

# Psychisch lijden vereist een klinische houding van ontmoeting; een beschouwend essay

J.J. van Os

- Achtergrond** Psychisch lijden vormt het hart van de psychiatrische praktijk, maar wordt vaak benaderd in termen van stoornis, defect of symptoom. Daarmee raakt de ervaring zelf uit beeld.
- Doel** Verkennen hoe psychisch lijden opnieuw verstaan kan worden als menselijke ervaring in context, en wat dat vraagt van de klinische houding.
- Methode** Beschouwend essay op basis van literatuur, filosofische reflectie en klinische ervaring.
- Resultaten** Psychisch lijden verschijnt niet als breindefect, maar als ontregeling van menselijke samenhang: belichaamd, affectief, relationeel en temporeel. Het manifesteert zich wanneer de natuurlijke samenhang tussen verleden, heden en toekomst stopt, en de mens zijn plaats in de wereld tijdelijk verliest. Lijden is contextueel ingebed – in lichaam, biografie, relaties en samenleving – en kan zich uiten als machtig, dwingend of ondoorgroendelijk. Niet al het lijden is transparant of betekenisvol, maar elk lijden vraagt om nabijheid en verstaan. De klinische ontmoeting is een gedeelde hermeneutische ruimte waarin ervaringskennis en professionele kennis elkaar aanvullen en corrigeren.
- Conclusie** Psychisch lijden vraagt geen reparatie, maar erkenning; geen reductie, maar aanwezigheid en dialoog. Een klinische houding van luisteren, resonantie en coverdraagbaarheid – eerder verstaan dan verklaren – maakt ruimte voor herstel van samenhang, betekenis en menselijkheid.

De dominante manier waarop in de psychiatrie en geneeskunde naar psychisch lijden wordt gekeken, is nog altijd overwegend medisch en reducerend. Binnen dat kader verschijnt lijden als symptoom, als signaal van een pathologische stoornis of als ‘probleem’ dat moet worden opgelost. Daarmee verdwijnt iets wezenlijks uit beeld: de ervaring zelf, de dynamiek van lijden als menselijke toestand.

## Psychisch lijden als uitgangspunt voor de klinische ontmoeting

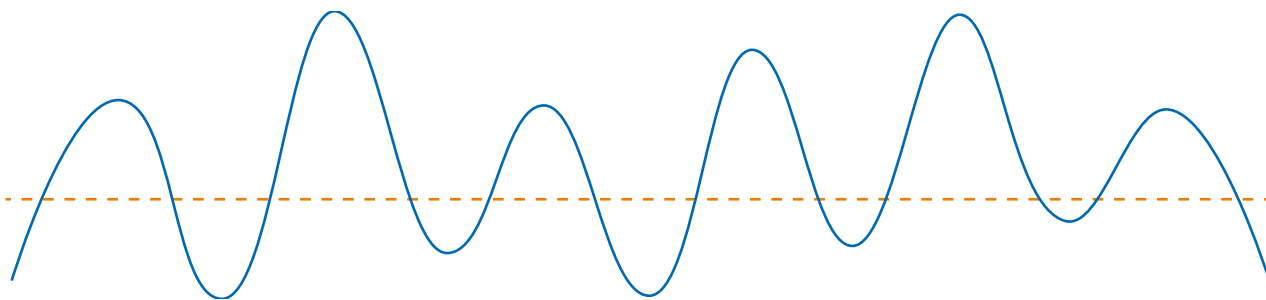
Een zoekopdracht in PubMed met ‘suffering’ in de titel en ‘mental’ of ‘psychiatric’ ergens in de tekst levert ongeveer 1700 artikelen op, waarvan minder dan 10 met relevantie voor de ervaring van lijden – een opmerkelijk klein aantal in verhouding tot de miljoenen publicaties over psychische stoornissen. Nog opvallender is dat geen van die 10 artikelen diepgaand ingaat op de aard of fenomenologie van psychisch lijden zelf. De focus ligt vrijwel altijd op *kaders* waarbinnen lijden moet worden begrepen of beoordeeld, bijvoorbeeld in de context van medische beslissingen of euthanasie, maar niet op het perspectief van degene die lijdt. Parra Jounou en collega’s stellen dat ‘suffering is a hostage of healthcare

