogelijk een psychotisch gekleurd verhaal) duidelijk worden. De psychiatrische

thuiszorgverpleegkundige in de casus van Pieter heeft hem, zonder uitspraken te doen over realiteitszin en geloofwaardigheid, gevalideerd in zijn beleving door een dieperliggende betekenislaag te benoemen: het verlangen naar reinheid en zuiverheid en harmonie. Deze betekenis is invoelbaar waar de psychotische verwoording in eerste instantie alleen bizar is en onbegrijpelijk. Pieter voelde zich daardoor begrepen en geaccepteerd. De verpleegkundige heeft daarmee een ingang gevonden om hun contact gemeenschappelijk te gronden en aan te sluiten bij Pieter's verhaal. In andere gevallen zal de therapeutische actie daarin bestaan dat de verpleegkundige alternatieve wendingen suggereert voor een verhaal of de patiënt stimuleert in zijn verhaal een ander perspectief in te nemen (Clark & Standard, 1997). Een voorbeeld is de slachtofferrol die een patiënt zich in zijn verhaal kan toedichten terwijl misschien ook een actief handelend perspectief mogelijk is. De rol van de verpleegkundige kan zijn voorwaarden te scheppen voor een sociale interactie waarin de patiënt een ander uitgangspunt ervaart of kan oefenen met alternatieve rollen. In een fotografieproject met chronische psychiatrische patiënten (Sitvast, 2004) organiseerden en regisseerden de patiënten zelf de tentoonstelling van hun foto's. Met hun foto's en hun verhaal hebben de deelnemers hun omgeving geamuseerd, ontroerd en geïnformeerd. In plaats van passieve consumenten van zorg waren ze actieve bezorgers geworden van een tentoonstelling waar velen van hebben genoten.

De rol van de verpleegkundige bij een narratieve benadering is samengevat in het kader 'rol van de verpleegkundige'.

Normatieve professionaliteit

De literatuurwetenschapper en filosoof Michael Bakhtin heeft een dialogische benadering beschreven waarmee hij verhalen interpreteerde als vormen van communicatie tussen mensen (zie kader Communicatiecirkel). Zijn dialogische narratieve benadering kan ook worden toegepast op de verpleegkundige praktijk (Bowers & Moore, 1997). De dialogische benadering van Bakhtin veronderstelt dat er in het sociale verkeer een continue wisselwerking is en beïnvloeding van bewustzijn en betekenisgeving. De sociale en psychologische entiteiten die ontstaan binnen interacties van het 'ik' met anderen hebben het karakter van een dialoog met een open einde. Zo beschouwd is verplegen vooral een proces van sociale interactie waarbinnen de verpleegkundige communicatieve strategieën hanteert om te bemiddelen in de betekenis die ziekte en stoornissen hebben voor het dagelijks leven. Dit verloopt het best door een open, niet-oordelende manier van informatie-uitwisseling waarbij iets bij voorkeur betekenis krijgt binnen de relatie en niet op basis van een hiërarchisch verschil in kennis tussen een deskundige hulpverlener en een 'onwetende' hulpvrager. Natuurlijk komt de deskundigheid van de hulpverlener op enig moment wel degelijk om de hoek kijken, al was het alleen al omdat de hulpvrager vraagt om een definiëring van zijn klachten in termen van gezondheid en ziekte. De hulpverlener kan putten uit een universele (veralgemeenseerde) kennis van therapeutische interventies, soms evidence-based, om aan de



Communicatiecirkel

individuele hulpvraag tegemoet te komen. De professional maakt daarbij gebruik van een technische taal van medische en verpleegkundige termen, diagnostische begrippen en beroepsjargon. Deze taal komt vaak in de plaats van de taal waarin de klachten en de hulpvraag door de patiënt zijn geformuleerd. Soms vraagt de patiënt hier ook naar omdat de professionele taal zijn hulpvraag beter legitimeert. Vaak ontstaat er echter een kloof tussen het eigen verhaal en de vertaling daarvan in een diagnostische beschrijving waarin de patiënt zich nauwelijks nog herkent. Hoeveel verpleegplannen worden er dagelijks niet geschreven aan de hand van Gordon en standaardverpleegproblemen die je niet zonder toelichting en uitleg aan de patiënt kunt laten lezen? Bij de professionalisering van het verpleegkundig beroep horen classificaties en interventies in een eigen technische taal. Dat rechtvaardigt echter niet dat het verhaal van de patiënt alleen maar dient als informatiebron voor het 'eigenlijke' verhaal: de diagnostische beschrijving in een verpleeg- of behandelplan. Om dit te voorkomen dient naast deze *deskundologische* of *technische* professionaliteit een *normatieve* professionaliteit gesteld te worden (Sitvast, 2000; 2004).

