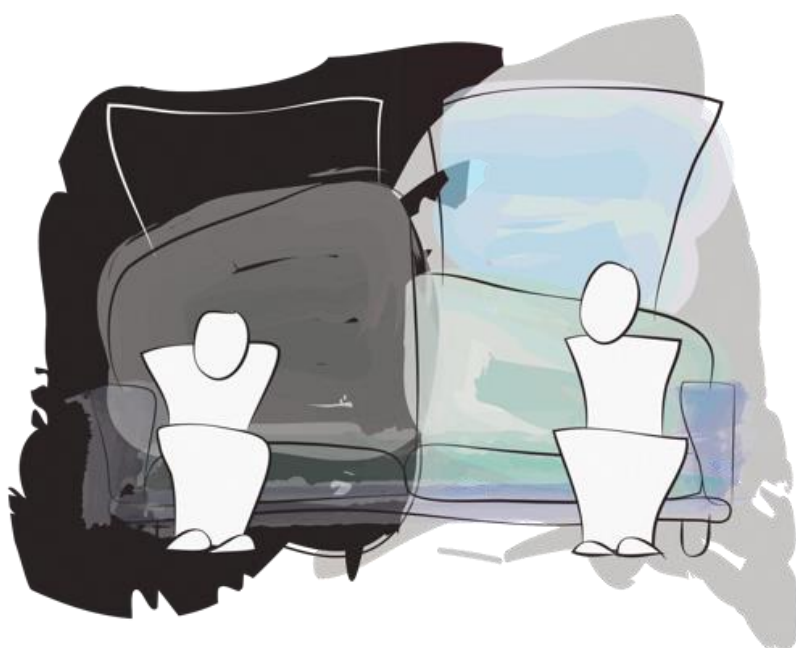


What is or what ought to be?

Hoe het idee van 'vermogen tot lijden' van Viktor Frankl toegepast kan worden in de
behandeling voor mensen met een depressieve stoornis

Marinde van Egmond



Afstudeeronderzoek master Humanistiek

Utrecht, 20 november 2015

Universiteit voor Humanistiek

Begeleider: prof. dr. Gerty Lensvelt-Mulders

Rector magnificus

Hoogleraar Wetenschapstheorie, methodologie en onderzoeksleer

Meelezer: prof. dr. Arjan Braam

Bijzonder hoogleraar Psychiatrie en levensbeschouwing

Algemeen Afstudeercoördinator: dr. Wander van der Vaart

Universitair hoofddocent Onderzoeksmethodologie

Themaleider Wetenschapstheorie, methodologie en onderzoeksleer

Student: Marinde van Egmond

URL: <https://nl.linkedin.com/in/marindevanegmond>

Illustratie voorblad: Aline de Jonge

Voorwoord

Voor u ligt mijn masterthesis: *What is or what ought to be? Hoe het idee van 'vermogen tot lijden' van Viktor Frankl toegepast kan worden in de behandeling voor mensen met een depressieve stoornis*. Dit onderzoek is uitgevoerd ter afronding van de master Humanistiek aan de Universiteit voor Humanistiek in Utrecht. Voordat ik deze studie begon heb ik de bachelor Klinische en gezondheidspsychologie aan de Universiteit Utrecht afgerond. In mijn masterthesis wilde ik vanwege mijn interesse in beide disciplines, zowel psychologische als humanistische vraagstukken laten samenkomen. Verder heb ik de visie van Viktor Frankl op de zin van het bestaan als bijzonder inspirerend ervaren, terwijl ik ook enige bedenkingen bij zijn werk had. Een combinatie van bovenstaande is aanleiding geweest voor het onderwerp van deze thesis.

Het lezen van dit onderzoek is aan te bevelen voor behandelaars in de geestelijke gezondheidszorg; mensen die ervaring hebben met depressie (in hun omgeving); of andere geïnteresseerden; die meer willen weten over hoe zingeving een rol kan spelen bij lijden, in het bijzonder bij een depressie.

Graag wil ik alle mensen bedanken die als respondent aan dit onderzoek hebben deelgenomen, en met hun ervaringen een onmisbare bijdrage aan mijn onderzoek hebben gegeven. Verder wil ik prof. dr. Gerty Lensvelt-Mulders en dr. Arjan Braam bedanken voor het meedenken en begeleiden van mijn onderzoek. Ook geef ik veel dank aan Annelieke Damen, Sandra Schouwstra, Mira Krozer, Dieuwke van der Wal en Daan Stoffer voor de leerzame intervisies in groot en klein verband, waarin boeiende dialogen maar ook discussies mogelijk waren. Tenslotte bedank ik Gerjan van Leijen voor de goede gesprekken en de zorgzaamheid in deze spannende periode.

Veel leesplezier.

Marinde van Egmond

Utrecht, 20 november 2015

Inhoud

1.	Inleiding en probleemstelling	1
1.1.	De zin van het leven en zingeving	3
1.2.	Vermogen tot lijden: een andere kijk op een zinvol bestaan	4
1.3.	Mensen met een depressieve stoornis	5
1.4.	Doel	6
1.5.	Hoofd- en deelvragen	6
2.	De logotherapie van Viktor Frankl: ieder leven heeft zin	7
2.1.	De wil-tot-betekenis en andere zingevingstheorieën	7
2.2.	Vermogen tot lijden	11
3.	Depressieve stoornis	13
3.1.	Depressie anno 2015	13
3.2.	Oorzaken van depressie	14
3.3.	De huidige behandeling voor depressie	14
3.4.	Depressie volgens Frankl	15
3.5.	Focus van dit onderzoek	17
4.	Methode	18
4.1.	Deelnemers	18
4.1.1.	Ervaringsdeskundigen	18
4.1.2.	Behandelaars in de GGZ	18
4.2.	Kwalitatieve interviews	19
4.3.	Datamanagement	19
4.4.	Analyse methode	19
4.4.1.	Betrouwbaarheid en validiteit	20
4.4.2.	Code-based design – analyseren in vier fases	20
4.4.3.	Codeboom	22

5.	Resultaten deel I. Ervaringsdeskundigen.....	23
5.1.	Wat is lijden?	23
5.2.	Vermogen tot lijden	24
5.3.	Houding ten opzichte van het lijden	27
5.4.	Andere zingevingaspecten als benoemd in de interviews	29
5.4.1.	Menselijke relaties, liefde en verbondenheid.....	29
5.4.2.	Werk en kennisvergaring	31
6.	Resultaten deel II. Behandelaars in de GGZ	32
6.1.	Wat is lijden?	32
6.2.	Houding ten opzichte van vermogen tot lijden	34
6.3.	Wil-tot-betekenis in een ander jasje.....	36
7.	Conclusie en discussie	39
7.1.	Aanbeveling voor behandelaars: operationalisering vermogen tot lijden.....	42
7.2.	Beperkingen in dit onderzoek	43
7.3.	Vervolgonderzoek.....	43
8.	Literatuur	45
	Bijlage 1 – Codelijst na fase 1: open coderen	48
	Bijlage 2 – Codelijst na fase 2: axiaal coderen.....	49
	Bijlage 3 – Codelijst na fase 3: toevoegen theoretische codes	51
	Bijlage 4 – Topiclist voor behandelaars in de GGZ	54
	Bijlage 5 – Topiclist voor ervaringsdeskundige	55

1. Inleiding en probleemstelling

Hij verloor zijn levenswerk over de zin van het leven op de dag van aankomst in concentratiekamp Auschwitz: Viktor Frankl (1905-1997), ondanks een poging zijn afgeronde manuscript in bewaring te stellen bij een van de oudere gevangenen. Deze bleek namelijk een helper van de SS'ers en reageerde met een bulderende afwijzing op het verzoek van Frankl. Dit was het moment dat Frankl een streep zette door zijn vroegere leven. Onder andere de wil om dit manuscript te herschrijven heeft hem echter de innerlijke kracht gegeven om te overleven in de gruwelijkheid van zijn jarenlange bestaan als gevangene. Hij beschrijft deze persoonlijke ervaringen in een kort autobiografisch verslag van zijn leven in de vier concentratiekampen, waarin hij ook zijn levenswerk kort uiteenzet: de logotherapie (Frankl, 1978).

Frankl wordt met deze therapie gezien als de stichter van de Derde Weense school.¹ De logotherapie richt zich op de wil-tot-betekenis: het streven van de mens naar betekenisgeving als primaire drijfveer of motivatiekracht in het leven. Hiermee zet hij zich af tegen de wil-tot-lust van Freud en de wil-tot-macht van Adler (Frankl, 1978, p.123). Ook distantieerde Frankl zich al van het nihilistische model van de mens die alleen het resultaat zou zijn van “biologische, psychologische en sociologische voorwaarden, of het product van erfelijkheid en milieu” (Frankl, 1978, p.158). Nog steeds een heel actueel discussiepunt. Wij leven in een maatschappij waarin het bio-medische model van de mens de boventoon voert. Zo schetst Dick Swaab in zijn boek ‘Wij zijn ons brein’ (2010) het beeld van een mens die geen vrije wil heeft. Volgens hem bepalen hersenprocessen het handelen, en niet de besluitvorming van de mens zelf. Hiermee wordt de mens een bepaalde verantwoordelijkheid ontnomen, immers al ons menselijk gedrag zou enkel een gevolg zijn van biologische structuren. Daarnaast wordt in de huidige maatschappij onvoldoende erkend dat onvermijdelijk lijden een belangrijk onderdeel is van het menselijk leven. We leven in een tijdvak waarin geen plaats is voor verdriet (Wachter, in Bovendeerd, 2015). Verdriet wordt volgens de Wachter (2012) gezien als teken van gebrek aan wilskracht, zwakte of gebrek aan goede therapie. Daar komt bij dat onze

¹ De Eerste Weense school werd opgericht door Freud met de psychoanalyse en de Tweede Weense school door Adler met de individuele psychologie.

maakbaarheidscultuur ons leert dat we het goede leven kunnen vormgeven en controleren (Kunneman, 2012). Dehue (2008) betoogt bovendien dat er een verschuiving heeft plaatsgevonden van de maakbare samenleving, naar het maakbare individu. Enerzijds is dit het gevolg van de neoliberale politiek, die ons tot vrije individuen omdoopten, waarmee het voor iedereen een taak werd om wat van zichzelf te maken en succesvol te zijn. Impliciet geeft dit de boodschap dat als je kunt kiezen voor succes, je ook kiest voor mislukking. We hebben daarmee de plicht gekregen om ons eigen lot in handen te nemen. Anderzijds is het maakbare individu het gevolg van de biomedische benadering. De oorzaak van psychische stoornissen wordt steeds meer gezocht in biologische structuren en minder in persoonlijke omstandigheden. Door het beschikbaar komen van psychofarmaca, kan de individuele biologische opmaak worden aangepast met medicatie (bijvoorbeeld met antidepressiva) of andere medische ingrepen, en is dus ook maakbaar. Mensen worden daarmee in toenemende mate ook verantwoordelijk voor hun eigen lijden. Psychiater-filosoof Damiaan Denys (2014) illustreert in een interview ook de zucht naar controle en zoektocht naar de verantwoordelijke van Nederlanders: “Twee jaar geleden stortte tijdens het Belgische Pukkelpop een tent in door een windhoos, met twee doden als gevolg. De reactie in de Belgische media: een verschrikkelijke ramp, maar niets aan te doen. In Nederland was het: wie heeft die tent daar eigenlijk geplaatst, was er wel een commissie van toezicht? Er werd meteen een schuldige gezocht, dat vind ik een typisch Nederlandse reflex”. Concluderend kunnen we stellen dat we niet alleen de verantwoordelijkheid voor het oplossen van het lijden hebben gekregen, maar het lijden ook zo min mogelijk mag bestaan of zelfs voorkomen moet worden.

Frankl leefde nog in de tijd voor de maakbare samenleving, waar aan de mens niet de volledige verantwoordelijkheid over het verloop van het eigen leven was toegedacht. Voor hem had iedereen echter wel de verantwoordelijkheid om in iedere conditie een houding aan te nemen waarin hij of zij kiest om zich te onderwerpen of niet (Frankl, 1978). Vanuit dat kader is voor hem de filosofie in de psychotherapie een noodzakelijke toevoeging, om een beter begrip van het menselijk bestaan te krijgen (Längle, 2015). Hiermee wil hij ten slotte recht doen aan wat de mens in de kern tot streven heeft: het ontdekken van zin in het leven (Frankl, 1978). In de huidige discussie over het lot in

relatie tot het maakbare individu is een groot gebrek aan aandacht voor de rol van zingeving.

1.1. De zin van het leven en zingeving

‘Wat is de zin van het leven?’ is misschien wel de meest prangende vraag ooit. Afgezien van levensbeschouwelijke of religieuze duiding roept deze vraag ook een andere op: ‘wanneer leid je een zinvol leven?’. Het ervaren van een zinvol leven, maar ook een oriëntatie en heroriëntatie op en in het leven wordt ook wel zingeving genoemd (Mooren, 2010). Hierop aansluitend stelt de beroepsvereniging voor geestelijk verzorgers (VGVZ, 2002) dat zingeving een continu proces is waarin ieder mens, in interactie met zijn omgeving, betekenis geeft aan het (eigen) leven. Verschillende schrijvers hebben zich gebogen over de vraag uit welke bronnen de mens kan putten voor het ervaren van zin. Vaak worden er meerdere aspecten van het leven beschreven als voorwaarden voor een zinvol leven. Zo beschrijven Ryff en Singer (2008) de volgende zes dimensies met betrekking tot psychologisch welzijn: *autonomy* (de capaciteit om zelfbepalend en onafhankelijk te zijn), *environmental mastery* (het creëren van een leefomgeving die voldoet aan persoonlijke behoeften en waarden), *personal growth* (het zelf zien ontwikkelen door de tijd heen en het realiseren van het persoonlijk potentieel), *positive relations with others* (interpersoonlijk welzijn met betekenisvolle relaties), *purpose in life* (een doel hebben in het leven) en tenslotte *self-acceptance* (een positieve kijk op het zelf met een bewustzijn van zowel persoonlijke mogelijkheden en beperkingen). Baumeister (1991) meent dat een zinvol leven zou bestaan uit vier ‘zinbehoeften’. Ten eerste betreft dit een *doelgerichtheid* in het leven; ten tweede een behoefte aan *efficacy* (een gevoel van controle en invloed hebben op de uitkomst van gebeurtenissen in het leven); ten derde moeten handelingen een *positieve waarde* hebben of moreel verantwoord zijn; en ten slotte hebben mensen behoefte aan een positief gevoel van *eigenwaarde*. Derkx (2013) erkent deze vier behoeften, maar voegt er samen met Alma en Smaling (2010) en Jan Hein Mooren (1998) nog drie aan toe, waarbij de vervulling van deze verschillende behoeftes samen uiteindelijk leiden tot zingeving. Deze zeven behoeftes zijn: doelgerichtheid (het verbinden van actueel handelen aan een waardevol doel in de toekomst); eigenwaarde (jezelf positief waarderen); begrijpelijkheid (de wereld om je heen begrijpen en kunnen verklaren, leidend tot een coherent levensverhaal); morele

rechtvaardiging (het handelen is moreel juist) of waardevolheid (het streven naar iets ethisch maar ook esthetisch); competentie (ervaren van een zekere controle over wat er gebeurt in het leven); transcendentie (het overstijgen van het alledaagse en reiken naar het onbekende); en verbondenheid (relaties, vereniging, maar in de breedste zin gerichtheid op de ander). Opvallend is dat de elementen binnen deze theorieën over een zinvol leven zich bevinden op het gebied van welzijn, met een gerichtheid op de toekomst. Fysiek of psychisch lijden is hier geen onderdeel van.