*professionals’ authority*’: het begrip is ‘gekaapt’ door de medische professie en ontdaan van zijn menselijke grond. Het wordt beoordeeld in termen van observatie, meetbaarheid en beslisbaarheid – vooral in situaties waarin de vraag naar ‘ondraaglijk lijden’ juridische betekenis heeft, zoals bij euthanasie. Zo ontstaat een paradox: het spreken over lijden gebeurt ‘voor de patiënt, maar zonder de patiënt.’<sup>1</sup> Terwijl de medische literatuur dus vooral worstelt met de definitieve status van lijden, bestaat er in de filosofie juist een traditie waarin de ervaring zelf centraal staat. Filosofen als Kierkegaard, Ricoeur, Merleau-Ponty, Buber en Levinas hebben lijden beschreven als existentiële, relationele of belichaamde breukervaring. In **tabel 1** geef ik een beknopt overzicht van enkele van deze perspectieven. Ze bieden een rijk palet aan inzichten: over betekenisverlies, vervreemding, de pijn van niet-samenvallen met jezelf, of de oproep van de ander in het gelaat van diens lijden, maar ze zijn niet direct bruikbaar binnen het gangbare klinische kader van psychiatrie, psychologie en neurowetenschappen. Vanuit de ervaringsdeskundigheid is er de laatste decennia een beweging ontstaan die lijden opnieuw wil inschrijven in de menselijke ervaring. Auteurs als