Aspecten

Kal (2001) heeft in haar boek over het project 'Kwartiermaken voor mensen met een psychiatrische achtergrond' de aspecten beschreven van zo'n normatieve professionaliteit. Het gaat daarbij om drie sleutelbegrippen: reflectie, responsiviteit en presentie. Bij reflectie gaat het om het vermogen zaken in een grotere context te plaatsen. In het werk van verpleegkundigen heeft het handelen vaak prioriteit, met het risico dat men vooral bezig is met interventies en deze ook goed kan beargumenteren vanuit de eigen deskundigheid maar minder goed vanuit de context van de beleving van de patiënt. De 'waarom' en 'waarvoor' vragen worden soms ingevuld vanuit het denkkader van de verpleegkundige diagnostiek. In dat geval worden interventies misschien teveel opgehangen aan de diagnostiek, terwijl de diagnostiek eigenlijk slechts een onderdeel dient te zijn van de afwegingen die gemaakt worden bij het verlenen van zorg. Als het gaat om responsiviteit is het de vraag of verpleegkundigen voldoende de stem van de patiënt 'horen' en het verhaal dat hij vertelt of dat zij zijn uitingen interpreteren als

symptomatisch en exemplarisch voor de stoornis of ziekte? Sluit hun respons op de patiënt voldoende aan bij zijn hulpvraag en zijn belevingswereld? Om dat te bereiken is nodig dat de verpleegkundige als subject present is, zijn eigen persoon gebruikt als instrument én authentiek of 'echt' kan zijn als mens achter de verpleegkundige.

Hoewel deze zaken vanzelfsprekend lijken, zijn ze dat in de praktijk niet. Er bestaat een voortdurend spanningsveld tussen een meer

technische invulling van professionaliteit en een normatieve interpretatie (Sitvast, 2000). Dit zien we ook bij de interpretatie van evidenced-based practice (EBP), waarbij doorgaans de nadruk gelegd wordt op de noodzaak de beroepspraktijk te funderen op wetenschappelijke evidentie. Bij EBP zijn vanaf het begin echter drie elementen gedefinieerd die van belang zijn voor de aansturing van het klinisch handelen: wetenschappelijk bewijs, de kennis en ervaring van de hulpver-

CASUS

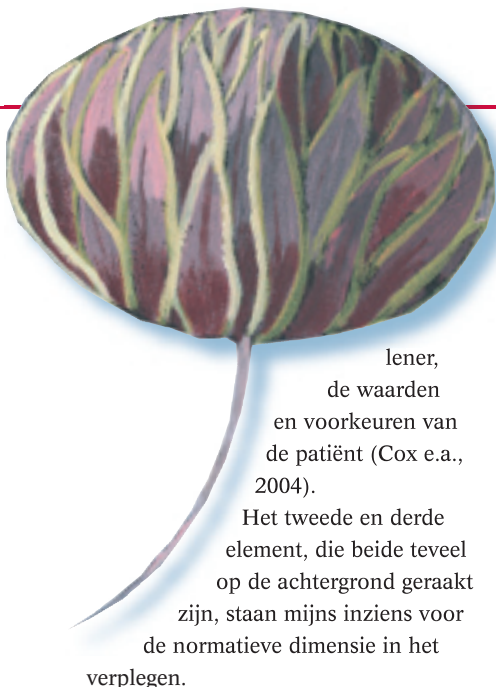
Madeleine is 50 jaar oud. Ze heeft al vele opnames in een psychiatrisch ziekenhuis achter de rug. Meestal naar aanleiding van haar idee dat haar burens tegen haar samenspannen en haar kwaad willen doen. Ze komt dan niet meer haar appartement uit en ze durft dan ook niet meer te slapen. Als haar wordt gevraagd waarom ze opgenomen is en behandeld wordt, verklaart ze: *Ik ben niet ziek of gestoord.* Op de vraag waarom ze dan in het ziekenhuis is legt ze uit dat het nodig is om veilig te zijn voor *hen*. Ze licht toe waarom:

Meestal snijden ze mijn hart eruit met messen om het erna weer terug te doen. Ze hebben een team van plastisch chirurgen. Ze leven in steden onder de grond. Ze hakken ook mijn hoofd eraf 's nachts als ik slaap. Mijn meeste ledematen hebben ze veranderd. Mijn voeten zijn bijvoorbeeld groter dan ze eerst waren. Ze hebben ook iets met mijn gezicht gedaan. Ze hebben sex met mij. Dat doen ze elke twee minuten. Dat weet ik omdat mijn buurman op een pooier lijkt, niet dat ik een prostituee ben hoor! Hij zei dat hij wel 2000 dollars kon krijgen voor twee minuten. Ze doen het met me elke twee minuten. Een van hen is zo boos dat ik het niet met hem zou doen als ik wakker was en hij mijn hoofd af zou hakken en sex met mij zou hebben zonder hoofd.