1.2. Vermogen tot lijden: een andere kijk op een zinvol bestaan

De geestelijke gezondheidszorg [GGZ] wil dat mensen weer ‘normaal’ kunnen functioneren, zoals wordt uitgedrukt in de definitie voor psychische gezondheid die de World Health Organization (WHO) geeft: “Mental health is defined as a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community.”² We herkennen deze opvatting ook in de bovenstaande zingevingstheorieën (Ryff & Singer, 2008; Derkx, 2013; Baumeister, 1991). Frankl (1978) meent dat levensbetekenis of zin aan drie verschillende terreinen te ontleen is. Het eerste terrein waaraan zin te ontleen valt is volgens Frankl het stellen van een daad. Dit is bijvoorbeeld een prestatie of succes in bijvoorbeeld het werkzame leven of in creativiteit. Ten tweede kan aan menselijke relaties ofwel de liefde zin ontleend worden. Waar Frankl zich echter onderscheid van alle bovengenoemde wetenschappers is de derde mogelijkheid waar zin in te vinden is: vermogen tot lijden. Want immers: “Indien het leven zinvol is, dan moet ook lijden, per definitie, zinvol zijn. Lijden vormt een onuitwisbaar deel van het leven, evenals het noodlot en de dood. Zonder lijden en dood is het leven van de mens onvolledig” (Frankl, 1978, p. 88). Door zijn ervaringen in de concentratiekampen heeft Frankl de mogelijkheid gehad zijn theorie aan den lijve te ondervinden en te toetsen. Hij beschrijft dat mensen op verschillende manieren omgaan met het enorme leed dat zij moesten doorstaan in die kampen. Daarmee onderstreept hij dat de mens altijd een keuzemogelijkheid heeft en niet alleen een product is van biologische, sociologische, psychologische of omgevingsfactoren. Want zelfs in de

² http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

psychisch en fysiek zware toestand waarin geleefd moest worden in de concentratiekampen kan de mens een onafhankelijke geestelijke vrijheid bewaren. In die situatie was het niet mogelijk om een daad te stellen of te genieten van liefde (in relaties, kunst of natuur) en daarmee kwamen de eerste twee mogelijkheden om zin te ontlenen te vervallen. Hiermee bleef een mogelijkheid over: hoe mensen zich opstellen tegenover hun (huidige) bestaan, of hoe zij het hoofd kunnen bieden aan lijden. “Een van de beginselen van logotherapie is, dat de belangrijkste doelstelling van de mens niet is, lust te verwerven of pijn te vermijden, maar de zin van zijn leven te ontdekken. Daarom is de mens ook steeds tot lijden bereid, mits zijn lijden zin heeft” (Frankl, 1978, p.141). Frankl stelt dat het belangrijk is om in de patiënt – naast het herwinnen van levensvreugde en arbeidsvermogen of het stellen van een daad – het vermogen tot lijden te activeren, door het vinden van betekenis in dit lijden. Hoewel veel existentiële psychologie stromingen zich hebben laten inspireren door de theorie van Frankl (Wong, 2012), lijkt het vermogen tot lijden als onderdeel van therapie in de vergetelheid te zijn geraakt. Deze notie kan opnieuw van belang zijn in de huidige GGZ, doordat het een ander perspectief werpt op de behandeling van mensen met een psychische stoornis. Dit zou kunnen leiden tot een gedeeltelijke verschuiving van de focus op het hervinden van psychologisch welzijn naar betekenis vinden in het psychisch lijden.

1.3. Mensen met een depressieve stoornis

Mensen die bij uitstek geen zin meer ervaren in het leven zijn mensen met depressieve klachten. Om volgens de huidige normen diagnostisch gezien een depressieve episode door te maken voldoet men aan minstens twee symptomen: een depressieve stemming (voelt zich verdrietig of leeg) en een verlies van interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten gedurende het grootste gedeelte van de dag (American Psychiatric Association, 2001). Met andere woorden, er wordt geen zin meer ervaren in de activiteiten die men gedurende de dag doet. De behandeling van een depressie bestaat vaak uit cognitieve gedragstherapie, medicatie of een combinatie van beide. Interessant is om te zien of het mogelijk is bij deze mensen het vermogen tot lijden te activeren, opdat de situatie waarin zij zich bevinden mogelijk beter kunnen verdragen. De vraag is hoe mensen met een depressieve stoornis zich oriënteren op hun lijden.

1.4.Doel

Viktor Frankl stelt dat door het vermogen tot lijden mensen in staat zijn om zin te ervaren in het lijden. In deze thesis wordt onderzocht of dit idee opnieuw van betekenis kan zijn binnen de huidige GGZ, in het bijzonder in de behandeling van mensen met een depressieve stoornis. Hiermee wil ik informatie bieden die gebruikt kan worden door hulpverleners in de GGZ opdat zij hierop kunnen inspelen in de behandeling. Tevens wil ik een bredere kijk bieden op lijden, door te onderzoeken of lijden niet enkel iets is wat zo snel mogelijk verholpen zou moeten worden en waar we bovendien zelf verantwoordelijkheid voor dragen, of waar mogelijk ook een zingevend element in kan zitten.

1.5.Hoofd- en deelvragen

Hoofdvraag: *In hoeverre en in welke mate is lijden een bron van zingeving en heeft het ‘vermogen tot lijden’ potentie om opnieuw actueel te worden in de behandeling van mensen met een depressieve stoornis?*

Deelvraag 1: In hoeverre wordt het lijden gezien als zingevingsbron door ervaringsdeskundigen die een depressieve stoornis hebben doorgemaakt?

Deelvraag 2: In hoeverre zien behandelaars in de GGZ het aanleren van een ‘vermogen tot lijden’ als onderdeel van de behandeling van mensen met een depressieve stoornis?

2. De logotherapie van Viktor Frankl: ieder leven heeft zin

Om het vermogen tot lijden uit de theorie van Frankl te begrijpen beginnen we met een inleiding in de logotherapie, waarvan het lijden als zingevingbron een belangrijk element is. De naam logotherapie stamt van het woord *logos* dat zowel *betekenis* als *geest* omvat (Frankl, 1978). De kern van logotherapie is dat ieder mens streeft naar betekenis en zin van zijn leven. Dit is de primaire motivatiekracht van de mens (Frankl, 1978). Frankl noemt dit de wil-tot-betekenis. Wanneer deze wil in het gedrang komt door problemen rondom het bestaan, de betekenis of zin van het bestaan, of het streven naar een concrete betekenis van het individuele bestaan spreekt de logotherapie van existentiële frustratie. Wanneer deze frustratie niet kan worden opgelost kan dit leiden tot neurosen. Daarnaast kunnen mensen in een ‘existentieel vacuüm’ terecht komen wanneer zij het leven als zinloos ervaren. Frankl constateert dat er in de twintigste eeuw steeds vaker sprake is van een existentieel vacuüm, dat vooral tot uiting komt in verveling.³ Hij voorspelt een toename in het existentieel vacuüm omdat arbeiders steeds meer vrije tijd krijgen en zij niet weten wat zij moeten doen met deze nieuw verworven vrije tijd. Hierin herkennen we twee van de kernwaarden van de logotherapie, namelijk dat mensen een doel moeten hebben in het leven, maar ook dat zij zin ontleen aan werk. De logotherapeut helpt de patiënt ontdekken wat de zin van zijn leven is. Frankl (1978) gebruikt hier het voorbeeld van de schilder en de oogspecialist. Als logotherapeut schilder je niet een nieuw of ander beeld voor de patiënt, maar je verbetert zijn zicht, opdat hij zijn leven in al zijn omvattendheid kan waarnemen. Daarmee blijft de verantwoordelijkheid bij de patiënt.

2.1. De wil-tot-betekenis en andere zingevingstheorieën

De wil-tot-betekenis is een intrinsiek streven dat in ieder mens aanwezig is. Zoals gezegd kan de betekenis of zin van het leven ontleend worden aan drie verschillende terreinen: arbeid of creativiteit; ervaren van menselijke relaties, kunst of natuur; en omgaan met lijden (Frankl, 1978). De drie zingevinggebieden werk, liefde en lijden kunnen ook als drie waarden worden gecategoriseerd: doen, ervaren en houding (attitude). In deze

³ Het bestrijden van nihilisme was de ‘grote strijd’ van Jaap van Praag, die daarop het Humanistisch Verbond heeft opgericht. Zie Bert Gasenbeek en Peter Derkx (2006). *Georganiseerd humanisme in Nederland. Geschiedenis, visies en praktijken*, Utrecht: Het Humanistisch Archief.

paragraaf worden de kernwaarden van de logotherapie uiteengezet, en in verband gebracht met actuele zingevingstheorieën.

De belangrijkste overtuiging van Frankl (1978; 1946/69) is dat de mens in de kern een spiritueel wezen is op zoek naar zin en naar een grotere betekenis in het leven die het individu overstijgt (wil-tot-betekenis). De zoektocht naar betekenis vinden we terug in een van de zingevingdimensies van Derkx (2013): begrijpelijkheid. Dit omvat de behoefte van de mens om te begrijpen waarom of met welke reden situaties waarin hij belandt gebeuren. Derkx plaatst de begrijpelijkheid van het leven echter binnen het kader van de behoefte van een mens aan een coherent levensverhaal; het vinden van orde in chaos. Frankl spreekt niet over coherentie maar plaatst het vinden van betekenis als fundamentele, overkoepelende behoefte van de mens die raakt aan het spirituele. Frankl (1946/69) noemt de spirituele dimensie de noölogische dimensie, afstammend van het Griekse *noos*, dat ‘geest’ betekent. Het spirituele aspect heeft binnen de logotherapie niet per definitie een religieuze betekenis maar wijst eerder op een menselijke dimensie, die het individu overstijgt. Hier spreekt Frankl (1978) over zelftranscendentie. De zin van het leven bestaat buiten de mens zelf. Anders dan bij Maslow (1943), die zelfactualisatie bovenaan de piramide van menselijke behoeften plaatst, is bij Frankl zelftranscendentie het hoogst bereikbare en is zelfactualisatie slechts een neveneffect van zelftranscendentie. De notie van transcendentie vinden we terug in verschillende actuele theorieën over zingeving (Alma & Smaling, 2010; Derkx, 2013), en wordt nog verder onderscheiden in verticale en horizontale transcendentie. Horizontale transcendentie heeft een grote samenhang met “verbondenheid” (Derkx, 2013; Alma en Smaling, 2010). Met verbondenheid wordt een groot gevoel van samenhang bedoeld, bijvoorbeeld in sociale relaties als vriendschap of liefde, maar dit kan ook burgerschap of een mondiaal *engagement* beslaan. Bij sociale relaties is het van belang dat je de alteriteit van de andere persoon, het “anders-zijn” van de ander erkent (Alma & Smaling, 2010). In dit aspect van verbondenheid bevindt zich de overlap met horizontale transcendentie. Door de ander als ander te (h)erkennen wordt het individu overstegen. Ryff en Singer (2008) noemen *positive relations with others*. Bij hen betreft dit echter geen zelfoverstijging in de zin van transcendentie, maar gaat het over het ervaren van vriendschap en liefde. Menselijke

relaties noemt Frankl (1978, 1946/69) in termen van liefde en vriendschap als een van de drie terreinen waaruit zin te ontleen is.

Een andere veronderstelling in het werk van Frankl is het idee van keuzevrijheid (Wong, 2014). Deze keuzevrijheid vinden we terug in de waarde “houding”. Dit houdt in dat ieder mens in iedere situatie vrij is om te kiezen welke houding hij aanneemt ten opzichte hiervan. Hij kan een onafhankelijke geest behouden zelfs onder zware psychische en fysieke omstandigheden (Frankl, 1978, p. 85). Deze vrijheid in zichzelf geeft zin en betekenis in het bestaan. Keuzevrijheid is echter niet vrijblijvend: men kan niet zomaar doen wat hij wil, men draagt hierin *verantwoordelijkheid* om een “goede” keuze te maken. Keuzevrijheid leidt tot willekeurigheid, tenzij deze plaatsvindt in termen van verantwoordelijkheid en alleen dan leidt dit tot zingeving. In deze verantwoordelijkheid moet een morele afweging worden gemaakt; hiermee voegt Frankl een ethisch aspect toe aan keuzevrijheid. Deze morele afweging zien we ook terug bij de beschrijving van zinbehoeften van Baumeister (1991) en Derkx (2013). Zij stellen dat je alleen zin kunt ervaren wanneer hetgeen dat je doet positieve waarde heeft en dit ‘het goede’ is om te doen. Baumeister (1991) en Derkx (2013) spreken daarnaast over een gevoel van controle en invloed hebben op de uitkomst van gebeurtenissen in het leven. Frankl heeft juist geen overtuiging van *efficacy*, je hebt namelijk geen controle over de dingen die je overkomen, maar je kunt wel een houding aannemen ten opzichte van de dingen die je overkomen (zie verder paragraaf 2.2. Omgaan met lijden). Het begrip keuzevrijheid van Frankl vertoont daarnaast grote overeenkomsten met *autonomy* van Ryff en Singer (2008) waarmee de capaciteit om zelfbepalend en onafhankelijk te zijn bedoeld wordt. Met keuzevrijheid probeert Frankl aan te tonen dat men niet enkel het product is van conditionerende en milieufactoren van biologische, psychologische of sociologische aard (1978, p. 86). Want ook in de afschuwelijke omstandigheden van het concentratiekamp konden mensen een onafhankelijke geest bewaren:

...wij zijn de gevangenen niet vergeten die door de barakken liepen om anderen op te beuren en te troosten, die hun laatste korst brood aan een medegevangene schonken. Hun aantal was wellicht klein, toch hebben deze mannen overtuigend bewezen dat een ding de mens niet kan worden

ontnomen: de allerlaatste menselijke vrijheid – de keuze onder alle omstandigheden zijn eigen houding te bepalen, zijn eigen weg te kiezen.