**Tabel 1. Filosofisch-klinische perspectieven op psychisch lijden**

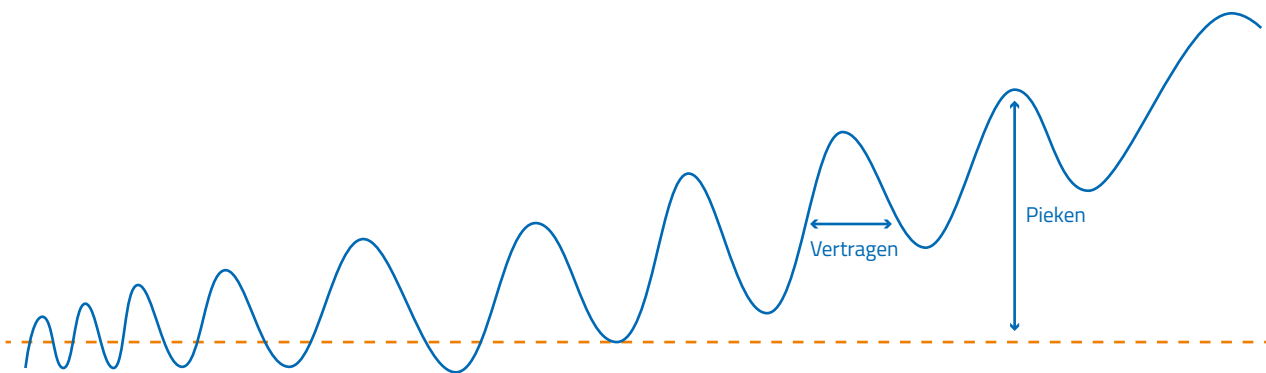
Denker	Kernidee over lijden/bewustzijn	Relevantie voor klinisch verstaan van psychisch lijden
Karl Jaspers (1883-1969)	Psychopathologie begint bij Verstaan van de innerlijke beleving, niet bij objectivering.	Lijden vraagt om fenomenologisch begrijpen in plaats van verklaren; therapeut als luisterende getuige.
Paul Ricoeur (1913-2005)	Onderscheid tussen pijn (lichamelijk) en lijden (existentieel verlies van handelingsvermogen en betekenis). Lijden breekt de continuïteit van het narratief zelf.	Therapie als narratieve coconstructie; herstel van handelingszin en identiteit door verhalen opnieuw te verbinden.
Søren Kierkegaard (1813-1855)	Lijden als wanhoop: de pijn van het niet samenvallen met jezelf, existentiële vervreemding.	Lijden onthult vrijheid en verantwoordelijkheid; klinisch helpt dit om lijden te zien als weg naar authenticiteit i.p.v. als een defect.
Maurice Merleau-Ponty (1908-1961)	Bewustzijn is belichaamde intentionaliteit: we ervaren de wereld via ons lichaam.	Psychisch lijden is een verstoring van het belichaamde zijn-in-de-wereld; herstel vraagt lichamelijke en zintuiglijke heroriëntatie.
Martin Buber (1878-1965)	Menselijk bestaan voltrekt zich in relaties. In de Ik-Hetrelatie wordt de ander tot object gemaakt; in de Ik-Jijrelatie verschijnt de ander als uniek en onherleidbaar. Lijden verdiept zich wanneer iemand structureel niet meer als Jij wordt ontmoet.	Herstel vraagt om een echte ontmoeting waarin de patiënt niet wordt gereduceerd. De therapeutische relatie is geen techniek, maar een relationele gebeurtenis waarin wederkerigheid en aanwezigheid centraal staan.
Eugène Minkowski (1885-1972) (gebaseerd op Henri Bergson (1859-1941))	Lijden als verlies van élan vital – de vitale stroom van innerlijke tijd en beweging.	Depressie of psychose als stilvallen van temporele vitaliteit; herstel betekent heropenen van tijdservaring en toekomstgerichtheid.
Emmanuel Levinas (1906-1995)	De Ander verschijnt in het gelaat als ethische ontregeling: we worden aangesproken, uit onszelf gehaald.	Lijden onthult afhankelijkheid en verantwoordelijkheid; klinische ontmoeting als asymmetrische ethische gebeurtenis, niet symmetrisch 'responsief'.
Arthur Kleinman (1941)	Onderscheid disease vs. illness: lijden is altijd cultureel en moreel ingebed.	Psychisch lijden vraagt om sociaal en moreel verstaan, niet enkel klinische classificatie.
Thomas Fuchs (1958)	Lijden als verstoring van tijdservaring en affectieve afstemming op de wereld.	Depressie: verlies van toekomstgevoel; klinische focus op hernieuwde affectieve resonantie.
Hannah Arendt (1906-1975)	Menselijk handelen is altijd gesitueerd in een publieke, politieke ruimte.	Psychisch lijden is niet enkel individueel, maar ook maatschappelijk bepaald – contextueel begrijpen voorkomt pathologisering.
Arthur Frank (1949)	Lijden breekt narratieven; herstel begint met een nieuw gedeeld verhaal.	Het klinisch gesprek als ruimte voor hervertelling – de patiënt als verteller i.p.v. als object.
Atoine Mooij (1944)	Lijden is niet primair een symptoom, maar een bestaansfeit, een relationeel en betekenisvol verschijnsel dat hoort bij mens-zijn. Het ontstaat doordat de mens zichzelf kan bezien en beoordelen, en daardoor vast kan lopen in zelfbeoordeling.	Voor de psychiatrie betekent dit dat lijden niet mag worden gereduceerd tot een storing of defect dat gerepareerd moet worden. Hij pleit voor een existentieel en relationeel verstaan van psychisch lijden
Henricus Cornelius Rümke (1893-1967)	Lijden als een wezenlijk aspect van de menselijke existentie, dat niet losstaat van persoonlijkheid. Hij sprak over het 'existentieel tekort' – de ervaring van gemis en ontoereikendheid die eigen is aan mens-zijn; en 'verstoorde resonantie' tussen de persoon en zijn wereld.	De arts moet leren meetrillen met het lijden van de patiënt om het te verstaan. Deze empathische resonantie is geen sentiment, maar een vorm van professioneel verstaan – de basis van elke betekenisvolle therapeutische relatie.
Arie Janse de Jonge (1917-1965)	Psychisch lijden als een crisis in de persoonlijke samenhang – het moment waarop de mens zichzelf en zijn wereld niet meer begrijpt. Lijden is voor hem een proces van desintegratie en heroriëntatie van betekenis.	Psychiatrische zorg moet niet in de eerste plaats herstellen, maar hermeneutisch begeleiden: samen zoeken naar zin in desintegratie.

**Figuur 1A. Afwezigheid van psychisch lijden als staat van dynamisch emotioneel evenwicht**



Emotionele beweging naar een positieve of een negatieve staat wordt altijd gevolgd door een beweging terug in de richting van de uitgangswaarde (grondlijn).<sup>5</sup>

**Figuur 1B. Psychisch lijden als staat van emotionele disbalans**



De normale emotionele golfbeweging piekt en de beweging terug in de richting van de uitgangswaarde (grondlijn) vertraagt.<sup>5</sup>

Boevink en Kusters beschrijven het niet alleen als iets dat geëlimineerd moet worden, maar ook als een ervaring die een rol speelt bij het leerproces van herstel en betekenisgeving.<sup>2,3</sup> Dat perspectief is ook terug te vinden in het CHIME-D-model van herstel, waarin de *D* – van *distress* of *difficulty* – pas later is toegevoegd om juist die pijnlijke, onregelende ervaring te erkennen als integraal onderdeel van de *lived experience* van lijden en herstel.<sup>4</sup>

