

Il faut imaginer Sisyphe heureux.

De bijzondere positie van de existentiële dimensie in de humanistische psychiatrie

M. ENEMAN, B.G.C. SABBE, J. CORVELEYN

- ACHTERGROND** De in theorie en praktijk gehanteerde modellen in de psychiatrie omvatten veelal, met wisselende klemtonen, de biologische, psychologische en sociale dimensie. Humanistische psychiatrie betreft echter de hele existentie. Wat met de zorg voor het existentiële?
- DOEL** De existentiële dimensie in de psychiatrie exploreren en thematiseren als omvattend ten opzichte van het biopsychosociale en voortdurend hiermee in interactie.
- METHODE** Persoonlijke reflectie van drie senior auteurs, mede gebaseerd op auteurs die ons tijdens het hele beroepsleven vergezeld hebben.
- RESULTATEN** De existentiële dimensie dient als een bijzondere, omvattende dimensie geïncorporeerd te worden in de gebruikte modellen in de psychiatrie. In de humanistische psychiatrie zou elke interventie, zij het biomedisch of psychosociaal, geplaatst moeten worden in een existentieel perspectief. Zorg voor de existentiële dimensie overstijgt de dichotomie biomedisch-psychosociaal.
- CONCLUSIE** Het niet respecteren van de existentiële dimensie doet onrecht aan patiënten en schaadt een waarlijk humanistische psychiatrie.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)2, 141-147

TREFWOORDEN biopsychosociaal, existentieel, Frankl, humanistisch, zin en betekenis



Men moet zich Sisyphus als gelukkig voorstellen, aldus de bekende conclusie van Camus in *Le mythe de Sisyphe* (1942). Hoe kan dit? Als er iemand is die zinloze arbeid moest verrichten in absurde omstandigheden is Sisyphus het wel. En dat zou verenigbaar zijn met geluk? Veel patiënten met een psychiatrische problematiek maken harde ervaringen door, waarbij zin en betekenis ver te zoeken lijken. Is hun bestaan compatibel met zinvolheid en tevredenheid, laat staan geluk?

In de focus van deze tekst staat de existentiële dimensie in de humanistische psychiatrie, een benadering waarin de klemtoon ligt op de patiënt als persoon op zoek naar zin en betekenis.

In het eerste deel betogen wij dat meerdimensionaliteit meer omvat dan het biopsychosociale. Krijgt de existentiële

dimensie wel voldoende aandacht in de hedendaagse psychiatrie? Betekent humanistische psychiatrie een evenwichtige aandacht voor deze vier dimensies, of betreft het iets anders? Heeft de psychiatrie inhoudelijk wel iets te zeggen over zin en betekenis? En zijn mensen wel bezig met de vraag naar zin en betekenis, of gebeurt dit bij uitstek in bijzondere omstandigheden? In de geestelijke gezondheidszorg zijn heel wat mensen die veel te (ver)dragen hebben: daar kan de vraag naar zin en betekenis niet ver weg zijn.

Het tweede deel betreft de zorg voor deze existentiële dimensie. Welke hulpverleners dragen zorg voor deze dimensie en op welke wijze: meer impliciet in de dagelijkse praxis of meer expliciet in de psychotherapie? Deze tekst is geschreven vanuit een persoonlijke invalshoek, maar

gedragen door studie van de belangrijkste auteurs in de humanistische traditie (Eneman 2019).

De existentiële dimensie in de humanistische psychiatrie

DE MEERDIMENSIONALITEIT VAN DE MENS

In het biopsychosociaal model worden meerdere dimensies in het mens-zijn onderscheiden: de mens in zijn lichamelijke, als een wezen met een geschiedenis en als medemens. Soms wordt daaraan nog de existentiële dimensie toegevoegd: de vragende of zoekende mens.

Uiteraard is onze lichamelijke van primordiaal belang: zonder hersenen geen psychisch leven. Dit is een basaal gegeven van onze *condition humaine*. Stoornissen in de hersenen en bij uitbreiding lichamelijke stoornissen van elke aard kunnen leiden tot een veranderd psychisch functioneren.

Een mens is echter meer dan een neurobiochemische machinerie. Een psychiatrische patiënt is meer dan een stel disfunctionerende hersenen. Het gaat in de psychiatrie over meer dan het behandelen van 'zieke breinen'. Valt iemand ooit te herleiden tot zijn of haar ziekte?