(Frankl, 1978, p. 86)

Frankl meent dat ieder mens een uniek doel heeft in het leven – groot of klein. Ieder mens heeft een intrinsieke motivatie om dit ware potentieel te vervullen (Frankl, 1946/69; 1978). Doelgerichtheid vinden we bij veel theorieën over zingeving terug (Ryff & Singer, 2008; Derkx, 2013; Alma & Smaling, 2010; Baumeister, 1991), waarbij gesproken wordt over korte en lange termijndoelen. Het korte termijndoel is binnen afzienbare tijd te realiseren (Alma & Smaling, 2010). Baumeister (1991) noemt daar bijvoorbeeld prestaties in het werk waaruit je voldoening kunt halen. Dit vinden we terug bij Frankl in een van de drie terreinen waar zin aan te ontleen is: arbeid of een creatieve prestatie. Het lange termijn doel omvat echter een richting of oriëntatie in het leven, het gevoel je bestemming gevonden te hebben (Alma & Smaling, 2010). Dit sluit meer aan bij wat Frankl (1946/69) met het unieke doel heeft willen zeggen. Verder verwijst hij ook naar Scheler (in Frankl, 1946/69, p. 79) die situationele en eeuwigdurende (*eternal*) waarden onderscheid. Ryff en Singer (2008) zetten *purpose in life* en *personal growth* naast elkaar, waarin de eerste meer betrekking heeft op korte termijn doelen en de tweede slaat op het realiseren van het ware potentieel. Dit ware potentieel is terug te voeren naar wat Aristoteles als *eudaimonia* omschreef: het streven naar excellentie op basis van je ware potentieel (in Ryff & Singer, 2008). Wanneer een patiënt vraagt: “wat is de zin van mijn leven?” draait Frankl de vraag om en vraagt de patiënt: “wat verwacht het leven van jou?”. Hiermee illustreert Frankl zijn idee over dat een echte zinervaring niet komt uit het streven naar individuele betekenisgeving, maar aan het streven te voldoen aan iets dat groter is dan het eigen, persoonlijke leven (de spirituele dimensie): “Het leven is een taak” (Frankl, 1946/69, p.13). Het leven heeft volgens Frankl (1946/69; 1978) een intrinsieke waarde en daarmee wordt het leven ook waardevol om te leven.

We hebben gezien dat wanneer we Frankl in het licht plaatsen van meer actuelere zingevingstheorieën, veel van zijn ideeën overgenomen of erkend zijn en als waardevol worden gezien. Dit geldt voor doelgerichtheid, (morele) verantwoordelijkheid of *efficacy*, verbondenheid of belang van menselijke relaties, het vervolmaken van je ware potentieel

en zelftranscendentie. Wat ontbreekt in de theorie van Frankl, maar wat wel terugkomt in de andere zingevingstheorieën zijn *eigenwaarde* (Baumeister, 1991) *zelfacceptatie* (Ryff & Singer, 2008). Dit is te verklaren uit de nadruk die Frankl legt op verbondenheid en solidariteit. Men staat als het ware in dienst van het leven, van de ander. Vooral de theorie van Ryff en Singer (2008) is sterk geïndividualiseerd. Hoewel zij wel aandacht hebben voor interpersoonlijke relaties zijn die vooral gericht op het welbevinden van het individu. Baumeister (1991) heeft het helemaal niet over menselijke relaties. Alma en Smaling (2010) en Derkx (2013) hechten daarentegen net als Frankl wel belang aan verbondenheid en zelfoverstijging.

Uit bovenstaande concludeer ik dat de meeste componenten van de zingevingstheorie van Frankl met wat nuanceringen ook in latere zingevingstheorieën kunnen worden herkend. Waar Frankl zich echter nog immer in onderscheid is het benoemen van het lijden als zingevingbron. Sterker nog, Baumeister (1991) omschrijft lijden juist als het ontbreken van zin (p.232). Tegenwoordig is de aandacht voor lijden niet erg groot. Lijden is iets dat vermeden of zelf voorkomen moet worden en bovendien zijn we er zelf verantwoordelijk voor geworden. Althans, in de publieke opvatting zoals getypeerd door Dehue (2013) en de Wachter (2012). Dit staat haaks op het idee dat we zin zouden kunnen ontleen uit lijden. Daarom is het van belang om het idee van Frankl verder te onderzoeken.

2.2. Vermogen tot lijden

Hoe moeten we zin geven aan lijden? De zin in het lijden bestaat in de houding ten opzichte van het lijden, en op de manier waarop het lijden gedragen wordt (Frankl, 1978; 1946/69). Het is van belang dat er betekenis wordt gevonden in het lijden, hier vermogen tot lijden genoemd. Frankl (1978) benadrukt dat er geen betekenis verzonnen kan worden, deze moet worden ontdekt (denk aan de metafoor van de logotherapeut als oogspecialist). Frankl geeft echter soms voorbeelden⁴ waarin hij mogelijke betekenissen aanbiedt aan zijn patiënten in plaats van de persoon deze zelf te doen ontdekken. Hier is hij dus eerder de schilder, en niet de oogspecialist. Het lijkt wel behulpzaam te zijn om een beeld te schilderen, al is het maar om een ander perspectief te bieden op de situatie. Dit spreekt

⁴ Zie bijvoorbeeld zijn ervaring met de Oost-Europese rabbijn (Frankl, 1978, p. 147)

wel het idee tegen dat zin ontdekt moet worden en niet gemaakt. Baumeister (1991) is wel van mening dat er soms betekenissen kunnen worden verzonnen om lijden dragelijk te maken of te ontsnappen en terug te keren naar een betekenisvol kader om in te leven waarin weer aan zijn vier behoeften wordt voldaan. Hij spreekt zelfs van ‘illusies’ die nodig zijn voor een gelukkig leven: *“To recover from trauma or misfortune and be happy, you need to convince yourself anew that the world is a nice place and that you are a good, competent person”* (Baumeister, 1991, p. 266).

Lijden heeft volgens Frankl (1946/69; 1978) daarentegen wel zin in zichzelf. Hij benadrukt hierbij dat dit alleen mogelijk is wanneer het lijden onvermijdelijk en onontkoombaar is (p.12). Wij zien dat hij dit op twee mogelijke manieren omschrijft. Ten eerste levert lijden een vruchtbare spanning tussen *what is* en *what ought to be*. Alleen in deze spanning kan een mens zich een ideaal voorstellen waarnaar hij kan streven. Deze spanning “is inherent aan de mens en daarom ook onmisbaar voor zijn geestelijk welzijn” (Frankl, 1978, p. 131). Dit verwijst naar de assumptie dat het leven zin heeft, en daarmee alle aspecten van het leven. Ten tweede kan men zin geven aan lijden door een waardige, verantwoordelijke houding aan te nemen ten opzichte van het lijden. Mentaal lijden heeft volgens Frankl (1946/69) eenzelfde nuttige functie als lichamelijk lijden. Lichamelijke lijden leert ons wat schadelijk is of waarschuwt ons wanneer er iets schadelijks aan de hand is. Mentaal lijden zou ons beschermen tegen apathie. Er zijn typen depressie waarin mensen lijden onder niet kunnen lijden: zij zijn apathisch geworden en niet in staat om verdrietig te zijn. Daarom heeft lijden ook een waarde in zichzelf want zolang we lijden blijven we psychisch levend. Wanneer iemand zichzelf wil afleiden van lijden door zichzelf bijvoorbeeld te narcotiseren lost hij niets op, hooguit vermindert het onplezierige gevoel als gevolg van een nare gebeurtenis of tegenslag: *“Suppression of intrinsically meaningful emotional impulses because of their possible unpleasurable tone ends in the killing of a person’s inner life”* (Frankl, 1978, p. 145). Kortom, wanneer lijden op een verantwoordelijke, waardige manier wordt gedragen, kan hieraan zin ontleend worden of in de woorden van Nietzsche: *“was mich nicht umbringt, macht mich stärker”* (geciteerd in Frankl, 1978, p. 104).

3. Depressieve stoornis

Binnen dit onderzoek wordt het lijden als zingevingbron onderzocht bij mensen die een depressieve stoornis hebben doorgemaakt. Wat depressie betekent is echter afhankelijk van de tijd waarin we leven (Dehue, 2008). Er werd iets anders verstaan onder depressie in de tijd van Frankl. Inmiddels hebben we ook veel meer kennis over de werking van het menselijk lichaam en in het bijzonder over de hersenen. We zullen daarom kijken wat een depressieve stoornis op dit moment behelst.

3.1. Depressie anno 2015

Om gediagnosticeerd te worden met een depressieve stoornis of een variant daarop moet iemand aan een aantal symptomen lijden die zijn opgetekend in de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM] (American Psychiatric Association [APA], 2001). Dit handboek omvat een classificatie van psychische stoornissen die gebruikt wordt door behandelaars in de psychiatrie. Het beschrijft de diagnostische criteria van psychische stoornissen “om de betrouwbaarheid van de diagnose te vergroten” (APA, 2001, p. IX). Een depressieve stoornis omvat een of meer depressieve episodes, en deze wordt als volgt omschreven. De twee kernsymptomen van een depressieve episode zijn enerzijds een “depressieve stemming” en anderzijds een “verlies van plezier of interesse” (APA, 2001, p. 210). Deze symptomen zijn minimaal twee aaneengesloten weken gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag aanwezig. Daarnaast zijn er nog zeven aanvullende symptomen: “gewichtverandering (toe- of afname) of eetlustverandering (toe- of afname); slapeloosheid of overmatig slapen; agitatie of remming; moeheid of verlies van energie; gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens; besluiteloosheid of concentratieproblemen; terugkerende gedachten aan de dood of aan suïcide, of een suïcidepoging” (Werkgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling Angststoornissen/Depressie, 2013). Om met een depressie gediagnosticeerd te worden moet er sprake zijn van één van de kernsymptomen en een aantal aanvullende symptomen met in totaal minimaal vijf symptomen (APA, 2001). Wat een “depressieve stemming” precies inhoudt blijft onduidelijk. Dit blijft aan de patiënt zelf, ofwel uit observatie door anderen, om daarover te oordelen en dit is daarmee een vrij subjectieve aangelegenheid. Opvallend is dat in deze diagnose niet nadrukkelijk gesproken wordt van verlies van zin. Het andere kernsymptoom, verlies aan

interesse of plezier lijkt hierbij het meeste in de buurt te komen. Een sterke of zwakke zingeving valt niet binnen de scope van de huidige visie op depressie.

3.2. Oorzaken van depressie

Van oudsher wordt er onderscheid gemaakt tussen een endogene en exogene depressie, waarbij endogeen staat voor factoren die van binnenuit komen, ofwel een stoornis in het brein en exogeen voor externe factoren (Compernelle, 2011). Dit kan geplaatst worden binnen het *nature-nurture debate*, dat gaat over de vraag of menselijk gedrag het gevolg is van genetisch materiaal (nature) of door de omgeving, bijvoorbeeld opvoeding of cultuur (nurture). Momenteel wordt niet zozeer meer gedacht in termen van deze dichotomie, maar in interactie tussen genen en omgeving. In de psychologie zie je dit bijvoorbeeld in het *diathesis-stress* model (Barlow & Durand, 2009; Larsen & Buss, 2010), dat beweert dat de oorzaak van depressie niet te vinden is in ofwel exogene ofwel endogene factoren, maar in een interactie daartussen.

Op de website van de American Psychiatric Association⁵ zijn drie van de vier oorzaken van depressie endogeen ofwel nature, en zijn te plaatsen binnen het bio-medische mensbeeld. Als eerste wordt *biochemistry* genoemd – verschillen in bepaalde stofjes in het brein. Als tweede noemen zij *genetics* – depressie wordt genetisch bepaald en komt bij sommige families vaker voor dan bij andere. De derde oorzaak die besproken wordt is *personality* – hier wordt omschreven dat mensen met bepaalde eigenschappen (pessimisme, laag zelfvertrouwen of lage stress-tolerantie) sneller een depressie ervaren. Tenslotte worden ook externe factoren besproken – gebeurtenissen in het leven als geweld, verwaarlozing, misbruik of armoede dragen bij aan depressie.

3.3. De huidige behandeling voor depressie

De multidisciplinaire richtlijn depressie (2013) is geschreven door en voor behandelaars uit verschillende disciplines zoals psychologen en psychiaters, maar bijvoorbeeld ook huisartsen. Tevens is een patiëntenperspectief opgenomen. De richtlijn beschrijft met behulp van het stepped-care model welke behandeling aanbevolen voor mensen met een

⁵ <http://www.psychiatry.org/mental-health/depression>

depressieve stoornis, variërend in vier algoritmes waarin de ernst van de depressie wordt uitgedrukt. Daarnaast is er aandacht voor terugvalpreventie voordat de behandeling wordt afgesloten. Binnen het stepped-care model wordt de behandeling gestart met zo min mogelijk invasieve interventies om symptomen van depressie en verergering van de problematiek te verminderen. Daarna wordt het behandelbeleid regelmatig geëvalueerd met de patiënt. Wanneer de interventie niet leidt tot voldoende herstel wordt overgestapt op de volgende, intensievere interventie. De eerste stap interventies bestaan uit bibliotherapie; zelfhulp of zelfmanagement (bijvoorbeeld via e-health interventies); activerende begeleiding, fysieke inspanning/lichamelijke activiteit of running therapie; counseling; of psychosociale interventies. Daarna volgen de psychologische en psychotherapeutische interventies: probleemoplossende therapie (PST), kortdurende behandeling (KDB), cognitieve gedragstherapie (CGT), gedragstherapie (GT), interpersoonlijke therapie (IPT) en kortdurende psychodynamische therapie. Van deze therapieën is de cognitieve gedragstherapie op het moment de meest gebruikte interventie. Ook wordt er farmacotherapie aanbevolen en wanneer nodig een combinatie van psychotherapie en farmacotherapie. Ten slotte wordt gesproken over electroconvulsietherapie (ECT). (Werkgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling Angststoornissen/Depressie, 2013). De ernst van de depressie wordt uitgedrukt in de ernst van de symptomen, het functioneren, de duur van de depressie, hoe vaak de depressie al eerder is voorgekomen en tenslotte of er sprake is van comorbiditeit. Op basis van de ernst van de depressie worden de besproken interventies doorlopen en afhankelijk van het herstel worden er al dan niet steeds zwaardere interventies ingezet. Deze behandelingen zijn gebaseerd op basis van wat er als oorzaak voor en betekenis van depressie wordt gezien. Hierin ontbreekt een spirituele component die de basis van de theorie van Frankl vormt.