In het boek *We zijn God niet deden* Myrre van Spronsen en ik een poging om psychisch lijden te beschrijven als een dynamisch proces.<sup>5</sup> Lijden werd daarin, naar Karl Jaspers, opgevat als een grenservaring, een verstoring van het zelfregulerende evenwicht van het mentale, die vraagt dat we verdragen, maar ook dat we in beweging komen.<sup>6</sup> Dat perspectief is ontstaan op het snijvlak van filosofische reflectie, ervaringskennis en klinische praktijk.<sup>7</sup>

In dit essay vindt u een kortere en meer geconcentreerde versie van die verkenning. Het doel is niet om een uitputtende theoretische beschrijving te geven, maar om bij te dragen aan een taal en een attitude waarin het gesprek over psychisch lijden gevoerd kan worden op het niveau van de ervaring zelf.

### De aard van psychisch lijden en bewustzijn

Om psychisch lijden werkelijk te begrijpen – en dus ook klinisch zinvol te kunnen benaderen – moeten we het niet alleen zien als stoornis, maar ook als bewustzijns-

ervaring. Een ervaring waarin iets niet klopt, waarin het vanzelfsprekende zijn-in-de-wereld hapert, en waarin de toekomst – normaal gesproken een impliciete belofte – wegvalt. Psychisch lijden is daarmee niet een storing in bewustzijn, maar een veranderde, verstoorde of vastgelopen toestand van bewustzijn. En dat maakt het tegelijkertijd intrusief, existentieel, én relationeel. Zoals elders beschreven, is bewustzijn de ervaring *dat we ervaren*. Het is de plek waar gevoel, waarneming, betekenis en zelfbeleving samenkomen. Deze ervaring heeft een structurele dubbelheid: we zijn iets aan het voelen, denken of meemaken, en we kunnen ons daar tegelijk toe verhouden. Die dubbele laag – het ervaren én het beseft van dat ervaren, beschreven door Plessner en in navolging van hem door Fuchs – maakt dat we betekenis kunnen toekennen, afstand kunnen nemen, maar ook kunnen vastlopen in een zelfbeleving die dwingend en ontwrichtend is.<sup>5,8,9</sup>

Denkers als Damasio en Solms wijzen erop dat gevoel en emotie wellicht de kern vormen van bewustzijn.<sup>10,11</sup> Niet cognitie, niet waarneming, maar affect – de innerlijke gevoelsstroom die zegt: dit klopt wel of niet, dit voelt veilig of bedreigend, dit doet pijn of het troost. Zoals elders beschreven, begeleiden emoties ons voortdurend bij het afstemmen op een toekomst die nog niet is, maar die voortdurend geanticipeerd wordt. In gezonde zelfregulatie is er een vloeiende beweging tussen pieken

en terugkeer naar de grondlijn; psychisch lijden is het moment waarop die beweging stopt, vertraagt of piekt zonder terugkeer. De persoon blijft hangen in een toestand waarin de toekomst is afgesneden – en dát is een centrale ervaring van lijden (zie **figuur 1**).<sup>5</sup>

Het voorspellende breinmodel sluit hier goed bij aan.<sup>12</sup> In dit model is het brein een predictiemachine die voortdurend probeert de kloof te verkleinen tussen wat het verwacht en wat het ervaart. Wanneer die kloof – *prediction error* – te groot wordt, en niet goed meer bijgesteld kan worden, kan lijden ontstaan. Emoties functioneren dan als signalen van *mismatch*: angst, somberheid, wanhoop als uitingen van een verstoorde afstemming op de wereld. Vanuit dit model is psychisch lijden niet een ‘defect’, maar een noodkreet van een systeem dat zijn balans kwijt is.<sup>13</sup>

Vanuit fenomenologische perspectieven wordt bewustzijn gezien als belichaamd, temporeel en relationeel.<sup>14-16</sup> Thomas Fuchs beschrijft depressie als een aandoening van tijdservaring: de wereld verliest zijn belofte, de tijd wordt stroperig, het lichaam zwaar.<sup>15</sup> Deze temporaliteit is essentieel: de ervaring van psychisch lijden is vaak een ervaring van het wegvallen van de toekomst. Als de dynamiek van emotie en anticipatie stopt, verliest de mens het gevoel van oriëntatie. Niet alleen ‘ik voel me slecht’, maar: ‘ik weet niet meer waarheen, waarom, waartoe.’ De beweging komt tot stilstand. Herstel begint daarom vaak niet met het reduceren van symptomen, maar met het opnieuw tot beweging brengen van het gevoelsleven – met het heropenen van een toekomstperspectief.<sup>5</sup>