We zijn ook wezens met een geschiedenis, die zich vertaalt in verhalen. We zijn niet alleen biologie, maar ook biografie, niet alleen genetica maar ook genealogie. We zijn in geschiedenissen verweven. De mens is een wezen met een geschiedenis en – altijd ook – gericht op een toekomst.

Een mens is essentieel ook een medemens. Mensen zijn niet 'afzonderlijk verkrijgbaar', geen mens is *solus ipse*, alleen en op zichzelf. Niemand kan zichzelf verwekken en niemand kan zichzelf begraven. Vanaf onze conceptie tot na onze dood, en in zoveel wat er tussen ligt, zijn we afhankelijk van de anderen. In zekere zin 'zijn' we de anderen: '*Je est un autre*' (Rimbaud 1871). Welke fractie van al wat we denken en doen komt origineel van onszelf? Paradoxalerwijs is het tot stand komen van persoonlijke autonomie een vrucht van een geschiedenis van hechting aan anderen: zonder anderen geen autonoom bestaan.

De hoogste en eigenlijke drijfveer van het menselijke handelen, de primaire motatiekracht van de mens is zijn 'wil-tot-betekenis', stelt de Oostenrijkse psychiater Viktor Frankl (1978). Dat lijkt te maken te hebben met het bewustzijn van onze eindigheid (onze 'enige zekerheid') en van onze ontologische kwetsbaarheid. Hiermee wordt bedoeld dat kwetsbaarheid inherent is aan ons zijn: allen zijn we kwetsbaar en sterfelijk. Vanuit dat besef van eindigheid en kwetsbaarheid bevraagt de mens zijn eigen bestaan van buiten uit (*ex-sistentie*), van buiten de onmiddellijkheid waarin hij vervat zit.

Volgens Heidegger (Decorte e.a. 2001) is de mens gekenmerkt door een 'open-staan-op-een-toekomst'. Mensen

AUTEURS

MARC ENEMAN, psychiater, voormalig hoofdarts, Universitair Psychiatrisch Centrum Sint-Kamillus, Bierbeek.

BERNARD SABBE, psychiater, hoogleraar Psychiatrie en diensthoofd, Universitaire dienst Psychiatrie, Duffel – Universitair Ziekenhuis Antwerpen.

JOZEF CORVELEYN, klinisch psycholoog, em. hoogleraar Psychologie, KULeuven.

CORRESPONDENTIEADRES

Marc Eneman, Kaboutermansstraat 35, B 3000 Leuven, België.

E-mail: marc.eneman@yahoo.com

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 12-8-2019.

hebben-te-zijn. De mens, in het bestaan geworpen, moet zijn bestaan ontwerpen. Ons leven is een door onszelf te volbrengen project (*pro-iacere*: voor zich uit werpen). Het gaat daarbij om de realisatie van een authentiek project, dat men als betekenisvol ervaart. Een echo hiervan is te horen in uitspraken van patiënten zoals: 'Dit is geen leven, dit is overleven.' Mensen willen niet zomaar een leven, ze willen een leven dat ze de moeite waard vinden.

DE EXISTENTIËLE DIMENSIE: EEN VERWAARLOOSD STIEFKIND?

Komt deze vierde, existentiële dimensie voldoende aan bod in de hedendaagse psychiatrie, die overspoeld lijkt te worden door een golf van neurowetenschappen? In dit tijdschrift ('Zinverlies: een verwaarloosd onderwerp in de psychiatrie') schreef Van Praag (2010) dat de psychiatrie zich vooral heeft beziggehouden met de waarom-vraag. Waardoor worden mensen psychisch ziek? Een buitengewoon belangrijke vraag, maar ze gaat ten koste van de nodige interesse voor de waartoe-vraag. Waarvoor leeft een mens? Wat ziet de mens als de zin van zijn bestaan? Wat zijn de consequenties van zinverlies en zintekort? Van Praag (2010 p. 712) stelt: '*Als een individu op de zinvraag geen antwoord heeft, is er geen zicht op een toekomst, in feite geen reden meer om te bestaan en verdampt de lust tot leven. De waartoe-vraag is door de psychiater genegeerd. Dit lijkt niet langer aanvaardbaar. De menselijke conditie in zijn volle omvang dient zijn aandacht te hebben.*'