3.4. Depressie volgens Frankl

Bij de visie van Frankl op de depressieve stoornis⁶ moeten we zijn mensbeeld in ons achterhoofd houden. Namelijk dat de wil-tot-betekenis een grote drijfveer is voor mensen

⁶ Depressie valt in de tijd waarin Frankl leeft onder melancholia. Met melancholia bedoelt hij psychotische en / of endogene depressie (1978, p. 246). Dit is vergelijkbaar met wat wij nu onder manisch-depressiviteit verstaan. Inmiddels wordt er meer onderscheid gemaakt tussen manie en depressie.

en bovenal dat ieder leven een zinvol leven is. De logotherapie richt zich op het helpen van de patiënt de zin in zijn leven te ontdekken (Frankl, 1946/69, p. 129). Wanhoop over de zinloosheid van het leven moet volgens Frankl gezien worden als spirituele nood, en niet als geestesziekte. Deze spirituele nood noemt hij ook wel existentiële frustratie. Existentieel verwijst naar problemen rondom het menselijk bestaan zelf, de betekenis of zin van het bestaan, of de wil-tot-betekenis (p.126).

Existentiële frustratie ziet er bij mensen die lijden aan depressie bijvoorbeeld als volgt uit: de kloof tussen *what is* en *what ought to be* is te groot, of deze lijkt onoverbrugbaar (Frankl, 1978). Er ontstaat dan een angst voor wat de toekomst (niet) kan brengen. Door het verlies van vertrouwen in het idee dat het unieke doel ooit nog behaald kan worden ontstaat een gevoel van ontoereikendheid. De levenstaak die depressieve mensen zichzelf toelagen is zo kolossaal, dat het gevoel van ontoereikendheid alleen maar vergroot: *the gap between what is and what ought to be is experienced as an abyss – there is the sense of the falling away of the self and the world, of beings and meanings* (Frankl, 1946/69, p. 252). Schuldgevoelens die omtrent deze ontoereikendheid ontstaan hebben tot gevolg dat de waarde van de eigen persoon ontkend of niet meer gewaardeerd wordt, door Frankl *valuational blindness* genoemd. Het gevoel ontoereikend te zijn is voor de depressieve persoon in vergelijking tot de rest van de wereld reden om zichzelf waardeloos te voelen. Een ander symptoom dat hiermee samenhangt, is dat de hele werkelijkheid gedevalueerd wordt: de persoon zelf, de wereld, en ook iedereen die erin leeft (Frankl, 1946/69).

Zoals we hebben gezien in de voorgaande paragrafen wordt de oorsprong van depressie tegenwoordig meer opgevat in termen van genetische erfelijkheid of omgevingsfactoren en een interactie hiertussen. In het denken van Frankl (1978) is ook sprake van een interactie tussen de fysiologie, interne en externe factoren. Sommigen patiënten zijn volgens hem psychisch instabiel vanwege mentale oorzaken (neurosen) en andere vanwege puur externe redenen (bijvoorbeeld vanwege het verlies van iemand). Zo omschrijft hij dat een mens in drie dimensies leeft: somatisch, mentaal en spiritueel (1978, p.7). De somatische dimensie komt overeen met het biomedische mensbeeld. De mentale dimensie komt overeen met het psychologisch mensbeeld. In navolging hiervan kan depressie volgens Frankl op verschillende manieren worden behandeld: farmacologisch

(somatische dimensie), psychotherapeutisch (mentale dimensie) en logotherapeutisch (spirituele dimensie). De depressie is volgens Frankl niet enkel het product van een fysiologische ziekte, maar ook van de mens als spiritueel persoon (p.247). Of de depressie nu het gevolg is van een ziekte of door externe gebeurtenissen, de logotherapie richt zich op mensen leren een houding aan te nemen te opzichte hiervan. Bij mensen wordt het vermogen tot lijden geleerd, door ze te helpen een betekenis te ontdekken in het lijden. Op deze manier kan zin worden ontleend aan het lijden, door op een waardige manier met een betekenisvolle situatie om te gaan.

3.5. Focus van dit onderzoek

De zingevingstheorieën zijn de laatste 30 jaar sterk ontwikkeld. Waar Frankl (1946/69) begon met drie elementen van zingeving, zijn er nu al zeven (Derks, 2013). Wanneer we echter goed kijken zagen we dat veel van de ideeën van Frankl met enige nuancering wel terug te vinden zijn in de moderne zingevingstheorieën. Het element dat niet gerepliceerd wordt is het lijden als zingevingbron. In dit onderzoek zal worden gekeken in hoeverre het lijden als zingevingbron kan worden gezien door mensen die een depressieve stoornis hebben doorgemaakt. De logotherapie (Frankl, 1946/69; 1978) onderscheidt zich van de huidige therapieën met een spirituele component, ofwel het belang van de wil-tot-betekenis. Het huidige beeld over de oorsprong van psychische stoornissen is dat er een interactie bestaat tussen genen en omgeving en hierop moet worden ingespeeld met de behandeling door middel van bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie of farmacotherapie (Werkgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling Angststoornissen/Depressie, 2013). In dit onderzoek wil ik nader bekijken of de wil-tot-betekenis binnen de context van het psychisch lijden – het vermogen tot lijden – opnieuw van betekenis kan zijn voor behandelingen voor mensen met een depressie in de huidige GGZ.

4. Methode

Dit onderzoek betreft een exploratieve kwalitatieve studie.

4.1. Deelnemers

Binnen deze studie zijn twee groepen deelnemers benaderd: ervaringsdeskundigen en behandelaars in de GGZ. In totaal hebben tien mensen deelgenomen.

4.1.1. Ervaringsdeskundigen

De ervaringsdeskundigen zijn vijf mensen die in het verleden een depressieve stoornis hebben doorgemaakt. Het zijn vier vrouwen en een man in leeftijd variërend tussen 25 – 63 jaar. Twee van hen zijn tevens opgeleid als ervaringsdeskundige en als zodanig werkzaam in een GGZ-instelling. Een belangrijke voorwaarde was dat zij op het moment van afname van het interview niet meer leden aan een depressieve stoornis en ook niet meer in behandeling waren. Hiermee is rekening gehouden met de kwetsbaarheid van deze doelgroep.⁷ Allereerst zijn enkele GGZ-instellingen waarin ervaringsdeskundigheid wordt ingezet en een cliëntbelangenvereniging voor depressie benaderd. Zij hebben als poortwachter gefungeerd en hebben geïnteresseerden die bereid waren mee te werken aan dit onderzoek naar mij door verwezen. Daarna is gebruik gemaakt van snowball sampling wat geresulteerd heeft in een convenience sample.

4.1.2. Behandelaars in de GGZ

Ook werden vijf behandelaars (twee mannen, drie vrouwen) in de GGZ benaderd voor een expertview over het vermogen tot lijden. Een lijst van vrijgevestigde behandelaars in Utrecht is aangeschreven. Daarnaast is er gebruik gemaakt van snowball sampling. Ondanks de beperkte grootte van de steekproef in dit onderzoek is gekozen voor enige spreiding over de verschillende disciplines die bestaan binnen de GGZ. Op basis hiervan zijn deelnemers geselecteerd. De functies van de deelnemers betreffen: psychiater,

⁷ Het onderwerp van deze studie vraagt van mensen om na te denken en te vertellen over de depressie en het zou niet medisch / ethisch verantwoord zijn om dit te vragen aan mensen die momenteel depressief zijn, vanwege het mogelijk verergeren van de klachten.

klinisch psycholoog / forensisch psycholoog, GZ-psycholoog, en twee psychotherapeuten.

4.2. Kwalitatieve interviews

Om de hoofdvraag te beantwoorden zijn tien kwalitatieve interviews uitgevoerd. De duur van de interviews was ongeveer anderhalf uur. Het betrof in beide steekproeven een semigestructureerd interview op basis van twee verschillende topiclists (zie bijlagen 4 en 5), waarbij de drie hoofdthema's leidend waren. Deze topiclists zijn naar aanleiding van het eerste interview aangepast en aangevuld. De vragen bleken te veelomvattend te zijn en moeilijker te beantwoorden dan aanvankelijk werd gedacht. Daarom is er voor gekozen om de cognitieve last te verminderen. Eén van de methoden om dat te doen is *framing*. Dit houdt in dat er enkele vragen zijn toegevoegd die het voor de deelnemers gemakkelijker maakten om na te denken over het onderwerp. In kwalitatief onderzoek wordt veel waarde gehecht aan het iteratief proces. Ook in dit onderzoek heeft dit plaatsgevonden. Het aanpassen en aanvullen van de topiclists naar aanleiding van ervaring en nieuw opgedane kennis in eerdere interviews is onderdeel van het iteratief proces.

4.3. Datamanagement

De interviews zijn na toestemming van de deelnemers opgenomen in een audiobestand. Deze worden bewaard op een externe harde schijf, beveiligd met een wachtwoord, niet toegankelijk voor derden. De audiobestanden zijn getranscribeerd en geanonimiseerd. Alle verwijzingen naar personen en / of organisaties zijn uit de transcripten verwijderd. Iedere deelnemer heeft een code gekregen (voor de ervaringsdeskundigen en behandelaars respectievelijk D en B 1 t/m 5). De bestanden zullen worden bewaard tot de definitieve afronding van deze masterthesis, waarna ze worden vernietigd.

4.4. Analyse methode

Als uitgangspunt voor de analyse van de resultaten wordt in dit onderzoek gebruik gemaakt een inductieve aanpak door middel van een code-based design / gefundeerde theorie benadering.

4.4.1. Betrouwbaarheid en validiteit

Betrouwbaarheid in kwalitatief onderzoek is moeilijk te realiseren omdat de onderzoeker zelf het instrument is en dit leidt tot een subjectieve benadering. Door nauwkeurig vast te leggen hoe het onderzoek is uitgevoerd wordt hier toch aan bijgedragen. Bijvoorbeeld door duidelijk te laten zien hoe de codeboom tot stand is gekomen (zie paragraaf 4.4.2.) en de topiclists toe te voegen (Bijlage 4 en 5). Validiteit is in kwalitatief onderzoek beter te realiseren. De data in dit onderzoek wordt in vier fasen geanalyseerd om tot theoretische verzadiging te komen, dit draagt bij aan de validiteit van het onderzoek. Bovendien worden er quotes uit de transcripten weergegeven bij de resultaten, zodat de lezer kan ervaren hoe de onderzoeker tot bepaalde interpretaties is gekomen.

4.4.2. Code-based design – analyseren in vier fasen

De getranscribeerde data zijn in vier fasen geanalyseerd. Het doel van het analyseren van de gegevens in vier fasen is tot theoretische verzadiging te komen.

In de eerste fase is open gecodeerd (Boeije, 2005). Dit houdt in dat de gegevens twee keer op inductieve wijze zorgvuldig worden gelezen en ‘uiteengerafeld’, door labels (codes) toe te kennen aan fragmenten van de getranscribeerde interviews. Dit leidt tot een eerste lijst met codes, die gegrond zijn in de gegevens (zie Bijlage 1).

In de tweede fase werden de gegevens axiaal gecodeerd (Boeije, 2005). In deze fase werden de codes verder geoperationaliseerd en gevalideerd. Verder is hier sprake van een iteratief proces. Door codes op te splitsen, samen te voegen en verbanden te leggen werden de codes gedefinieerd en aangevuld met nieuwe kennis naar aanleiding van het analyseren in de eerste fase. Nadat alle gegevens gelezen zijn, heeft de onderzoeker immers nieuwe kennis opgedaan die er nog niet was ten tijde van het lezen van de eerste data. Daarom is het belangrijk dat de analyse zorgvuldig en gefaseerd is. Ook worden in deze fase wanneer nodig nieuwe codes toegevoegd. Met de herziene lijst van codes worden nogmaals alle gegevens verder uiteengerafeld en geanalyseerd (zie Bijlage 2).

In de derde fase worden codes toegevoegd die een theoretische basis hebben. Dit heeft als doel de op inductieve wijze verkregen codes aan te vullen met theoretische inzichten om te onderzoeken of deze al dan niet terug te vinden zijn in de data (zie Bijlage 3).

In de vierde en laatste fase werd selectief gecodeerd (Boeije, 2005). Het doel van deze fase is het tot meer focus komen door het benoemen van een aantal kernthema's. Alle codes worden daaronder gecategoriseerd en er wordt gezocht naar uitzonderingen op de gevonden codes.

4.4.3. Codeboom

De codeboom is het resultaat van de bovenstaande gefaseerde analyse. De cursieve titels zijn de gevonden kernthema's naar aanleiding van het selectief coderen. De linker kolom zijn de hoofdcodes en de rechterkolom de subcodes.

Tabel 1. Codeboom

<i>Behandeling</i>	
Behandelaar	Empathie Genezing Oogspecialist
Diagnose / DSM kritiek Hoop	
<i>Betekenisgeving of betekenisvinding</i>	
Betekenisgeving	Context depressie Kritiek
Betekenisvinding	
<i>Depressie wat levert het op in positieve zin</i>	
Depressie wat levert het op	Invoelend vermogen Inzicht Ontwikkeling
<i>Psychisch lijden</i>	
Lijden	Als reactie op een externe gebeurtenis Definitie Intern, onafhankelijk van externe gebeurtenis
Onderscheid lijden en depressie	
<i>Oorzaak depressie</i>	
Biomedische benadering Symptomen depressie Verlies Systeem	
<i>Vermogen tot lijden</i>	
Vermogen tot lijden	Achteraf Kritiek Steun
Religieuze duiding	Kritiek Transcendentie
Zin van lijden	Zinloos Zinvol Zinvol als onderdeel van het leven
<i>Zingeving</i>	
Zingeving	Definitie Begrijpen Controle / efficacy Doelgerichtheid Menselijke relaties Kennisvergaring Verbondenheid Werk
Zin van het leven	Geen zin Zin

5. Resultaten deel I. Ervaringsdeskundigen

In dit hoofdstuk zullen de resultaten van dit onderzoek betreffende de ervaringsdeskundigen worden gepresenteerd. Hiermee wordt antwoord gegeven op deelvraag 1: In hoeverre wordt het lijden gezien als zingevingbron door ervaringsdeskundigen die een depressieve stoornis hebben doorgemaakt?

5.1. Wat is lijden?

Om te beginnen wordt uiteengezet wat ervaringsdeskundigen onder lijden verstaan. Lijden is volgens de ervaringsdeskundigen een staat waarin je zoveel pijn hebt, dat je beperkt wordt in het uitvoeren van dagelijkse taken, maar ook dat je beperkt wordt in je identiteit. Hoewel het onderscheid tussen fysiek en psychisch lijden wel wordt genoemd, spreken ervaringsdeskundigen vooral over psychisch lijden. Bovendien wordt de depressie vaak gelijkgesteld aan het lijden, en worden andere negatieve emoties niet als lijden gekwalificeerd.