Daarnaast is bewustzijn ook relationeel. Levinas stelt dat het zelf ontstaat in de ontmoeting met de ander – dat onze ervaring van onszelf altijd mede geconstrueerd wordt in het appel van de ander.<sup>17</sup> Psychisch lijden is dan ook vaak een ervaring van isolement, gemis aan echte ontmoeting. Maar psychisch lijden is niet alleen ander-relatieel, het is ook zelf-relatieel: juist omdat bewustzijn altijd ook een reflectieve component heeft, dwingt het lijden ons tot een verhouding met onszelf – een verhouding die scheefgroeit, omdat het lijden zich als machtige en dwingende aanwezigheid opdringt, zonder dat het ‘ik’ daar altijd greep op heeft. De kwalificatie van machtig en dwingend is generiek, ongeacht de vorm van psychisch lijden: de ervaring van *craving* bij verslaving is dwingend net zoals de ervaring van stemmen, angst, de doodswens, anorexia en dwang dat zijn.<sup>5</sup> Wat wij ‘bewustzijn’ noemen, is de levende manifestatie van deze verhoudingen (tijd, zelf en ander); lijden toont zich als een verschuiving in die manifestatie. De klinische houding die hieruit volgt, is dus niet gebaseerd op het benoemen van ‘defecten’, maar op het herkennen van verstoringen in de relationele, temporele en affectieve lagen van bewustzijn.

### De contexten van psychisch lijden

Psychisch lijden ontstaat niet in het luchtledige. Het is geen geïsoleerde storing bij een individu, maar een

ervaring die altijd ingebed is in context: relationeel, sociaal, existentieel, lichamelijk en historisch.

**Existentiële context.** De eerste en misschien wel meest fundamentele context is de existentiële. Psychisch lijden is vaak een signaal dat het zelf geen zin meer kan vinden in zijn bestaan. Zoals Yalom schrijft, komt elk mens vroeg of laat oog in oog te staan met de vier existentiële pijlers: dood, vrijheid, zinloosheid en eenzaamheid. Als die pijlers instorten, stopt het levensverhaal. De persoon voelt zich niet meer in beweging naar een toekomst, maar verdwaald in een niemandsland van betekenisloosheid.<sup>18</sup> Verbinding is hierbij cruciaal. Een bestaan wordt pas werkelijk dragend wanneer het gedeeld wordt. Psychisch lijden ontstaat of verergert wanneer iemand zich niet (meer) verbonden weet – met geliefden, met een gemeenschap, met een groter geheel.<sup>5</sup>

**Relationele context.** Dan is er de relationele context – zowel in relatie tot anderen als tot het zelf. Veel psychisch lijden wortelt in intermenselijke breuken: trauma, verlating, verwaarlozing, gebrek aan erkenning. Maar ook in zelfrelaties waarin schaamte, afwijzing of dissociatie de boventoon voeren. Ons zelfgevoel is geen neutrale constante, maar ontstaat uit een voortdurende stroom van lichamelijke en zintuiglijke feedback die positief of negatief gekleurd raakt door ervaringen uit het verleden. Wanneer die stroom wordt vermengd met afwijzing, ontstaat een ondergrond van zelfhaat, met alle gevolgen van dien voor het psychisch functioneren.<sup>5</sup>

**Lichamelijke context.** Deze is evenzeer van belang. Het lijden manifesteert zich niet alleen in het hoofd, maar ook in het lichaam – zoals Bessel van der Kolk laat zien.<sup>19</sup> Het lichaam is geen object dat we hebben, maar een subjectieve bron van bewustzijn. Als het lichaam wordt geobjectiveerd of gemarginaliseerd, raken we onszelf kwijt – soms letterlijk, in de vorm van zelfafwijzing, lichaamsdissociatie of destructieve copingstrategieën.<sup>5</sup>