Het niet of onvoldoende vervuld zijn van de existentiële dimensie kan inderdaad levensbedreigend zijn. Een weerklank hiervan hoort de hulpverlener regelmatig in de praktijk: 'Voor mij hoeft het niet meer'. De Hongaarse auteur Sandor Marai (1942, 2000 p. 119) schrijft: '*Kennelijk*

houdt een mens alles vol, zolang het leven zin heeft, dat is de grens.' Als het geen zin meer heeft, wordt het delicaat *quoad vitam*, wat betreft het leven. Hierbij doet zich het vreemde verschijnsel voor dat het universele biologisch imperatief van de drang naar zelfbehoud, dat we gemeen hebben met al wat leeft, dieren en planten, tot en met de eencelligen toe, bij de mens kan stokken en tot stilstand komen.

Het correlatief van de behoefte aan betekenis en zingeving, als wat ons meest onderscheidt van de dieren, lijkt de unieke positie te zijn van de mens tegenover de suïcide. Hoewel er zich in de dierenwereld gedragingen voordoen die refereren aan suïcidaal gedrag, hebben we geen indicaties dat er bij dieren zoiets bestaat als een duidelijke keuze om een eind te maken aan het eigen bestaan (Ramsden & Wilson 2010; Preti 2011). Aan suïcide denken is menselijk, mogelijk zelfs uniek menselijk.

HUMANISTISCHE PSYCHIATRIE: DE DIMENSIES IN EVENWICHT?

Het *Groot woordenboek van de Nederlandse taal* omschrijft, onder het lemma 'humanistisch', humanistische geneeskunde als een medische richting die de zieke mens in zijn geheel wil beschouwen en die ook de subjectieve zin van zijn lijden in de behandeling betreft (van Dale 2015). Deze verklaring kan ook gelden voor het begrip 'humanistische psychiatrie'. Gaat het bij een dergelijke humanistische psychiatrie om een evenwichtige aandacht voor de vier beschreven dimensies (biologisch, psychologisch, sociaal en existentieel) van de mens? Dat lijkt goed te klinken. De vierde dimensie wordt daarbij soms beschouwd als een luxe-onderwerp, dat aan bod kan komen als de rest 'in orde' is, wat in de lijn van het oude Latijnse gezegde 'eerst leven en dan filosoferen' (*primum vivere, deinde philosophari*).

Wij zijn echter van mening dat het niet gaat om een simpele juxtapositie van de vier dimensies, maar om een suprapositie van de vierde, existentiële dimensie. We sluiten ons aan bij de visie van Frankl (1978) dat de hoogste en eigenlijke drijfveer van het menselijk handelen zinsvervulling is. Eerder schreven we daarover (Eneman e.a. 2019 p. 152): *'Het is echter onze overtuiging dat het verlenen van evenwichtige aandacht aan de neurobiologische, psychologische, sociale en existentiële dimensie niet volstaat om te kunnen gewagen van humanistische psychiatrie. Vanuit het perspectief van een humanistische psychiatrie dient elke professionele handeling primair geïnitieerd, gestuurd en aangepast te worden door het nooit eindigende proces van betekenisgeving door de patiënt. De patiënt als een persoon op zoek naar betekenis moet gezien worden als de primaire focus van onze aandacht en zorg.'* Voor ons is derhalve psychiatrie humanistische psychiatrie wanneer ze bij al haar handelen vertrekt vanuit de patiënt als persoon op zoek naar de betekenis van zijn of haar bestaan, en dat in omstandigheden die door zijn of haar psychiatrische aandoening daarvoor bedreigend zijn.

WAT IS DE ZIN VAN HET BESTAAN?

Wat heeft de psychiatrie te zeggen over de zin en de betekenis van het bestaan? In feite: niets, noch in het algemeen, noch wat betreft de invulling daarvan door elke mens afzonderlijk. Dit is niet het object van de psychiatrie. Het antwoord op de vraag wat de zin en de betekenis van het leven voor iemand kunnen zijn, is bij uitstek idiosyncratisch, hoogst persoonlijk. De antwoorden op deze vraag verschillen van mens tot mens zoals onze vingerafdrukken.