Ja, nou depressie, depressief zijn is lijden. Het is voor mij het ergste wat er is. Steeds weer en weer en weer (...) (D2)

Dan heb ik het natuurlijk over mijn depressiviteit. Dat komt binnen op een manier waarvan je niet kunt zeggen dat je dat wilt. Het is zeer heftig, het onderbreekt wat je wilt, en wat je doet. (D4)

Bij lijden heb ik het idee dat het wel een soort verlamme werking heeft. Het soort pijn dat je echt niet meer verder kan, omdat het teveel pijn doet. Als het mentaal zou zijn, dat het gewoon zoveel is dat je echt niet meer verder kan. (D5)

Lijden is pijn hebben. Niet voluit met jezelf in het leven kunnen staan ofzo. Als ik lijd dan voel ik een soort beperking in mezelf, alsof ik opgesloten ben. Vanuit mijn gedachten, vanuit mijn beelden in wie ik ben of wat ik kan, of wat ik aan deze wereld toe te voegen heb. Dat ervaar ik als zwaar. (...) Dat vind ik lastig, want mijn lijden wordt wel altijd door mijn depressie gevoed. Ik weet niet zo goed wat "normaal" lijden is. Ook nu letterlijk heb ik last van die somberheid. En dat bepaalt

dan het lijden. Terwijl anders kunnen er wel dingen op mijn pad komen die ik lastig vind of die me boos maken of frustreren of emoties geven. Maar die ervaar ik niet als lijden. (D1)

Wat de depressieve stoornis kenmerkt is dat het als een soort donkere wolk door alle aspecten van het leven heen drijft. Het lijden is alomvattend en het manifesteert zich in alle aspecten van het leven. Dit benadrukt de ernst van de lijdensdruk. De geïnterviewden drukken dit onder andere als volgt uit:

Dan worden die dingen sterk uitvergroot. Dan heb ik bijvoorbeeld heel veel pijn van m'n kinderen dat ze zo weinig komen of als er iemand overleden is dan grijpt me dat enorm aan en dan, daar heb ik dan heel veel lijden van maar dat hangt bij mij vaak samen met mijn depressiviteit. (D2)

Maar dat zegt vooral iets over mijn depressie. En vanuit mijn depressieve gevoel ga ik dan alles in mijn leven kleuren. Terwijl als dat depressieve gevoel weg is, en die omstandigheden nog exact hetzelfde zijn, dan zeg ik daar weer hele andere dingen over. Snap je? Dat is het verschil. (D1)

Voor de ervaringsdeskundigen staat het lijden los van situationele omstandigheden. Zoals een deelnemer het omschrijft kleurt de depressie alles in het leven. Dit is wellicht ook de essentie van het lijden als depressie en wat ook inzichtelijk maakt waarom de lijdensdruk zo hoog is.

5.2. Vermogen tot lijden

De wil-tot-betekenis – het vinden van concrete betekenis en zin in het leven – is volgens Frankl (1978;1946/69) een primaire motivatiekracht voor mensen. Daarmee is het vermogen tot lijden ook zinvol, waarmee er betekenis wordt gegeven aan het lijden. Er wordt door de ervaringsdeskundigen veel kritiek gegeven op het idee van zin geven aan lijden. Het wordt door de meesten niet (h)erkend als iets dat zij actief doen. Een deelnemer

zegt bijvoorbeeld dat zin geven aan lijden veel te romantisch is. Overheersend wordt het lijden - dat de depressie is - gezien als verschrikkelijk en bijna onverdraagzaam. De vraag om daar zin aan te geven roept in de interviews weerstand en in sommige gevallen zelfs een emotionele reactie op.

*Ja. Dan zie ik daar, dan is daar, wat is daar het nut dan eigenlijk van?
Ik zou het niet weten. Ik zou het niet weten. Het is een, ene grote ellende
en nee. Ik... Nee. Lijden. Nee. Het is iets dat. Het hoort helaas bij het
leven net als alle andere emoties en eh, maar de zin, ik denk niet dat hoe
meer je lijdt dan je dan in een mooier hiernamaals komt. (D2)*

Rechtstreeks gevraagd lijkt het of het lijden over het algemeen zinloos wordt gevonden. Slechts één deelnemer (D3) zegt onomwonden dat het lijden zin heeft en dat ze dit ook ervoer ten tijde van het lijden. Als we echter dieper inzoomen op de data kunnen we toch aanwijzingen vinden dat het lijden niet alleen maar zinloos wordt gevonden. Een aantal zaken worden door de ervaringsdeskundigen expliciet genoemd die het lijden in positieve zin heeft opgeleverd. Daarvan komen drie aspecten bij alle ervaringsdeskundigen terug. Het allerbelangrijkste dat het in positieve zin heeft opgeleverd is inzicht. Inzicht in de eigen persoon, “*ontdekkingen over wie je bent*” (D4), waar ze vandaan kwamen, waar ze nu zijn en waar ze naar toe willen. Het lijden heeft ze een sterkere algemene zingeving opgeleverd.

Ten tweede heeft het lijden ze een groot invoelend vermogen opgeleverd. Doordat zij een dergelijk lijden hebben doorstaan, kunnen zij meer begrip opbrengen voor het leed van anderen. Ook wordt genoemd dat ze milder zijn en minder oordelen. Enkelen van hen hebben zelfs hun beroep gemaakt van het ondersteunen en begeleiden van mensen met een psychische kwetsbaarheid. Zij hebben ook een morele ontwikkeling doorgemaakt.

Ten derde zien we terug dat het lijden tot gevolg heeft dat ze sterker zijn geworden of op een andere manier ontwikkeld zijn: “*Ik zeg altijd graag dat ik nooit een depressie heb gehad zonder dat ik in die laatste fase het gevoel had dat ik niet alleen bezig was uit die*

depressie te komen maar ook mijn hele leven op een hoger niveau kwam dan ik daarvoor ooit bereikte.” (D4)

Deze drie kwaliteiten worden echter pas *achteraf* toegeschreven aan het lijden. Dit zegt nog niets over hoe de ervaringsdeskundigen zin vonden in het lijden *ten tijde* van het lijden. Frankl beschrijft twee manieren waarmee zin kan worden ervaren in het lijden zelf. Ten eerste is dat de vruchtbare spanning die ontstaat in de kloof tussen *what is* en *what ought to be* (1946/69; 1978). Het zou alleen in deze spanning mogelijk zijn om een ideale situatie voor te stellen. Deze kloof wordt niet of nauwelijks teruggevonden in de beleving van de ervaringsdeskundigen. Het onderscheid is sterk vertroebeld. Eerder nog bestaat het ‘*what ought to be*’ zelfs niet meer bij hen in het diepste van het lijden. Ook de identiteit verdwijnt volledig.

Lijden is bij depressie een rigoureuze breuk met alles wat je eerder deed en was. Het is vooral je identiteit die volkomen op losse schroeven staat. Bij je identiteit moet er basis zijn voor gevoel van eigenwaarde en liefde voor jezelf, en dat is echt weg. Je bent een abstract geworden menselijk wezen dat alleen maar op voorwaardelijke basis bestaat. Je sleept je door de dag heen maar er zit geen innerlijke zin in. Het is dus allemaal een ... je moet alleen maar iets zwaars doen zonder dat het zin heeft.
(D4)

Dit hangt vermoedelijk samen met de ernst van de depressie of de mate van herstel. Wanneer deze vruchtbare spanning weer voelbaar wordt kan weer zin worden ervaren in het leven en dit zou een teken of katalysator kunnen zijn van het herstel van een depressie. Bovendien moet het lijden in een grotere context worden geplaatst dan alleen het moment van het lijden zelf, het is een inbedding in het tot dan toe geleefde leven. Naast dat er achteraf zin kan worden toegeschreven aan het lijden, wordt door mensen echter wel duidelijk zin ervaren in de houding ten opzichte van het lijden; de tweede manier die Frankl noemt.

5.3. Houding ten opzichte van het lijden

Door Frankl wordt de houding ten opzichte van het lijden genoemd als belangrijkste manier om zin te ervaren in het lijden. Dit is het punt waarop de logotherapie van Frankl tekort lijkt te schieten of in ieder geval problematisch wordt. Deze gaat er namelijk vanuit dat het leven altijd zin heeft en daarmee ook het lijden. Inherent hieraan kleeft de assumptie dat er altijd een betekenis te vinden is in het lijden, hoe indirect ook. Hiermee houdt Frankl echter geen rekening met mensen die ontkennen dat het leven zin heeft. Bovendien ervaren mensen met een depressie vaak helemaal geen zin. Sterker nog, wat als het ontbreken van zin juist de oorzaak is van het lijden zoals Baumeister (1991) al schetste? Dan blijft er eigenlijk niets over dan de waardige houding ten opzichte van het lijden waar Frankl over spreekt. Of zoals geldt voor de ervaringsdeskundigen, je moet het lijden verdragen totdat het weer overgaat. Dit is echter iets anders dan het vinden van betekenis. *“Ja, dat is achteraf als het weer beter gaat. Maar ik kan in het lijden zelf... Lukt het mij niet om daar nog een betekenis aan te geven dat het daardoor, dat daarmee het lijden zelf ook al zinvol is. Nee.”* (D1). Daarentegen wordt er wel een betekenis gegeven aan het lijden. Zo gelooft een deelnemer in reïncarnatie en een ander beschrijft het lijden als een mystieke ervaring.

*Ja, ik geloof wel dat alles ergens, dat er niet iets voor niets is. Kijk daar heb je het. Het lijden heeft geen zin zeg ik net en ik denk dat er geen toevalligheid bestaat. Dat ik zo dit leven heb gekregen, dat is wel ergens voor alleen weet ik het niet. Ik zie het niet. Ik weet niet waarvoor... dat zou misschien ergens verder weg blijken maar nu weet ik dat niet. (...)
Ja, ik geloof niet in dat toevalligheid is. Daar geloof ik niet in. Alles is ergens voor maar waarvoor dat hoef je ook niet per se te weten. Dat kan ook in een volgend leven ergens tot uitdrukking komen. Hoop ik. (D2)*

Voor anderen heeft de betekenis die de diagnostiek van de psychiatrie eraan gegeven heeft geholpen. Doordat het lijden een depressieve stoornis is, of een ziekte, en daarmee een betekenis heeft gekregen, kan er een houding ten opzichte van het lijden aangenomen worden. Een betekenis is daarmee noodzakelijk geworden voor het kunnen aannemen van een houding. Dit onderstreept het belang van de wil-tot-betekenis (Frankl, 1946/69, 1978)

en begrijpelijkheid (Derkx, 2013; Alma & Smaling, 2010); ook in het lijden. Ervaringsdeskundigen erkennen daarnaast dat het lijden (bij hen inherent aan depressie) onvermijdelijk deel van het bestaan is. Met deze erkenning kan het lijden ook verdragen worden. Zo omschrijft een ervaringsdeskundige dat niet alleen het Nederlandse klimaat, maar ook het leven bestaat uit vier seizoenen. Het lijden is herfst of zelfs winter, maar als het winter is, leeft zij in de wetenschap dat het ooit ook weer lente of zomer wordt. Deze betekenis helpt haar een houding aan te nemen en het lijden te verdragen. Dit heeft ook een toekomstgerichtheid in zich. Frankl (1946/69; 1978) omschrijft het belang van doelgerichtheid voor het ervaren van een zinvol leven. Hij omschrijft dit echter meer in termen van zijn andere zingevingsterreinen werk en liefde. Het streven naar een betere gemoedstoestand in de toekomst kan echter ook een doel zijn. Anderen hadden wel een concreet doel, zoals het schrijven van een boek of het creëren van baankansen wat hen het lijden hielp te verdragen. De ervaringsdeskundigen proberen dus zo goed en zo kwaad als dat gaat een waardige houding ten opzichte van het lijden aan te nemen door het te verdragen. Dit is een krachtige houding, die wellicht noodzakelijk is om te overleven. Het betreft een lang proces, dat een van de ervaringsdeskundigen omschrijft als het lijden ombuigen naar leiden:

Ja, in het totaalplaatje klopt het bij mij allemaal wel, bij mijzelf, hoewel het wel heel erg akelig was maar dat het ook weer zoveel dingen teweeg heeft gebracht, dat het toch eigenlijk wel een hele mooie reis was, ondanks al het lijden, dat is misschien, dat ik het als een reis kan zien al die ontwikkelingen. Gewoon een weg aflegt en dat je steeds meer op je eigen pad komt. Dat je steeds meer zelf dat pad wat je voor je ziet gaat bewandelen en ook verder creëren in de richting die je voor ogen hebt en dat je dan dat lijden met lange ij ombuigt naar leiden met een korte ei (D3)

Behalve betekenisgeving stippen de ervaringsdeskundigen ook enkele andere zingevingaspecten aan voor het omgaan met lijden die ze zelf niet altijd zo duiden, maar die wel degelijk aanwezig zijn.

5.4. Andere zingevingaspecten als benoemd in de interviews

De zingevingstheorieën lopen uiteen van drie (Frankl, 1978), vier (Baumeister, 1991), zes (Ryff & Singer, 2008), tot zeven zingevingbronnen (Derkx, 2013). Naarmate de tijd verstrijkt lijken er alleen maar meer bij te komen. Voor ieder individu in dit onderzoek geldt dat zij hun eigen zin creëren. Het verschilt per persoon aan welk aspect in het leven zij de meeste zin ontleen. Voor één betreft dit meer een transcendente zingeving, die zich beweegt in het mystieke, zelfoverstijgende inzicht. Voor een ander is dit een heel duidelijke zingeving in de behoefte aan controle, aan *efficacy*. Er zijn echter twee zingevingbronnen die bij alle ervaringsdeskundigen belangrijk zijn ten tijde van het lijden; verbinding met anderen, en werk en/of kennisvergarig.