**Maatschappelijke context.** Ook de maatschappelijke context verdient aandacht. In een neoliberal tijdsgewricht waarin succes, snelheid en prestatie centraal staan, wordt psychisch lijden al snel gereduceerd tot individueel falen.<sup>20</sup> Maar veel lijden is sociaal bepaald: het product van structurele ongelijkheid, uitsluiting, prestatiedruk en eenzaamheid. In die zin is psychisch lijden niet zelden een vorm van maatschappelijk protest dat ten onrechte wordt gepathologiseerd. Scull heeft laten zien hoe psychiatrie op die manier soms onbedoeld de samenleving uit de wind houdt door de pijn te individualiseren.<sup>21</sup>

**Historische context.** De historische context van het individu zelf – de biografie – is uiteraard eveneens cruciaal. Pijn van vroeger steekt vaak opnieuw de kop op in tijden van ontregeling. De herbeleving van oude kwetsuren, triggers of vergeten trauma's is een veelvoorkomende bron van psychisch lijden. Dit bevestigt het belang van traumageïnformeerde zorg, waarin niet de diagnose, maar de levensgeschiedenis centraal staat.

**Leefstijlcontext.** Tot slot is er de leefstijlcontext: voeding, slaap, beweging, digitale overbelasting, middelenge-

bruik en het 'kortsluiten' van het beloningssysteem door snelle kicks. We leven in een aandachtseconomie waarin jongeren structureel worden losgeweekt van natuurlijke bronnen van beloning en verbondenheid. Dit creëert een broedplaats voor lijden dat niet individueel, maar systemisch is.<sup>22</sup>

Kortom: psychisch lijden is contextueel. Wie lijdt, lijdt nooit alleen in zijn hoofd – maar altijd ook in relatie tot verleden, lichaam, anderen, systeem en samenleving. Een klinische houding die dit erkent, biedt een attitude waarmee het lijden verstaan kan worden zoals het werkelijk beleefd wordt – niet als defect, maar als ontregeling binnen een veelheid van levenslagen.

### De psychologie van psychisch lijden: dwingend, machtig en dialogisch

Zoals eerder uiteengezet, heeft psychisch lijden een dwingend karakter. Het vraagt iets – soms schreeuwt het. Niet zelden ervaart iemand het als een macht buiten zichzelf: een innerlijke stem die gebiedt, een gevoel dat zich opdringt, een gedachte die zich eindeloos herhaalt. In die zin is psychisch lijden niet enkel een object van waarneming, maar een subjectieve kracht waarmee men een relatie heeft.

Deze relatie is zelden neutraal. Psychisch lijden eist mentale ruimte op, overspoelt andere ervaringen en bepaalt het perspectief. Het is machtig: het kan bepalen wat je doet, wat je denkt, waar je op focust, wat je vermijdt. Psychose is hier een extreme vorm van: het moment waarop de innerlijke ervaring volledig wordt geëxternaliseerd, wanneer de stemmen niet meer innerlijk worden herkend ('ik ben waardeloos'), maar als externe entiteiten worden beleefd ('jij bent waardeloos'). Maar ook in minder extreme vormen van lijden zien we deze externalisatie. Angst, depressie, verslaving, zelfafwijzing – telkens voelt het alsof er iets is dat van buitenaf regeert over het innerlijke leven.

Tegelijkertijd is lijden ook dialogisch: de mens heeft geen directe controle over zijn ervaring, maar wél over zijn verhouding ermee.<sup>5</sup> Hier komt het boeddhistische perspectief binnen: lijden is niet alleen pijn, maar ook de strijd tegen de pijn. De weerstand, de angst, de verkramping – dát maakt de ervaring ondraaglijk. De innerlijke matroesjka van verzet, oordeel en paniek. In die zin is de therapeutische opgave vaak: niet het lijden wegmaken, maar de relatie ermee verschuiven.

Deze relatie is vaak gevormd door eerdere relaties – met ouders, opvoeders, partners. Daarom is het zinvol – en noodzakelijk – om het psychisch lijden te begrijpen als een relationeel fenomeen: de macht van het lijden weerspiegelt vaak een eerdere machtsverhouding met een ander. Dit vraagt om psychologisch luisteren met een biografisch oor.

Een tweede belangrijk kenmerk van psychisch lijden is de ervaring van onvrijheid. Mensen zeggen: 'Ik móet dit doen', 'ik kán dit niet laten', 'ik mag dit niet denken.' Of het nu gaat om dwang, verslaving, stemmen, zelfverachting of angst – telkens is er sprake van innerlijke drang.

Dit maakt lijden niet alleen zwaar, maar ook existentieel: het tast het zelfbeschikkingsrecht aan.