Volgens Frankl (1978) hebben niet wij het leven te onderwerpen, maar ondervraagt het leven ons. Wij hebben te antwoorden. Mensen kunnen grote moeilijkheden te overwerken krijgen, ernstig lijden of diepe mislukkingen ervaren, zovele situaties ondergaan waarin *De schreeuw* van Munch, soms ingehouden, te horen valt. Wat doet iemand daarmee, welke positie neemt hij of zij daar tegenover in? In *De zin van het bestaan* zegt Frankl (1978 p. 136): *'Uiteindelijk zou de mens niet moeten vragen naar de betekenis van zijn leven, maar erkennen dat hij degene is die wordt ondervraagd.'* Frankl stelt dat wij slechts gehoor kunnen geven aan de vragen die het leven ons stelt door verantwoordelijkheid te dragen over ons eigen leven. Deze verantwoordelijkheid voor het invullen van het eigen leven is een eigen, niet te delegeren, en soms verpletterende verantwoordelijkheid.

We staan nog even stil bij het onderscheid tussen zin en betekenis *van* het leven en zin en betekenis *in* het leven. Voor sommigen is het leven ultiem zin- en betekenisloos en is ons bestaan getekend door determinisme en/of toevalligheden, contingentie. We hebben geen grond om op te staan, ons bestaan is *groundless*. Voor anderen beweegt het leven zich tegen een horizon van zin en betekenis. De mens en zijn leven hebben een diepere oorsprong, betekenis en bestemming. Maar hoe men ook mag denken over de contouren *van* het menselijk bestaan, iedere mens heeft te maken met zin en betekenis *in* zijn bestaan. Die zin en betekenis in het leven kan men, al of niet, realiseren door bijvoorbeeld het ontplooiën van eender welk levensdoel of -doel, het van betekenis zijn voor anderen, het genieten van wat dan ook. Camus (1942) stelt in *De mythe van Sisyphus* dat, ook tegen een achtergrond van zinloosheid en absurditeit van het bestaan, de mogelijkheid bestaat tot het creëren van zin: het leven als een daad van ultiem verzet tegen de absurditeit.

VRAGEN NAAR ZIN EN BETEKENIS: ZIJN WE DAAR WEL MEE BEZIG?

In verband met vragen naar de zin en de betekenis van het bestaan werpen nogal wat mensen op dat ze daar niet mee bezig zijn en geen tijd hebben om hierover te dubben. Enerzijds lijkt dit een goed teken. De Franse chirurg Leriche (1936) definieerde gezondheid als *'la vie dans le silence*

des organes'. Wanneer we gezond zijn 'horen' we niets van onze organen. Als we ziek zijn, zenden de getroffen organen altijd signalen uit, vroeg of laat. Wanneer het ons goed gaat, blijven de vragen naar zin en betekenis inderdaad meestal op de achtergrond van ons bestaan en sturen ze ons geen signalen door. We houden ons er dan ook niet mee bezig.

Anderzijds kan 'geen tijd hebben om daarmee bezig te zijn' ook een zorgwekkende aangelegenheid zijn. Is men niet aan het voorthollen en druk bezig met allerlei wat belangrijk lijkt? Is men zich niet aan het bedwelmen in een 'goed' leven met weinig vragen en veel zekerheden? Is het - preventief - niet belangrijk om zorgzaam om te gaan met die dimensie van zin en betekenis? Bestaat anders niet het gevaar voor 'morsen' met het leven, toch een kostbaar goed? Yalom en Elkin (1974) wijzen er op dat het leven dat we leiden het ene en enige leven is dat we hebben. Er zijn geen repetities, geen herhalingen. De Chinese wijsgeer Confucius stelt: *'Een mens heeft twee levens. Het tweede leven begint zodra hij ontdekt dat hij er maar één heeft.'*

Als we in ons leven echter stoten op de grenzen van maakbaarheid en beheersbaarheid schuiven die vragen omtrent zin en betekenis naar de voorgrond. Tragische ervaringen beuken op ons in, ze rukken ons los uit een behaaglijk, vragenloos bestaan: hier geen *'silence des organes'*. In de geestelijke gezondheidszorg worden we niet zelden geconfronteerd met grenzen. Een aantal toch frequent voorkomende psychiatrische aandoeningen zijn niet of niet volledig te genezen en beïnvloeden het leven op een indringende wijze, dikwijls langdurig. Er zijn ook heel wat patiënten die in hun geschiedenis harde ervaringen hebben meegemaakt zoals verwaarlozing, misbruik of ontwrichtende verlieservaringen: hoe kan men met zoveel niet of nauwelijks te veranderen schade uit het verleden toch een betekenisvol bestaan ontwerpen? In dergelijke omstandigheden worden de vragen naar zin en betekenis van impliciete achtergrondvragen tot expliciete voorgrondvragen (Buyse 1979, persoonlijke mededeling). Ze kunnen zelfs de meest prangende nood worden. De behoeftepiramide van Maslow wordt omgekeerd. De 'luxe vraag' blijkt een vitale, basale behoefte te zijn.