5.4.1. Menselijke relaties, liefde en verbondenheid

Dat het zin heeft. Want ik heb dus wel altijd gedacht door die ziekte heen dat ik het later zou kunnen inzetten om anderen dus van nut te zijn. En dan te doen wat ik altijd al wilde doen want ik wilde voordat ik ziek werd al mensen begeleiden, en trainen, en advies geven aan organisaties, maar het was heel moeilijk om dat te bewerkstelligen, en dankzij mijn ziekte is dat toch gelukt uiteindelijk. (D3)

Deze ervaringsdeskundige kon het lijden verdragen omdat ze zich richtte op een doel in de toekomst. Bovendien overstijgt zij zichzelf door haar persoonlijke lijden in te zetten ten behoeve van de hulp van anderen. Zij heeft op deze manier zin kunnen geven ten tijde van haar lijden door respectievelijk in te zetten op doelgerichtheid (Frankl, 1946/69, 1978; Baumeister, 1991; Derkx, 2013; Alma & Smaling, 2010; Ryff & Singer, 2008) en verbondenheid (Frankl, 1946/69, 1978; Derkx, 2013; Alma & Smaling, 2010; Ryff & Singer, 2008). Vooral verbondenheid blijkt bij meerdere ervaringsdeskundigen een rol te spelen. Zo wordt liefde van partners of van familie, die hen steun bieden in het lijden, genoemd als bron van zingeving. Verder is hulp bieden aan en betrokken zijn bij anderen, zowel bekenden, vrienden en familie, als onbekenden, expliciet belangrijk voor alle ervaringsdeskundigen. Deze mensen zijn in hun leven erg op anderen gericht en halen voldoening uit verbondenheid met anderen. Zelfs een kleine ervaring van verbondenheid kan het lijden verlichten:

Ik woon hier al 25 jaar en toen liep ik hier in een van de straten (...). Toen was er een jongetje dat een pet droeg, een jongetje van 6 of 5, een klein jongetje. En ik droeg ook een pet. Dat jongetje was met zijn moeder en hij zei: "Hé, die meneer draagt ook een pet" en dat hoorde ik, ik kon het net horen, het was heel zacht. Ik raakte daar open door. En de moeder zag dat ik het zag en die lachte want dat jongetje was trots op zijn pet. Hij was zo trots dat hij dus overal, waar dan ook... dus het was een intieme situatie tussen dat jongetje en zijn moeder maar ik raakte daarbij betrokken omdat ik dat hoorde en vertederd was. Toen werd mijn depressie ogenblikkelijk lichter. Dat was prettig. Dat was dus een prettig gevoel van voldoening en dat ging over iets, het relationele. Ik had verder niets met ze, ik kende ze helemaal niet maar ik was betrokken bij iets simpels en menselijks. Ik voelde me meteen beter. (D4)

Dat verbondenheid, liefde of menselijke relaties belangrijk zijn blijkt ook uit het gemis hiervan. Er is bijvoorbeeld onbegrip bij de familie voor het lijden die de depressie voortbrengt waardoor die verbondenheid wordt gemist. Ook zien we het gemis van verbondenheid in het letterlijk alleen zijn vanwege de afwezigheid van een partner.

De verbondenheid die we terugzien als zingevingbron bij ervaringsdeskundigen bevindt zich vooral op het relationele niveau. Verbondenheid zoals Derkx (2013) en Alma en Smaling (2010) het omschrijven omvat meer dan alleen maar relaties met de ander, het gaat hier bijvoorbeeld ook om het erkennen van de alteriteit (het anders-zijn) van de ander of een *engagement* op een groter (lokaal of mondiaal) niveau, waarmee het individu zichzelf overstijgt. Ook Frankl (1946/69; 1978) benadrukt het belang van zelfoverstijging waarmee de mens raakt aan de spirituele dimensie in de wil-tot-betekenis. De relaties die zingevend zijn voor de ervaringsdeskundigen gaan echter wel verder dan alleen familie, liefdes- of vriendschappelijke relaties. Zij bieden ook veel hulp aan andere mensen en zijn in die zin wel op een zelfoverstijgende manier betrokken bij anderen. Een zingevingservaring waarbij de mens als individu zichzelf overstijgt zoals Frankl (1946/69; 1978) bedoelde gaat verder dan dit gegeven. Dit vinden we minder in de

beleving van de ervaringsdeskundigen. Slechts één van hen omschrijft een transcendente ervaring.

5.4.2. Werk en kennisvergaring

Een andere zingevingbron die we zien bij de ervaringsdeskundigen is werk. Soms hangt dit samen met doelgerichtheid als zingevingcomponent. Maar bovenal is werk voor de ervaringsdeskundigen ten tijde van het lijden een belangrijke bron van zingeving, die ze op de been houdt. Zij halen veel zin uit hun werk, ook al zijn sommigen nog niet waar ze willen zijn. De ambitie om werk te vinden of realiseren waarin ze veel plezier hebben is een streven wat tijdens het lijden verlichting kan bieden. Zeker als het lijden zelf wordt gezien als een voedingsbron, een fundament om later om te zetten in kennis om zodoende hulp te bieden aan anderen.

Het moeilijke van een depressieve stoornis is dat deze het werk in de weg kan staan, doordat men niet in staat is om het uit te voeren vanwege bijvoorbeeld concentratieproblemen of vermoeidheid. Bij twee ervaringsdeskundigen is het niet vinden van de juiste baan of het vervallen van een droom waar jarenlang aan is gewerkt juist de oorzaak van lijden. Dit bevestigt wel het belang van werk als belangrijk zingevingselement.

Een grote drang tot het vergaren van kennis wordt ook door de meeste ervaringsdeskundigen genoemd. Eén ervaringsdeskundige stelt zelfs dat nieuwsgierigheid en nieuwe dingen leren de reden is geweest dat ze het leven nog een kans heeft gegeven. Het vergaren van kennis zouden we ook kunnen plaatsen onder wat arbeid wordt genoemd door Frankl (1946/69; 1978), transcendentie (reiken naar het onbekende) bij Derkx (2013) of persoonlijke groei van Ryff en Singer (2008). Het is echter dusdanig belangrijk, dat het ‘willen leren’ door de ervaringsdeskundigen als apart thema wordt genoemd.

6. Resultaten deel II. Behandelaars in de GGZ

In dit hoofdstuk zullen de resultaten van dit onderzoek betreffende de behandelaars in de GGZ worden gepresenteerd. Hiermee wordt antwoord gegeven op deelvraag 2: In hoeverre zien behandelaars in de GGZ het aanleren van een ‘vermogen tot lijden’ als onderdeel van de behandeling van mensen met een depressieve stoornis?

6.1. Wat is lijden?

Behandelaars geven over het algemeen aan dat de definitie van lijden subjectief is. Er bestaat volgens hen niet echt een duidelijke grens tussen wat pathologisch en niet-pathologisch lijden is, dit betreft een glijdende schaal. Wel wordt aangegeven dat de richtlijnen die de DSM (APA, 2001) voorschrijft een indicatie geven voor wat pathologie is. Ook wordt aangegeven dat er ernstig en minder ernstig lijden is, maar dat het bij hen meer gaat om dat iemand een hulpvraag heeft: *“Mensen kloppen aan voor hulp en, of ze nu bang zijn voor vlinders of weet ik veel dat het hele leven in duigen ligt (...). Ze krijgen hulp.”* (B2)

Verder wordt aangegeven door de behandelaars dat iemand met een depressie ernstig lijdt. Al naar gelang de scholing van de behandelaars hangen zij verschillende oorzaken van depressie aan. Wat vaak wordt genoemd is dat depressie een gevolg is van een verlies van iets of iemand. Zij kijken ook naar het systeem van het individu. Dit vertaalt zich in de systeemtherapie. Deze therapie gaat uit van de overtuiging dat een mens niet als individu moet worden benaderd, maar in de context moet worden gezien van zijn vrienden en familie. Een behandelaar omschrijft dit als volgt:

Het is ook altijd erg goed om je te realiseren dat een depressie niet zomaar uit je gemoed opwelt, maar dat het een systeem-achtige grond heeft. Er zijn verliezen, er zijn in de omgeving dingen die niet lukken. Er zijn verantwoordelijkheden die niet kunnen worden waargemaakt. (B5)

Het idee van een mens als onderdeel van een systeem staat haaks op de overtuiging van de maakbare individu dat onder andere bekritiseerd wordt door Dehue (2008) en

Kunneman (2012). De behandelaars in dit onderzoek zien ook dat binnen de GGZ steeds meer nadruk komt te liggen op het individu en de verantwoordelijkheid van de individu, terwijl het systeem daarvoor steeds meer moet wijken. Dit is voor twee van hen ook een reden geweest om te stoppen met werken in een GGZ-instelling en zich te richten op de eigen praktijk. Hierin vinden zij meer ruimte voor het relationele aspect van psychische stoornissen, waarvan zij overtuigd zijn dat het van belang is.

Daarnaast zien we terug in de data dat wat Frankl (1946/69; 1978) een existentiële crisis noemt, kan leiden tot een depressie. Een behandelaar (zie onderstaand citaat) noemt dat denken over de zin van het leven überhaupt kan leiden tot een depressie. Mensen die niet depressief zijn zouden niet nadenken over de vraag wat het allemaal voor zin heeft (bijvoorbeeld met tikkertje spelen). In dit geval werd er echter niet gezocht naar een bepaalde zingeving, maar werd meer benadrukt dat het op zich ook geen zin heeft.

Ik denk dat als je de vraag gaat stellen, heeft het leven wel zin? Dan denk ik dat er al iets niet goed voelt in je leven. Want anders komt volgens mij die vraag helemaal niet op dus in die zin komt die nog wel eens aan de orde en bij haar vond ik wel, dat was een hele lange behandeling maar ik weet dat ze aan het einde wel zei, ik snap wat je bedoelt: ik ben er niet meer mee bezig nu, ik ben niet meer de hele dag bezig met wat heeft het nou voor zin om hier rond te lopen, om te studeren, om te werken. (...) Tikkertje spelen op zich heeft ook helemaal geen zin. Ik denk (...) als je in het spel zit dan leef je en vraag je je niet meer af wat heeft het nou voor zin want dan beleef je er gewoon plezier aan. (B3)

Geen van de behandelaars is van mening dat een depressie een voornamelijk biomedische oorzaak heeft. Hoewel de behandelaars wel erkennen dat er een biologische component is, wordt benadrukt dat er ook andere, externe factoren in het spel zijn die een genetische gevoeligheid kunnen versterken die uiteindelijk tot een depressie kunnen lijden. Dit komt meer overeen met een diathesis-stress model (Barlow & Durand, 2009; Larsen & Buss,

2010). Kennis over de hersenen wordt als een toevoeging gezien, maar heeft geen invloed op de betekenisgeving.

Behalve dat natuurlijk die hele nieuwe wereld van onze neurologische en hersenkenners ook weer alles anders kunnen verklaren. Misschien qua, meer qua oorsprong, ik denk niet qua betekenisgeving, maar qua oorsprong, oorzaak en in stand houden, wat je daarmee kunt doen. (B4)

6.2. Houding ten opzichte van vermogen tot lijden

Het onderwerp van dit onderzoek doet de wenkbrauwen van behandelaars fronsen. Men heeft zichtbaar moeite met het idee om patiënten, zeker mensen met een depressie, aan te leren om zin te ontleen aan het lijden zelf. De behandelaars benadrukken dat een depressie heel ernstig is, en dat juist een van de symptomen van depressie is dat mensen geen zin meer ervaren. Zin geven aan lijden zou ook gezien kunnen worden als een manier om het lijden te vermijden. Gesteld wordt dat, door er zin aan te geven, ontkend wordt hoe verschrikkelijk de gebeurtenis eigenlijk was (B3). Dit staat echter haaks op een andere stellingname van deze behandelaar, namelijk dat je eerst moet kunnen lijden – lees, depressief kunnen zijn – voordat je verder kunt en jezelf kunt ontwikkelen.⁸ Verder veroorzaakt het thema zingeving weerstand bij enkele behandelaars. Eén behandelaar heeft een verbazingwekkende houding. De armen gaan over elkaar, er wordt gezocht, gaat achterover in de stoel zitten:

Het zegt me niks. Het woord zingeving. Ik ga niet verder dan dat je zin hebt in de dingen doen. (...) Ik ben het met je eens dat iedereen zoekt naar een goed verhaal over zijn eigen leven. 'Zin' dat klinkt mij te religieus of te, nee. Te humanisterig. Daar ben ik inderdaad niet van. Ik geloof niet in zin. Maar wel in het verlangen van ons allemaal naar een goed verhaal. Dit ben ik, dit is mijn verhaal. En depressieve mensen hebben over het algemeen maar een heel klein verhaal over zichzelf. Het

⁸ Dit herkennen we ook bij een van de ervaringsdeskundigen, die jarenlang het lijden heeft vermeden en pas later in een depressieve episode terecht kwam. Pas toen bood dit mogelijkheid om te ontwikkelen, terwijl al die tijd daarvoor dat lijden als het ware sluimerend, echter onder de oppervlakte, aanwezig was.

is niks, en ik ben niks, en het wordt ook nooit wat, en mijn voorgeschiedenis is ook niks. En de therapeut is er dan voor, door vragen te stellen, het verhaal te verrijken. (B5)

Het woord zingeving roept bij andere behandelaars ook een bepaalde religieuze duiding op. Hier wordt kritisch op gereflecteerd. Zeker in relatie tot lijden denken zij bijvoorbeeld aan vormen van christelijk lijden zoals zelfkastijding.

De betekenisgeving van het lijden dat heeft bij mij een beetje een nare smaak achtergelaten uit de christelijke hoek, van jongens bloeden maar en het hoort erbij. Dus ik zeg het een beetje kort-door-de-bocht. En daar geloof ik nou niet zo in. Ik geloof dat we allemaal regelmatig lijden. Ik heb een heel mooi – als ik morgen moet dood gaan heb ik een heel mooi leven gehad. Maar ik heb ook veel verdriet gehad, maar het hoort erbij. En als je geen verdriet hebt dan kun je ook niet gelukkig zijn met de goede tijden. Dus ik denk wel dat het lijden betekenis heeft, maar ik denk dat je het niet moet omdraaien. Ik denk dat het in sommige kringen wel eens wordt gedaan, dat het heel mooi is om te mogen lijden zo ongeveer, een soort martelaarschap. (B1)

De behandelaars in deze studie lijken zich niet te kunnen vinden in het spirituele aspect van de theorie van Frankl. Zij geloven niet dat het leven zin heeft in zichzelf. Dit is een duidelijk verschil in levensbeschouwing en wellicht een weerspiegeling van het tijdsbeeld. Het fundament van de theorie van vermogen tot lijden – het leven heeft altijd zin – blijft bij deze behandelaars niet overeind staan. Want wanneer het leven überhaupt geen zin heeft, valt het niet te ontdekken of te vinden, ook niet bij de patiënt. Daarentegen doen de behandelaars heel veel aan betekenisgeving in de therapie. De wil-tot-betekenis blijft een heel belangrijk aspect en wordt ook gezien als één van de belangrijkste behoeften van de mens: begrijpen waarom de dingen zijn zoals ze zijn.

6.3. Wil-tot-betekenis in een ander jasje

De wil-tot-betekenis is de kern van de huidige behandelingen voor depressie. Het grote begrijpen wordt door de behandelaars echter niet gezien als het vinden van betekenis in het leven. Zin moet volgens de behandelaars gegeven worden, gecreëerd.