Psychisch lijden is ook eenzaam. Het is vaak onzichtbaar en onuitlegbaar. Je kunt het niet aanwijzen, niet scannen, niet bewijzen. Je kunt het nauwelijks delen, want de ander begrijpt het meestal niet – of wil het soms niet begrijpen.

Een belangrijk therapeutisch antwoord op deze eenzaamheid is het principe van coverdraagbaarheid: lijden wordt dragelijker als het gedeeld wordt. Niet als medelijden, maar als gedeelde aanwezigheid. Dat is de kracht van de therapeutische relatie – of van ervaringsdeskundigheid.

Tot slot is psychisch lijden vaak een beweging op de as *verdragen-verzet*. Soms lukt het om het lijden toe te laten, het te observeren, ermee te zijn. Maar vaak wint het verzet: de wil om het kwijt te raken, het te onderdrukken, te bevechten. Deze dynamiek is niet verkeerd, maar vraagt om bewustzijn. Verzet kan het lijden versterken door de machtsas nog verder scheef te trekken. De paradox is dus: pas als je het lijden erkent, stopt het met schreeuwen. De persoon hoeft dan niet 'sterk' te zijn, maar beschikbaar.<sup>5</sup>

De psychologie van psychisch lijden leert ons dus: lijden is niet alleen een innerlijke toestand, maar ook een relationele en morele ervaring. Het spreekt tot ons, eist iets van ons, en plaatst ons in een verhouding tot onszelf (zelfrelationeel). Een klinisch raamwerk dat dit erkent, zoekt niet naar eliminatie, maar naar verheldering van de verhouding – en naar herbezinning op wat verdragen, loslaten of transformeren betekent. Het maakt ruimte voor de vraag: hoe leef jij met dat wat jou leeft?

### Conclusie: lijden als gedeelde hermeneutische ruimte

Het risico bij het spreken over psychisch lijden is dat we, in een poging de ervaring centraal te stellen, een 'straw man' creëren: alsof er werkelijk iemand zou beweren dat ervaring niet belangrijk is. In de praktijk is de spanning subtieler. De vraag is niet óf de ervaring van de patiënt ertoe doet, maar hoe die ervaring kan blijven ademen binnen een klinische ontmoeting die óók gestoeld is op professionele kennis, klinische redenering en wetenschappelijke kaders.

Het is precies in die spanning – tussen het geleefde en het geleerde, tussen ervaring en expertise – dat de ontmoeting haar betekenis krijgt. Niet door dat verschil uit te wissen, maar door het te dragen. De klinische ontmoeting is, zoals Levinas zou zeggen, een asymmetrische gebeurtenis: de ander verschijnt niet als object van kennis, maar als ethisch appel.<sup>17</sup> Tegelijkertijd is die ontmoeting, in de geest van Jaspers, ook een *Verstehen*: een fenomenologisch verstaan dat zich onderscheidt van *Erklären*, het verklaren in termen van oorzaken. De arts of therapeut beweegt dus voortdurend tussen twee houdingen – verklarend en begrijpend – en de kunst is juist om die beweging niet te reduceren, maar vruchtbaar te maken.<sup>6</sup>

Nederlandse denkers als Rümke, Janse de Jonge en Mooij hebben dat vroeg onderkend.<sup>23-25</sup> Rümke sprak over de noodzaak van professionele resonantie – het vermogen van de arts om ‘mee te trillen’ met het lijden van de patiënt zonder erin te verdwijnen. Janse de Jonge zag lijden als een crisis in de persoonlijke samenhang, een desintegratie die om hermeneutische begeleiding vraagt, niet om technische reparatie. En Mooij herinnerde ons eraan dat lijden geen symptoom is, maar een bestaansfeit – een relationele ontregeling die alleen verstaan kan worden in dialoog.

Vanuit dat perspectief wordt de ontmoeting tussen patiënt en clinicus geen fusie van perspectieven, maar een gedeelde ruimte van betekenisgeving waarin beide werelden zich tot elkaar verhouden en elkaar corrigeren. De expert voegt niet volledig in in het perspectief van de patiënt, en de patiënt niet in dat van de expert; wat zich tussen hen vormt, is een derde mogelijkheid: een hermeneutische ruimte waarin ervaring en kennis elkaar wederzijds vertalen.