Dat wordt treffend geïllustreerd in een artikel van Wagner en King (2005 p. 144) over een onderzoek naar existentiële noden bij mensen met psychotische stoornissen. Over de deelnemers schrijven ze: *'Hoewel ze dikwijls verarmd waren en gebrek leden in hun basale noden, was het overheersende thema voor de patiënten ontevredenheid met hun bestaan en een gebrek aan zin. Behoeften aan persoonlijke ontwikkeling, autonomie, aanvaarding en respect, liefde en identiteit beheersten de discussie in alle gebruikersgroepen.'* Wagner en King (2005), analoog aan Frankl (1978), zijn van mening dat hun bevin-

dingen het tegenovergestelde aantonen van de theorie van Maslow (1954), die stelt dat eerst de basale noden vervuld moeten zijn vooraleer de hogere niveaus aan bod kunnen komen. In aansluiting hiermee wijzen we erop dat ook in de huidige herstelbeweging deze hogere noden, zoals zin en betekenis, verbondenheid, hoop en positieve identiteit, een centrale plaats innemen (Anthony 1993; Schrank & Slade 2007; Van Audenhove 2015).

Zorg voor de existentiële dimensie

WIE DRAAGT ZORG VOOR DE EXISTENTIËLE DIMENSIE?

Aandacht hebben en zorg dragen voor de existentiële dimensie, is dat niet een taak voor pastores en geestelijke verzorgers? Ongetwijfeld. Maar ook voor elke hulpverlener. Existentiële vragen mogen niet verward worden met spiritualiteit en religie. Religie gaat over de contouren van het bestaan, over een vooraf gegeven zin en betekenis die men al of niet aanvaardt. Bij religie gaat het eerder over 'zinontvang' dan om zingeving: *'De diepste zin – dat wil zeggen: de grond waarop ons bestaan als geheel zich in stand houdt en voortleeft – kan door ons niet gemaakt, maar alleen aanvaard worden'* (Ratzinger 2006 p. 50).

Niet iedere mens bekennt zich tot een religie. Existentiële vragen echter stellen zich aan iedereen, vooral in harde of tragische situaties. Elke patiënt met een ernstige psychiatrische aandoening staat voor de moeilijke opdracht te proberen dit lijden te integreren in zijn of haar bestaan.

We onderschrijven de visie van Frankl (1978), dat iedere therapie, hoe beperkt ook, tevens existentiële therapie moet zijn. In alles wat we als hulpverlener doen en laten, zou op de achtergrond moeten leven dat we te maken hebben met een mens die, hoe ziek soms ook, streeft naar een voor hem of haar betekenisvol en waardig bestaan. In een humanistische psychiatrie is de existentiële dimensie een omvattende dimensie, de dragende grond voor alle interventies, van welke aard ook. *'De zorg voor de existentiële dimensie overstijgt de dichotomie biomedisch-psychosociaal'* (Eneman e.a. 2019 p. 152).

ZORG VOOR DE EXISTENTIËLE DIMENSIE IN DE DAGELIJKSE PRAXIS

We wijzen op een aantal aandachtspunten in de zorg voor de existentiële dimensie in de dagelijkse benadering van patiënten.

Belangrijk is het cultiveren van sensibiliteit voor zinvragen: het horen van achterliggende vragen, het exploreren van meerduidigheid. Buyse (1979, persoonlijke mededeling) waarschuwde soms de psychiaters in opleiding: *'Let op, de vragen die deze patiënt stelt, zijn geen ziekmakende, maar mensmakende vragen.'* Met andere woorden: medicaliseer niet wat niet van de orde van het pathologische is. Verdriet

is niet noodzakelijk depressie. Realistische neerslachtigheid en realistische wanhoop bestaan. Niet alles wat een verstoring is van het habituele denken en voelen is een stoornis, een ziekte. Verstoringen kunnen een teken van gezondheid zijn, bijvoorbeeld van luciditeit. Besef kan pijnlijk zijn. Sommige mensen zijn te ziek om wanhopig te kunnen zijn.