[Zingeving is] Een of andere cognitieve constructie. Iets wat je... Met cognitie bedoel ik niet alleen maar de ratio, niet per se iets wiskundigs ofzo. Een set van gedachten, gevoelens. (...) Ja. Daar zijn mensen denk ik goed in. Om ergens zin aan te geven. Ze willen zin ervaren. Maar dat is vooral controle; ze willen het begrijpen. Vroeger hadden we de God van Onweer en dan begrepen we tenminste waar die onweer vandaan kwam. Nu hebben we dat op een andere manier begrepen maar we willen het wel begrijpen. (B2)

Het is maar net ja, wat je fijn vindt. Welke verklaring je fijn vindt als patiënt of als therapeut of als gewoon of als vriend of vriendin. Dus ik denk wel een beetje dat zingeving een, hoe moet je dat zeggen, grabbelton is waar je net zo lang in grabbelt totdat je iets hebt wat je aanstaat. Dat wil lang niet zeggen dat dat de werkelijkheid is, of de waarheid, wat dat ook moge zijn. (B1)

(...) Maar zo die betekenis... Die zijn er te maken en te vinden. Dat moet misschien denk ik wel, wil je er nog redelijk mee door kunnen leven, denk ik. Om het verdraagzaam, om überhaupt door te kunnen leven...

Dat het echt noodzakelijk zou zijn?

Noodzakelijk, dat denk ik, dat denk ik. Anders is het een totale zinloze geschiedenis. En dan zou je moeten kunnen zeggen dat er nu eenmaal zinloze dingen gebeuren maar ik denk niet dat we zo in elkaar steken. Ik weet niet wat ik nu eigenlijk zeg. Dat er wel een hele hoop zinloze dingen gebeuren, maar dat je nog wel een betekenis kunt geven op een heel ander gebied. (B4)

Deze behandelaars geven betekenis, terwijl Frankl stelt dat je betekenis vindt. Allen zijn ervan overtuigd samen met Frankl dat het belangrijk is dat men een zinvolle betekenis

heeft voor het lijden. Zingeving of betekenisgeving wordt door de behandelaars echter als een opportunistische bezigheid beschreven. Dit komt meer overeen met Baumeister (1991) die stelt dat illusies over het leven noodzakelijk zijn om gelukkig te zijn. Soms zorgt juist een bepaalde betekenisgeving voor het ontbreken van zin (zoals de overtuiging dat je een slecht mens, of waardeloos bent). De rol van de behandelaar lijkt daarin te zijn om negatieve betekenisgeving te veranderen in een positieve.

Traumaverwerking. Dat is gewoon mijn vak, mijn ambacht. Als ik priester was in een kerk zou ik het hebben over God en weet ik veel ben ik imam dan gaan we eens heel vaak bidden erbij weet ik veel dan doen we het op die manier en dan kijken we of dat lukt. Ik heb geen getallen maar misschien is dat ook goed. (...) Mijn theorie is dan dat ik probeer te begrijpen, hoe het is ontstaan, hoe het is geleerd, hoe het in je brein terecht is gekomen. Allemaal nare momenten en dat die nare momenten eens over gaan doen. Dat is als het ware hoe ik er betekenis aan geef. De uitleg. De controle, als het ware. Maar eigenlijk door de gebeurtenissen aan te passen? Dat is ook een soort betekenisverlening. Of we veranderen de betekenis die die herinneringen had of heeft. (B2) Ik zou de therapie eigenlijk helemaal willen ontdoen van de woorden zin en existentieel enzo. Komt dat omdat u denkt dat het niet helpt om daarover na te denken? Nee. Ik geloof ook niet dat het leven zin heeft. En dat is helemaal geen verdrietige gedachte. We leven zoals de rozen en de dieren tevoorschijn komen, en de hele natuur heeft dat allemaal zin? Nee, het leeft omdat het bestaat. Het is er, omdat het bestaat. (B5)

Existentiële vragen horen volgens deze behandelaars niet thuis in de spreekkamer, maar eerder bij de priester, of je moet er überhaupt niet over nadenken. Toch staan de meesten wel open voor betekenisgeving. Soms is het puur pragmatisch om het niet te doen, omdat zij nu al een therapie kunnen bieden aan mensen die helpt. Veel van de geïnterviewde behandelaars geven cognitieve gedragstherapie. De cognitieve gedragstherapie is tegenwoordig een van de belangrijkste behandelingen in de GGZ, ook voor depressie (Werkgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling Angststoornissen/Depressie, 2013).

Deze therapie draait grotendeels om cognitieve herstructurering. Hierbij worden onderlinge relaties tussen gedrag, gevoelens en gedachten onderzocht. Wanneer gedrag of gevoel een negatieve gedachte oproept, wordt deze uitgedaagd en helpt de therapeut bij het vervangen van deze negatieve gedachte, door een “helpende” gedachte. Bij cognitieve herstructurering wordt eigenlijk ook continu gezocht naar andere betekenissen. Hier bestaat dus een grote overlap met de wil-tot-betekenis of zingeving. Ook een ‘goed verhaal hebben over jezelf’ of begrijpen waarom je iets overkomt, is onderdeel van zingeving. Betekenisgeving in de huidige therapieën lijkt echter uitgedund te zijn tot puur situatie gebonden cognities, gedrag of gevoelens.

7. Conclusie en discussie

In dit onderzoek blijkt dat lijden gelijkgesteld wordt aan depressie. Depressie wordt door de ervaringsdeskundigen vaak beleefd als alomvattend, onafhankelijk van situationele omstandigheden. De ernst van het lijden wordt vergroot doordat ze zich manifesteert in alle aspecten van het leven. Ervaringsdeskundigen zijn in eerste instantie erg kritisch op het beschouwen van lijden als zingevingbron. Het lijden is zo verschrikkelijk, dat het moeilijk is om er zin in te ontdekken. Behandelaars hebben een vergelijkbare kritiek. Lijden als zingevingbron roept bij hen negatieve religieuze associaties op, zoals zelfkastijding. Dit is een belangrijke kanttekening bij de theorie van Frankl (1946/69; 1978). Door zin te geven aan of te vinden in het lijden, of zelfs maar te zeggen dat lijden zin heeft in zichzelf, schuilt het gevaar het lijden te verheerlijken. Frankl benoemt echter dat het lijden alleen zingevend zou kunnen zijn als het onvermijdelijk lijden betreft, we moeten het niet opzoeken. Desalniettemin is het goed om ons bewust te blijven van het gevaar van verheerlijking. Frankl meent immers wel dat lijden zin in zichzelf heeft, doordat het een vruchtbare spanning oplevert in de kloof tussen *what is*, en *what ought to be*. Hier blijkt een tweede probleem met de theorie van Frankl. Deze kloof is namelijk bij de ervaringsdeskundigen ten tijde van een klinische depressie helemaal niet aanwezig. Hoewel Frankl (1946/69, p. 252) meent dat bij mensen met een depressie de kloof onoverbrugbaar is, lijkt het eerder te zijn dat deze niet (meer) bestaat. Hij houdt hiermee onvoldoende rekening met de staat waarin mensen verkeren, waarin zelfs de identiteit op losse schroeven kan komen te staan. Het '*what ought to be*' is verdwenen, er rest alleen nog het '*what is*'. Oftewel er bestaat geen toekomst meer. Pas wanneer er weer enig zicht is op een toekomst, is er ruimte voor reflectie en het waarderen van het lijden als bron van zingeving. Uit dit onderzoek blijkt namelijk dat het lijden de ervaringsdeskundigen ook positieve elementen heeft opgeleverd: ontwikkeling, inzicht en invoelend vermogen.

Andere uitgangspunten in het werk van Frankl (1978; 1946/69) omtrent zingeving zijn wel duidelijk terug gevonden bij de ervaringsdeskundigen. Zo zien we dat een gerichtheid op de toekomst of doelgericht handelen een bron van zingeving kan zijn. De twee zingevingbronnen die bij alle ervaringsdeskundigen belangrijk zijn ten tijde van het lijden zijn verbinding met anderen, en werk en/of kennisvergaring. Dit is overeenkomstig met de twee terreinen waaruit zin ontleend kan worden die Frankl noemt naast het omgaan

met lijden. Ten eerste noemt hij arbeid of een creatieve prestatie als bron van zingeving. De ervaringsdeskundigen noemen vaak werk en kennisvergaring als hetgeen dat ze op de been houdt. De tweede, menselijke relaties in termen van liefde en vriendschap, zien wij ook terug in de verbondenheid die genoemd is door de ervaringsdeskundigen. Verbondenheid in termen van zelfoverstijging zien we in mindere mate terug. Een transcendente zinbeleving überhaupt vinden we maar bij een van de vijf ervaringsdeskundigen. Vanuit het perspectief van Frankl zou gesteld kunnen worden dat de overige vier nog niet het niveau van zelftranscendentie hebben bereikt, dat volgens hem het hoogst haalbare is. We zouden echter ook kunnen stellen dat een dergelijke zingeving alleen werkt voor mensen die dezelfde spirituele betekenis of dimensie toekennen aan het leven als Frankl. Dat dit in mindere mate wordt ervaren door de ervaringsdeskundigen zou een uiting van ons tijdsgewricht kunnen zijn, waarin spiritualiteit minder ruimte lijkt te hebben. Tevens kan dit ook een methodologische oorzaak hebben doordat - hoewel het thema wel besproken is - niet specifiek gevraagd is naar religie of vormen van spiritualiteit. Daardoor kan het moeilijker zijn geweest om er woorden aan te geven.

Voor mensen met een depressieve stoornis blijkt dat het niet mogelijk is om ten tijde van het diepste lijden zin te vinden in het lijden zelf, bezien vanuit de kloof tussen *what is* en *what ought to be*. Een belangrijk aspect van het lijden als zingevingbron is echter het aannemen van een houding ten opzichte van het lijden (Frankl, 1946/69; 1978). Die houding op zichzelf is zingevend. Ook in dit onderzoek blijkt dat het kunnen verdragen van het lijden een enorm krachtige houding is, die sterk zingevend is. Ervaringsdeskundigen duiden dit zelf niet zo in eerste instantie. Daarom is het van belang voor de behandelaar om expliciet aandacht te vestigen op het aannemen van een houding. Zeker wanneer het nog niet mogelijk is om een toekomstbeeld voor te stellen is het van belang om in de behandeling ook aandacht te hebben voor de existentiële betekenis van het lijden in de grotere context van het leven. Ieder individu heeft zijn eigen zingeving. Een patiënt moet daarom ook als zodanig worden benaderd en er moet worden gezocht naar de vorm van zingeving die aansluit op de leefwereld, waarbij ook ruimte kan zijn voor een bepaalde levensbeschouwing.

Er bestaat een discrepantie tussen het mensbeeld van de huidige behandelaars en die van Frankl. Frankl gaat ervan uit dat het leven intrinsiek zin heeft en dat daarom zin *gevonden* kan worden. Behandelaars menen dat het leven geen intrinsieke zin heeft. Het is daarom volgens enkelen niet nodig voor een mens om zich bezig te houden met existentiële vragen. Anderen menen dat zin gecreëerd moet worden; zingeving is voor hen een opportunistische aangelegenheid. Allen zijn het echter eens dat het noodzakelijk is voor de psychische gezondheid om een betekenis, of een verhaal, te hebben. Vermogen tot lijden lijkt daarmee nog steeds actueel te zijn in de huidige behandeling ook al is er nu sprake van een andere terminologie en heeft het een ander fundament. Het uitgangspunt is veranderd van betekenisvinding, naar betekenisgeving.

Een ander verschil in opvatting dat hieraan gerelateerd is, is dat de mens door de behandelaars schijnbaar beschouwd wordt in twee dimensies: lichamelijk en mentaal. Hierin ontbreekt de volgens Frankl meest essentiële dimensie: de spirituele. De wil-tot-betekenis bevindt zich binnen deze spirituele dimensie. Zingeving wordt, als überhaupt al erkend wordt dat het plaats heeft binnen de behandeling, door de behandelaars hoogstens gezien als cognitieve bezigheid en zou daarom onder de mentale dimensie geplaatst kunnen worden. Vaak worden betekenissen alleen in relatie tot bepaalde (traumatische) gebeurtenissen gegeven. De wil-tot-betekenis heeft een eigentijdse invulling gekregen die minder omvat dan het oorspronkelijke idee. Zingeving is echter een continu proces en daarom zou het weer in al zijn omvattendheid meegenomen moeten worden in de behandeling. Een sterke zingeving kan een sterkere houding tot gevolg hebben, ten tijde van lijden. Deze sterke houding is essentieel wanneer het zicht op de toekomst bemoeilijkt wordt.

Er lijkt ook een discrepantie te bestaan tussen de beleving van ervaringsdeskundigen en behandelaars. Ervaringsdeskundigen kunnen vormen van zin ervaren die niet aansluit bij de beleving van behandelaars. Het gevaar is dat levensbeschouwelijke overtuigingen of bijvoorbeeld het hebben van transcendente ervaringen, te weinig aandacht krijgen in de spreekkamer, terwijl dit zo belangrijk is voor de zingeving van de patiënt. Als de behandelaar ontkent dat het leven zin heeft, kan hij een persoon die hier wel in gelooft, maar het zicht op de zin kwijt is geraakt, wellicht minder goed helpen of zelfs begrijpen.

Daarom doe ik een oproep voor een hernieuwde bewustwording van het eventuele bestaan van een discrepantie tussen de zingeving van de behandelaar en die van de patiënt. Zeker wanneer er een existentiële crisis aan de oorsprong van de depressie ten grondslag ligt lijkt het te kort te schieten om binnen de behandeling vooral aandacht te hebben voor concrete situaties.

Concluderend lijkt het vermogen tot lijden een belangrijke katalysator voor het herstel van depressie te zijn. De zin in het lijden zelf is in beperkte mate aanwezig ten tijde van een klinische depressie. Wel kan er een houding ten opzichte van het lijden worden aangenomen die sterk zingevend is. Daarnaast kunnen werk, kennisvergaring en verbondenheid als bron van zingeving ervaren worden ten tijde van het lijden. Ook kan er achteraf, na enig herstel, zin aan het lijden zelf toegekend worden. Deze bevindingen leiden tot de stellingname dat het vermogen tot lijden van Frankl in de behandeling van mensen met een depressieve stoornis hernieuwde aandacht zou moeten krijgen.