Daarin kan ook recht worden gedaan aan het tweede punt van kritiek: dat niet al het lijden transparant of betekenisvol is. Er bestaan inderdaad vormen van lijden die zich onttrekken aan interpretatie – de ‘fysiologische stormen’ van paniek, dwang of delier. Maar juist dan blijft de taak van de clinicus om nabij te blijven, niet om betekenis te produceren, maar om aanwezig te blijven bij het ontbreken ervan. En volgens Viktor Frankl wordt ondragelijk lijden lichter als iemand er betekenis aan leert verbinden, via wat je doet en maakt, via liefde, of door bewust te kiezen voor een waardige houding tegenover pijn die je niet kunt vermijden.<sup>26</sup>

Zo wordt psychisch lijden niet gereduceerd tot defect, maar evenmin verheven tot iets wat altijd betekenis draagt. Het is een verschijnsel dat zich uitdrukt in de breuk tussen betekenissen, in het falen van samenhang, en dat daarom vraagt om een houding van bescheiden hermeneutiek.<sup>27</sup> Zoals Jaspers al schreef: verklaren is nodig om te weten wat er gebeurt, maar verstaan is nodig om mens te blijven.<sup>6</sup>

## LITERATUUR

- 1 Parra Jounou I, Delgado J, Blanc S, e.a. ‘Suffering is a hostage of healthcare professionals’ authority’: shifting to a patient-centered definition. *Am J Bioeth* 2025; 25: 40-2.
- 2 Boevink W. *Lijfsbehoud, levenskunst en lessen om van te leren: HEE-gesch(r)ift*. Utrecht: Trimboos-instituut; 2009.
- 3 Kusters W. *Filosofie van de waanzin: fundamentele en grensoverschrijdende inzichten*. Rotterdam: Lemniscaat; 2014.
- 4 Stuart SR, Tansey L, Quayle E. What we talk about when we talk about recovery: a systematic review and best-fit framework synthesis of qualitative literature. *J Ment Health* 2017; 26: 291-304.
- 5 van Spronsen M, van Os J. We zijn God niet. Een pleidooi voor een nieuwe psychiatrie van samenwerking. Amsterdam: Lannoo-Campus; 2021.
- 6 Jaspers K. *Algemene Psychopathologie: ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen*. Berlin: Springer; 1913.
- 7 van Os J. Een relationeel-contextueel kader voor lijden en behandelen in de geneeskunde? *Nederlands Tijdschrift voor Revalidatiegeneeskunde* 2024. <https://www.revalidatie.nl/ntr/een-relatieel-contextueel-model-van-lijden-en-behandelen-voor-de-geneeskunde/>
- 8 Plessner H. *Die Stufen des Organischen und der Mensch: Einleitung in die philosophische Anthropologie*. Berlin: de Gruyter; 1928.
- 9 Fuchs T. Are mental illnesses diseases of the brain? In: Choudhury S, Slaby J, red. *Critical neuroscience: A handbook of the social and cultural contexts of neuroscience*. Hoboken: Wiley Blackwell; 2012. pp. 331-44.
- 10 Damasio AR. *The feeling of what happens: body and emotion in the making of consciousness*. [1st ed.]. New York: Harcourt Brace; 1999.
- 11 Solms M. *The hidden spring: a journey to the source of consciousness*. Londen: Profile Books; 2022.
- 12 Friston K. The free-energy principle: a unified brain theory? *Nat Rev Neurosci* 2010; 11: 127-38.
- 13 Clark A. *Surfing uncertainty: prediction, action, and the embodied mind*. Oxford: Oxford University Press; 2016.
- 14 Merleau-Ponty M. *Phenomenology of perception*. [vert. Landes DA]. Abingdon: Routledge; 1962.
- 15 Fuchs T. *Ecology of the brain: the phenomenology and biology of the embodied mind*. Oxford: Oxford University Press; 2018.
- 16 Minkowski E. *Le temps vécu. Études phénoménologiques et psychopathologiques*. Parijs: Presses Universitaires de France; 2013.
- 17 Levinas E, Bloechl J. *The face of the other and the trace of God: Essays on the philosophy of Emmanuel Levinas*. New York: Fordham University Press; 2000.
- 18 Yalom ID. *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books; 1980.
- 19 Van der Kolk BA. *The body keeps the score: brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York: Penguin Books; 2014.

De overige literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.

## AUTEUR

**Jim van Os**, hoogleraar Psychiatrie en voorzitter Divisie Hersenen, UMC Utrecht.

### Correspondentie

Prof. dr. Jim van Os (j.j.vanos-2@umcutrecht.nl).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 14-1-2026.

### Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2026;68(04):189-194