Madeleine werd gediagnosticeerd als lijdend aan schizofrenie (paranoïde type). Haar belevingen kunnen geclassificeerd worden als paranoïde wanen die wijzen op een onderliggend biochemisch of neurologisch disfunctioneren. Hiervoor zal de psychiater anti-psychotica voorschrijven. De verpleegkundige zal aan de hand van direct waarneembaar gedrag misschien een aantal zorgtekorten signaleren zoals inadequate coping, verstoorde communicatie, enz. Er is echter nog een alternatieve wijze om naar haar belevingen te kijken, namelijk als een poging om haar ervaringen uit het verleden met seksueel misbruik metaforisch te verklaren omdat elke rationele verklaring te bedreigend is. Met haar verhaal creëert ze ambiguïteit en daarmee veiligheid. De metaforen in het verhaal van Madeleine kunnen gelezen worden als poging haar ervaringen met het vrouw-zijn uit te drukken: de seksualiteit van haar vrouwelijk lichaam, het onmachtig gemaakt worden, het tekortschieten en het daarvoor gestraft worden. De metafoor van onthoofding bijvoorbeeld staat voor een dubbele duisternis. Niet alleen wordt de onthoofde persoon blind (heeft immers geen gezicht) maar wordt ook onzichtbaar, omdat het gezicht de identiteit bepaalt in het contact met andere mensen. Onthoofding is tevens een metafoor voor stilte. Madeleine is symbolisch tot zwijgen gebracht. De verwijdering van haar hoofd kan gezien worden als een uitdrukking van de ontkenning van haar identiteit, spraak, gedachten door anderen. Het reduceert haar tot de staat van slechts een lichaam te zijn. Een ervaring die nog eens wordt versterkt door de beelden waarin ze chirurgisch wordt veranderd. Er is een totale afwezigheid van een handelend persoon.

De uitdaging voor de psychiatrische verpleegkundige ligt in het centraal stellen van de belevingen van de patiënt en proberen betekenisvolle verbindingen te maken met de nood en de pijn die het vrouw-zijn voor Madeleine betekent. Misschien kunnen haar metaforen het uitgangspunt worden om Madeleine te helpen manieren te vinden zichzelf te beschermen en sterker te worden als persoon. Misschien kunnen verpleegkundigen haar helpen nieuwe metaforen te vinden die daar beter bij passen en die minder destructief zijn.

Bron: Crowe, 1999



lener, de waarden en voorkeuren van de patiënt (Cox e.a., 2004).

Het tweede en derde element, die beide teveel op de achtergrond geraakt zijn, staan mijns inziens voor de normatieve dimensie in het verplegen.

Samenvattend

De mens, ziek of gezond, beleeft zichzelf in verhouding tot zijn leefwereld in narratieven die hij belichaamt, verbeeldt of verwoordt. Zo komen we uit op de contouren voor narrativiteit als verpleegkundig concept. Dit gaat uit van een bepaalde visie op de mens en diens verhouding tot zijn omgeving:

- de mens is zijn verhaal
- de mens verhoudt zich tot zijn omgeving via narratieve individuering
- ziekte is óók een crisis in de zin- en betekenisgeving, omgekeerd kan een crisis in de zingeving ook leiden tot ziekte en zelfs de dood. Zin- en betekenisgeving is cruciaal in het proces van aanpassing en herstel en om het bestaan boven de ziekte uit te tillen
- er dient een dialogische relatie te zijn tussen de patiënt/client en de verpleegkundige, het verpleegkundig handelen is een combinatie van een normatieve met een technische professionaliteit.