Hulpverleners moeten ontvankelijk zijn voor demoralisatie, verlies van perspectief, hopeloosheid: er samen met de patiënt 'tegen in kijken' en dit op een open wijze, zonder verkramptheid of vluchtreflexen. Yalom (2009) haalt de zeventiende-eeuwse Franse auteur De la Rochefoucauld aan: *'Le soleil ni la mort ne peuvent se regarder fixement'*. Yalom (2009) bevestigt dat we inderdaad beter niet tegen de zon in kijken, maar hij betwijfelt of we ook het aankijken van de dood moeten vermijden. Is het niet belangrijk om de patiënten ter zijde te staan bij het *en face* bekijken van wat hard of tragisch is in hun leven, om met hen 'neder te dalen ter helle' en mogelijks van daaruit te komen tot een zich weer oprichten, tot een heropbouwen van betekenis, tot herstel, tot posttraumatische groei (Vanhooren 2017)?

Bij dit alles is het verzorgen van de kwaliteit van presentie en verbondenheid essentieel. Yalom (1989 p. 91) stelt dat het *'de relatie is die geneest, de relatie is die geneest, de relatie is die geneest'* en Cooper (2012 p. 52) spreekt over een *'ontmoeting met relationele diepgang'*. Patiënten wezen op het belang van het 'er zijn' en het 'er blijven' met hen, waar zovelen het lieten afweten.

Hulpverleners beschikken niet over een bijzondere expertise over vragen naar zin en betekenis. Op dit vlak zijn ze even zoekend als de patiënten die op hen een beroep doen. Hier bevinden we ons op *common ground* en zijn we eerder compagnon dan expert. Belangrijk hierbij is het echt en waarachtig zijn en ons niet volmaakter of evenwichtiger voordoen dan we in realiteit zijn. Ghaemi (2007 p. 127) stelt in dit verband dat we *'de patiënten moeten ontmoeten waar ze staan, volledig en van ganser harte, een zuivere ontmoeting van twee mensen in het gezwoeg van het leven, eerder dan de behandeling van een zieke persoon door een gezonde'*.

Wezenlijk is ook het blijven tegenwoordig stellen van perspectief en hoop, zonder het ontkennen van de wanhoop. Er zijn psychiatrische aandoeningen die niet, of niet helemaal, te genezen zijn, wat genezen ook mag betekenen. Maar is een mens niet altijd meer dan zijn ziekte? Zijn er levens die niet, of uiteindelijk niet, te 'genezen' zijn? Behoort het niet tot de essentie van ons beroep als hulpverlener om, minstens verregaand, de hoop voor de patiënten te bewaren, desnoods plaatsvervangend? Hoop bevindt zich in het hart van de hulpverleningsrelatie (Moore 2005). We wijzen ten slotte op het belang van het nastreven van – desnoods minieme – ervaringen van zinvolheid en

betekenis, zoals het vergroten van menselijke verbondenheid, het ontwikkelen van een talent, het doen van iets betekenisvol. Hierbij kan de pijn van het geven omgekeerd worden, met de patiënt nu niet in de ontvangende, maar in de gevende positie. Hoe versterkend kan dit niet zijn voor de zelfwaardering, zo dikwijls erg gehavend.

Naast deze zorg in de dagelijkse praxis kan men ook op een expliciete wijze aandacht schenken aan de existentiële dimensie in de existentiële psychotherapie.

EXISTENTIËLE PSYCHOTHERAPIE

Deze therapie focust rechtstreeks op de existentiële thema's, de *ultimate concerns*: dood, vrijheid, eenzaamheid en zinloosheid (Yalom 1980).

Existentiële psychotherapie plaatst de menselijke conditie zelf in het brandpunt – in al zijn facetten. Men probeert een deur open te houden naar 'het bestaan' (Van Deurzen 2017). Het doel is niet een gelukkig leven, zonder problemen. Het leven is inherent uitdagend, moeilijk, met veel spanning en dit zal zo blijven, ook na therapie. Er bestaat geen behandeling voor het leven (Van Deurzen 2002). Het doel is wel patiënten te helpen ontdekken wat voor hen echt betekenisvol en van waarde is en bij het komen tot inzicht in de beperkingen en grenzen in hun levenssituatie, aangezien een eerlijke inschatting hiervan belangrijk is bij het proberen realiseren van een leven dat men als waardevol ervaart. Tegelijk kan het bewustzijn groeien dat men, ondanks obstakels en limieten, uiteindelijk wel over keuzemogelijkheden beschikt. Existentiële psychotherapie beoogt tevens het ontwikkelen van een meer zorgende, mededogende en begrijpende houding tegenover zichzelf (Cooper 2012).

Het is echter onze mening dat de existentiële dimensie niet geïsoleerd moet worden in een specifieke niche van de psychotherapie. Zij dient een aspect dient te zijn van elke reguliere hulpverlening, inclusief alle psychotherapie. Hiermee onderschrijven wij de stelling van Yalom (2009 p. 152), de vader van de existentiële psychotherapie, die stelt dat *'ieder goed opgeleide therapeut, die op gebied van allerlei therapeutische benaderingen thuis is en vaardigheden heeft, ook een ontvankelijkheid voor existentiële vraagstukken zou moeten ontwikkelen.'* Een mooi voorbeeld van deze ontvankelijkheid voor existentiële thema's in de cognitieve gedragstherapie wordt beschreven door Van Bruggen e.a. (2013).

Ten slotte

Kunnen we mensen schade berokkenen door hen niet te benaderen in hun volle omvang, de existentiële dimensie inbegrepen? We zijn getroffen geweest door de indringende klacht die we hoorden van patiënten: 'Ze zijn voortdurend met ons bezig, maar niemand ziet ons staan.'

Deze patiënten klaagden niet over de inertie van hun behandelaars, die waren druk bezig, maar toch: ‘niemand zag hen staan’. Hen zien staan: in hun volle zeilbreedte, met hun stoornis, hun lijden aan en onder de ziekte (Eneman & Sabbe 2006), met hun geschiedenis en vragen omtrent menselijke verbondenheid, met hun levensproject, in hun uniciteit. De klacht toont dat patiënten een te weinig brede scoop als een tekort ervaren, als een hun aangedaan onrecht. Daar komt een authentiek persoonsgerichte psychiatrie in het gedrang. Door zorg te dragen voor de mens in zijn meerdimensionaliteit kunnen we mensen die door een psychische stoornis of lijden ontwricht zijn, helpen om te komen tot een

nieuwe betekenis en waardigheid van hun bestaan en tot het herwinnen van eigen fierheid. Niet weinig patiënten slagen in het realiseren van - naar een woord van Nietzsche (1974 p. 8) – ‘*de alchemistentruc om vuil in goud om te zetten*’. Niet zelden zijn patiënten terecht trots op wat ze in hun leven toch hebben weten waar te maken, ondanks de tragiek in hun bestaan. In *De mythe van Sisyphus* betoogt Camus (1942 p. 168) dat het leven inderdaad een strijd is en tragisch, maar dat we ook een ongelofelijke kwaliteit en intensiteit van menselijke ervaring kunnen bereiken ondanks alle tragiek en imperfectie. ‘*Il faut imaginer Sisyphe heureux.*’