Discussie

Natuurlijk omvat verplegen meer dan het ondersteunen van patiënten bij betekenisgeving aan ziekte en gezondheid. Behalve de subjectiviteit van de beleving is er de objectiviteit van het fysieke bestaan. De wisselwerking tussen deze twee is complex. Hier is vooral stilgestaan bij de uitwerking in één richting: van ziekte en stoornissen via verhalen naar zin- en betekenisgeving. Omgekeerd is er ook beïnvloeding. De hoop bijvoorbeeld die iemand ontleent aan een zinvol perspectief in zijn verhaal bevordert het herstel bij ziekte, motiveert, geeft energie en versterkt het immuunsysteem. Toch kan niet al het verpleegkundig handelen onder de noemer van narra-

tiviteit en zingeving worden geschaard. Technische zorghandelingen worden namelijk, hoewel altijd ingebed in een context van betekenis voor de patiënt én de verpleegkundige, vaak in de eerste plaats gelegitimeerd door fysieke en psychische behoeften. Ook andere sleutelbegrippen in de verpleegkunde, bijvoorbeeld 'zelfzorg', verklaren niet alles binnen het verpleegkundig praktijkdomein. In dit opzicht zijn de verschillende begrippen complementair aan elkaar en moet narrativiteit wellicht geïntegreerd worden in een verpleegkundige theorie die een synthese is van huidige theorieën. ■

Nawoord

Jan Sitvast is verpleegkundig specialist en historicus. Hij is als onderzoeker werkzaam bij het Kenniscentrum van GGNet, een GGZ-instelling in Gelderland (Warnsveld). E-mailadres: j.sitvast@ggnet.nl. Een langere versie van het artikel is op te vragen bij de redactie, tel. (0346) 577 290, e-mail: redactie.tvz@reedbusiness.nl.

Literatuur

- Aranda, S. & A. Street. From individual to group: use of narratives in a participatory research process. *Journal of Advanced nursing* 33, 2001, nr. 6, p. 791-797.
- Baart, A. *Een theorie van presentie*. Lemma, Utrecht, 2001.
- Benner, P. The roles of embodiment, emotion and life-world for rationality and agency in nursing practice. *Nursing Philosophy*, 2000, nr. 1, p. 5-19.
- Beroepsprofiel voor verpleegkundigen*. NIZW/LEVV, Utrecht, 1999
- Bowers, R. & K.N. Moore. Bakhtin, Nursing Narratives, and Dialogical Consciousness. *Advances in Nursing Science* 19, 1997, nr. 3, p. 70-77.
- Clark, M. & P.L. Standard. The caregiving story: how the narrative approach informs caregiving burdens. *Issues in Mental Nursing* 18, 1997, p. 87-97.
- Cox, K., Louw, D. de, Verhoef, J., C. Kuiper. Evidence-based practice voor verpleegkundigen. Lemma, Utrecht, 2004.
- Crowe, M. & C. Alavi. Mad talk: attending to the language of distress. *Nursing Inquiry* 6, 1999, nr. 1, p. 26-33.
- Ganzevoort, R., *De praxis als verhaal. Introductie op een narratief perspectief*. In: Ganzevoort, R.R. (red.) *De Praxis als verhaal. Narrativiteit en praktische theologie*. Kok, Kampen, 1998, p. 7-27.
- Grypdonck, M. *Het leven boven de ziekte uittillen*. In: Pool, A. en J. Lambregts (red.). *Verpleegkundige zorgverlening aan chronisch zieken*. Lemma, Utrecht, 1999.

- Hermans, H.J.M. *Het meerstemmige zelf*. In: Hermans, H. (red.). *De echo van het ego. Over het meerstemmige zelf*. Ambo, Baarn, 1995.
- Kal, D. *Kwartiermaken. Werken aan ruimte voor mensen met een psychiatrische achtergrond*, Boom, Meppel, 2001.
- Kunneeman, H. *Narratieve individualiteit en normatieve professionaliteit*. In: Baars, J. & D. Kal (red.). *Het uitzicht van Sisyphus. Maatschappelijke contexten van geestelijke (on)gezondheid*. Wolters-Noordhoff, Groningen, 1995, p. 61-84.
- McAdams, D.P. *The stories we live by. Personal Myths and the Making of the Self*. The Guilford press, New York, 1993.
- Miller, Potts, Fung, Hoogstra & Mintz, 1990, Polkinghorne, D.E. *Narrative Knowing and the Human Sciences*, State University of New York Press, Albany NY, 1998.
- Sandelowski, M. Telling Stories: Narrative Approaches in Qualitative Research. *IMAGE. Journal of Nursing Scholarship* 23, 1991, nr. 3, p. 161-166.
- Sitvast, J. *De spanning tussen normatieve en technische professionaliteit*. Essay in het kader van de opleiding tot verpleegkundig specialist GGZ, Utecht, 2000. Niet gepubliceerd.
- Sitvast, J. Foto's die spreken. *Tijdschrift voor Humanistiek*, 2002, nr. 3, p. 11.
- Sitvast J. *Fotografie als verpleegkundige interventie*. Kavanah, Dwingeloo, 2004.