LITERATUUR

- Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1993; 16 (4): 11-23.
- Audenhove C van. Herstellen kan je zelf: hoopvol leven met een psychische kwetsbaarheid. Leuven: LannooCampus; 2015.
- Bruggen V van, Vos J, Bohlmeijer ET, Glas G. Over de plaats van existentiële thema's in cognitieve gedragstherapie. *Gedragstherapie* 2013; 46: 119-34.
- Camus A. *Le mythe de Sisyphe*. Essai sur l'absurde. Parijs: Gallimard; 1942.
- Cooper M. *The existential counselling primer*. Ross-on-Wye: PCCS Books; 2012.
- Decorte J, Braeckman T, Raymaekers B, Steegen B. *Fundamentele wijsbegeerte*. Leuven: Universitaire Pers Leuven; 2001.
- Deurzen E van. *Existential counselling and psychotherapy in practice*. (2de ed). Londen: Sage; 2002.
- Deurzen E van. *Existentiële psychotherapie en filosofische praktijk*. *Filosofie* 2017; 27: 8-13.
- Eneman M. *Mensmakende vragen*. Exploratie van de existentiële dimensie in de psychiatrie aan de hand van onderzoek naar demoralisatie bij patiënten met schizofrenie. [Proefschrift in de psychologie]. Leuven: KU Leuven; 2019. <https://lirias.kuleuven.be/2842911/limo=0>
- Eneman M, Sabbe BGC. Hopeloosheid bij patiënten met schizofrenie. Lijden aan en onder schizofrenie. *Tijdschr Psychiatr* 2006; 48: 373-82.
- Eneman M, Vanhee L, Liessens D, Luyten P, Sabbe B, Corveleyn J. Humanistic psychiatry and psychotherapy: listening to patients as persons in search of meaning. The case of schizophrenia. *J Humanist Psychol* 2019; 59: 148-69.
- Frankl VE. *De zin van het bestaan*. Een inleiding tot de logotherapie. Rotterdam: Ad. Donker; 1978.
- Ghaemi SN. Feeling and time: the phenomenology of mood disorders, depressive realism, and existential psychotherapy. *Schizophr Bull* 2007; 33: 122-30.
- Leriche R. De la santé à la maladie, la douleur dans les maladies, où va la médecine? *Encyclopédie Française VI*; 1936.
- Marai S. *Gloed*. Amsterdam: Wereldbibliotheek; 2000.
- Moore SL. Hope makes a difference. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2005; 12: 100-5.
- Nietzsche F. *The gay science*. New York: Vintage Books; 1974.
- Praag HM van. Zinverlies; een verwaarloosd onderwerp in de psychiatrie. *Tijdschr Psychiatr* 2010; 52: 705-14.
- Preti A. Do animals commit suicide? Does it matter? *Crisis* 2011; 32: 1-4.
- Ramsden E, Wilson D. The nature of suicide: science and the self-destructive animal. *Endeavour* 2010; 34: 21-4.
- Ratzinger J. *De kern van ons geloof*. Tiel: Lannoo; 2006.
- Rimbaud A. *Lettre à Georges Izambard*. 13 mai 1871.
- Schrank B, Slade M. Recovery in psychiatry. *Psychiatr Bull* 2007; 31: 321-25.
- Van Dale. *Groot woordenboek van de Nederlandse taal*. Utrecht/Antwerpen: Van Dale Lexicografie; 2015.
- Vanhooren S. *Jezus en Pilatus: Een fenomenologie van lijden en verrijzen*. In: De Saeger L, Merrigan T, red. *Die geleden heeft onder Pontius Pilatus: God en/in het lijden van mensen*. Antwerpen: Halewijn; 2017. pp. 143-55.
- Yalom ID. *Existential psychotherapy*. New York: Yalom Family Trust; 1980.
- Yalom ID. *Love's executioner and other tales of psychotherapy*. Londen: Penguin Books; 1989.
- Yalom ID. *Tegen de zon in kijken*. Doodsangst en hoe die te overwinnen. Amsterdam: Balans; 2009.
- Yalom ID, Elkin G. *Every day gets a little closer: a twice-told therapy*. New York: Basic Books; 1974.
- Wagner LC, King M. Existential needs of people with psychotic disorders in Pôrto Alegre, Brazil. *Br J Psychiatry* 2005; 186: 141-5.

SUMMARY

Il faut imaginer Sisyphe heureux.

The special position of the existential dimension in humanistic psychiatry

M. ENEMAN, B.G.C. SABBE, J. CORVELEYN

- BACKGROUND** The models used in theoretical and practical psychiatry mostly encompass, with varying accents, the biological, psychological and social dimension. However, humanistic psychiatry concerns the existence as a whole. What about the care for the existential dimension?
- AIM** To explore and to describe the existential dimension in psychiatry as containing the biopsychosocial aspects and continuously in interaction with them.
- METHOD** Personal reflection of three senior authors, also in exchange with authors who have accompanied us during our professional life.
- RESULTS** The existential dimension should be included as a special, encompassing dimension in the models used in psychiatry. In humanistic psychiatry every intervention, whether biomedical or psychosocial, should be situated in an existential perspective. Care for the existential dimension surpasses the dichotomy biomedical-psychosocial.
- CONCLUSION** Not respecting the existential dimension induces shortcomings towards patients and harms a truly humanistic psychiatry.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)2, 141-147

KEY WORDS biopsychosocial, existential, Frankl, humanistic, meaning and purpose