7.1. Aanbeveling voor behandelaars: operationalisering vermogen tot lijden

Dit onderzoek levert enige aanzetten voor het vormgeven van hoe het vermogen tot lijden geactiveerd kan worden. Daarvoor is het van belang te operationaliseren hoe het lijden een bron van zingeving is. Deze zin bestaat voor zover dit onderzoek laat zien in de mate waarop personen het lijden een betekenis kunnen geven, waardoor het als een – weliswaar verschrikkelijk – onderdeel van het leven kan worden gezien. Dit levert een sterke houding op waardoor het lijden beter kan worden verdragen. Vervolgens, als er sprake is van enig herstel, heeft het lijden ook positieve elementen. Uit dit onderzoek kwamen ontwikkeling, inzicht en invoelend vermogen naar voren. Eventueel kunnen dit ook andere elementen zijn.

Het bovenstaande zou op de volgende manier plaats kunnen hebben in de behandeling. Om te beginnen moet worden bepaald in hoeverre een persoon de vruchtbare spanning tussen *what is* en *what ought to be* kan ervaren. Op het moment dat iemand een perceptie heeft die niet verder reikt dan het *what is*, kan de behandelaar zich richten op het realiseren of versterken van de houding ten opzichte van het lijden. Dit kan door een betekenis te vinden die past binnen het zingevingskader van de patiënt. In dit onderzoek zagen we

bijvoorbeeld vaak terug dat mensen het lijden beter konden verdragen door het in een grotere context van het tot dan toe geleefde leven te plaatsen. Daarnaast worden er ook andere zingevingbronnen aangeboord die de houding kunnen versterken. We zagen enkele individuele voorkeuren zoals *efficacy* en transcendentie, maar ook collectieve zingevingselementen. Verbondenheid met andere mensen bleek een belangrijke zingevingbron te zijn. Daarnaast werd werk of kennisvergaring vaak genoemd. Wanneer mogelijk is het van belang om de aandacht te richten op dergelijke bronnen van zingeving om de houding te versterken en daarmee het vermogen tot lijden te activeren.

Daarna, wanneer er weer mentale ruimte is voor het zicht op *what ought to be*, kan met de patiënt gereflecteerd worden op de vruchtbare spanning die het lijden biedt en wat het ze heeft kunnen opleveren. Zoals gezegd noemen ervaringsdeskundigen overkoepelend drie elementen die het lijden ze in positieve zin heeft opgeleverd: ontwikkeling, inzicht en invoelend vermogen. Deze suggesties kunnen worden meegenomen in het stimuleren van een ruimer zingevingskader. Door aandacht te vestigen op dergelijke elementen, wordt zin gegeven aan het lijden. Ook kan worden gezocht naar eventuele andere elementen die een positieve bijdrage hebben geleverd.

7.2. Beperkingen in dit onderzoek

In dit onderzoek zijn alleen mensen ondervraagd die een depressieve stoornis hebben doorgemaakt. Vermogen tot lijden kan mogelijk ook van betekenis zijn voor mensen met andere psychische of lichamelijke problematiek. Verder is er in de interviews niet specifiek gevraagd naar religie, levensbeschouwing of intimiteit. Dit zou eventueel meer informatie hebben kunnen opleveren over zingeving. Tenslotte bedreven veel van de behandelaars met name cognitieve gedragstherapie. Behandelaars die andere vormen van therapie bedrijven (bijvoorbeeld humanistische psychologie, inzicht gevende psychotherapie, psychodynamische therapie) zouden in theorie een ruimere opvatting kunnen hebben omtrent spiritualiteit.

7.3. Vervolgonderzoek

Dit onderzoek biedt inzicht in hoe het vermogen tot lijden en het lijden als zingevingbron zich kan manifesteren. Dit heeft geleid tot een aanrijking in de vorm van een

operationalisering van het vermogen tot lijden. In vervolgonderzoek bij een grotere steekproef bestaand uit mensen met een depressie zou deze operationalisering verder kunnen worden getoetst. Ook kan worden gekeken of de drie elementen ontwikkeling, inzicht en invoelend vermogen kunnen worden gereproduceerd, maar ook of er andere elementen te vinden zijn. Daarnaast zijn in deze studie alleen mensen ondervraagd die een depressieve stoornis hebben gehad. Vermogen tot lijden zou mogelijk ook van betekenis kunnen zijn voor mensen met andere psychische stoornissen. In vervolgonderzoek zou daarom meer spreiding op dit aspect kunnen worden gezocht.

In het huidige onderzoek hebben mensen deelgenomen die momenteel niet in behandeling waren en die momenteel niet een depressieve episode hadden. Hen is onder andere gevraagd te reflecteren op een depressieve episode uit het verleden. Het zou de validiteit van de gegevens in positieve zin beïnvloeden als in vervolgonderzoek mensen ten tijde van een depressieve episode ondervraagd worden. Daarbij moet echter rekening gehouden worden met de beperkte cognitieve mogelijkheden ten gevolg van de depressie. Eventueel zou gedacht kunnen worden aan het analyseren van (opnames van) gesprekken tussen behandelaar en patiënt.

Verder zijn er aanwijzingen dat er enige weerstand bestaat omtrent het thema zingeving en spiritualiteit bij behandelaars. Zeker met het oog op de aanbeveling die gedaan wordt is het belangrijk dat er een opening komt voor het activeren van het vermogen tot lijden. In het huidige onderzoek is onvoldoende duidelijk geworden waar deze weerstand zich op berust. Omdat ervaringsdeskundigen zich wel meer met zingeving bezighouden en het bovendien een krachtige houding ten opzichte van het lijden kan opleveren, is het van belang dat behandelaars hier ook weer meer aandacht aan besteden. Daarom is het aan te bevelen om ten eerste te onderzoeken of deze weerstand in een grotere populatie behandelaars terug te vinden is en ten tweede waar deze weerstand of zelfs negatieve associaties zich precies op berusten.

Marinde van Egmond, Utrecht, 20 november 2015

8. Literatuur

- Alma, H. A., & Smaling, A. (2010). Zingeving en levensbeschouwing: een conceptuele en thematische verkenning. In H. Alma, & A. Smaling (Red.), *Waarvoor je leeft. Studies naar humanistische bronnen van zin*. (pp. 17-39). Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- American Psychiatric Association. (2001). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*. Lisse: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie-Swets & Zeitlinger Publishers.
- Barlow, D., & Durand, M. (2009). *Abnormal psychology. An integrative approach* (5e ed.). Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning.
- Batthyany, A., & Russo-Netzer, P. (2014). *Meaning in Positive and Existential Psychology*. New York: Springer Science+Business. doi:10.1007/978-1-4939-0308-5_1
- Boeije, H. R. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Den Haag: Boom onderwijs.
- Bovendeerd, B. (2015). De psychotherapie draait door! De invloed van context op het vak. Dag van de psychotherapie 12 december 2014. *Tijdschrift van de Psychotherapie*, 146-148.
- Compernelle, L. v. (2011). Behandeling van depressie bij adolescenten; een veelgelaagde uitdaging. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 53(1), pp. 57-62.
- Dehue, T. (2008). *De depressie-epidemie*. Amsterdam: Augustus.
- Denys, D. (2014, oktober 10). Psychiater-Filosoof Damiaan Denys. (C. L. Galbo, Interviewer) Vrij Nederland. Opgehaald van <http://www.vn.nl/Archief/Samenleving/Artikel-Samenleving/Psychiaterfilosoof-Damiaan-Denys.htm>
- Derkx, P. (2013). Humanism as a Meaning Frame. In A. Pinn (Red.), *What Is Humanism and Why Does It Matter? Studies in Humanist Thought and Praxis*. (pp. 42-57). Durham: Acumen.
- Frankl, V. (1946/69). *The Doctor and the Soul*. London: Souvenir Press.
- Frankl, V. (1978). *De zin van het bestaan. Een psycholoog beleeft het concentratiekamp & een inleiding tot de logotherapie*. Rotterdam: Ad. Donker.

- Kunneman, H. (2012). *Voorbij het Dikke-Ik: Bouwstenen voor een kritisch humanisme*. Amsterdam: SWP.
- Längle, A. (2015). From Viktor Frankl's Logotherapy to Existential Analytic psychotherapy. In S. Sulze, & S. Hagspiel, *European Psychotherapy 2014/2015: Austria: Home of the World's Psychotherapy* (pp. 67-83). Norderstedt: Books on Demand.
- Larsen, R., & Buss, D. (2010). *Personality psychology. Domains of knowledge about human nature*. (4e ed.). New York: McGraw-Hill.
- Maslow, A. (1943). A theory of human motivation. *Psychological review*, 50(4), 370-96.
- Mooren, J. (1998). Zingeving en cognitieve regulatie: Een conceptueel model ten behoeve van onderzoek naar zingeving en levensbeschouwing. In J. Janssen, R. Uden, & H. Ven (Red.), *Schering en Inslag: Opstellen over religie in de hedendaagse cultuur*. (pp. 193-206). Nijmegen: Katholiek studiecentrum voor geestelijke volksgezondheid.
- Mooren, J. (2010). *De moed om te zien. Humanistisch raadswerk in instellingen van justitie*. Utrecht: Uitgeverij de Graaff.
- Ryff, C., & Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*(9), 13-39. doi:10.1007/s10902-006-9019-0
- Swaab, D. (2010). *Wij zijn ons brein: van baarmoeder tot Alzheimer*. Amsterdam: Atlas Contact.
- VGvZ. (2002). *Vereniging van Geestelijk Verzorger in zorginstellingen*. Opgehaald van http://www.vgvz.nl/over_de_vgvz/beroepsstandaard
- Wachter, D. d. (2012). *Borderline times. Het einde van de normaliteit*. Leuven: LannooCampus.
- Werkgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling Angststoornissen/Depressie. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn Depressie (Derde revisie)*. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis. Utrecht: Trimbos Instituut. Opgeroepen op mei 5, 2015, van http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn_id=88

Wong, P. (2012). *The human quest for meaning. Theories, Research and applications*. New York: Routledge.

Wong, P. (2014). Viktor Frankl's Meaning-Seeking Model and Positive psychology. In A. Batthyany, & P. Russo-Netzer (Red.), *Meaning in Positive and Existential Psychology* (pp. 149-184). New York: Springer Science + Business Media. doi:10.1007/978-1-4939-0308-5_10

Bijlage 1 – Codelijst na fase 1: open coderen

betekenisgeving
BETEKENISGEVING creëren
Bio-Medische benadering
co morbiditeit
CONTROLE
DEPRESSIE EN LIJDEN onderscheid
DEPRESSIE symptomen
DEPRESSIE wat levert het op
DIAGNOSE / DSM kritiek
EMDR
EMPATHIE
falen
HOOP
HULPERVERLENER genezing
HULPVERLENER vermogen tot lijden
hulpverleners
inzicht
lijden
LIJDEN definitie
loser
Medicijnen
mindfulness
mysterie
NORMEN EN WAARDEN KADER
OMGAAN met lijden
OMGAAN MET LIJDEN achteraf
OMGAAN MET LIJDEN kritiek
OMGAAN MET LIJDEN steun
Oogspecialist
OOGSPECIALIST ontdekken van zin
PIJN
prestatiesamenleving
RELIGIEUZE duiding
RELIGIEUZE duiding kritiek
SUBJECTIEF
Suicide
SYSTEEM
TIJD helend
transcendentie
ZIN VAN HET LEVEN geen zin
ZIN VAN LIJDEN onderdeel van het leven, contrast verdriet/geluk
ZIN VAN LIJDEN zinloos
ZIN VAN LIJDEN zinvol
ZINGEVING aspecten
ZINGEVING definitie
ZINGEVING niet gebruiken in de therapie

Bijlage 2 – Codelijst na fase 2: axiaal coderen

ATTITUDE

De houding ten opzichte van het leven of lijden

BEHANDELAAR

Wanneer er over hulpverleners/behandelaars wordt gesproken.

BEHANDELAAR empathie

Een empathische benadering van de behandelaar naar de cliënt

BEHANDELAAR genezing

Wanneer het over de therapie met als doel genezing gaat

BETEKENISGEVING

Het geven van betekenis aan gebeurtenissen, gedachten of gevoelens in het leven.

BETEKENISGEVING context depressie

Het geven van betekenissen die gekleurd worden door de depressieve stoornis.

BETEKENISGEVING creëren

Het verzinnen, maken of creëren van betekenis voor gebeurtenissen in het leven

BETEKENISGEVING kritiek

Kritiek op betekenisgeving

BETEKENISVINDING

Het vinden van betekenis voor gebeurtenissen, gedachten of gevoelens in het leven.

Biomedische benadering

De biomedische benadering / verklaring voor psychiatrische stoornissen

CONTROLE

Behoeftte voor controle of het uitoefenen van controle op het leven.

DEPRESSIE EN LIJDEN onderscheid

Over het al dan niet bestaan van het onderscheid tussen depressie en lijden.

DEPRESSIE symptomen

Opmerkingen over symptomen van depressie en wat depressie precies inhoudt.

DEPRESSIE wat levert het op

Wat de depressie (maar ook lijden) in positieve zin opgeleverd heeft tijdens of na afloop van de depressie

DIAGNOSE / DSM kritiek

Kritiek op het huidige systeem van diagnosticeren en het gebruik van de DSM

HOOP

In vivo

INVOELENDE VERMOGEN

Invoelend vermogen voor andere mensen met een bepaalde psychologische kwetsbaarheid, die leidt tot een goed begrip en mogelijkheid tot steun bieden aan de ander.

INZICHT

Inzicht in het eigen leven: persoonlijkheid, relaties, ambities, verlangens en wensen.

LIJDEN

In Vivo

LIJDEN als reactie op een externe gebeurtenis

Als het lijden wordt verstaan als een belangrijke reacties op een externe gebeurtenis

LIJDEN definitie

De definitie die wordt gegeven door zowel cliënt als hulpverlener, voor lijden

LIJDEN intern onafhankelijk van externe gebeurtenis

Lijden dat zich intern afspeelt onafhankelijk van externe gebeurtenissen

ONTWIKKELING

Ontwikkeling in het leven (op verschillende niveaus: arbeidsmatig maar ook ontwikkeling van de persoon)

PRESTATIESAMENLEVING

Wanneer er naar de maatschappij als een succesvolle wordt verwezen, met druk op presteren en mee moeten doen. Daarnaast wanneer er gesproken wordt over falen met betrekking tot arbeid.

RELIGIEUZE duiding

Wanneer het over religiositeit, levensbeschouwelijkheid of spiritualiteit gaat met betrekking tot lijden of zingeving.

RELIGIEUZE duiding kritiek

Kritiek op religieuze duiding

ROUW

Vanuit de behandelaar gezien. Rouw als onderliggend probleem of oorzaak voor depressie. Rouw om het verlies van iets belangrijks in het leven. Dit kan zijn een persoon, maar ook een deel van de identiteit, overgang naar een andere levensfase, etc.

SYSTEEM / relaties vrienden familie

Systeem is het netwerk van familie en vrienden waar een individu zich in bevind en het belang hiervan.

TRANSCENDENTIE

Een transcendente ervaring hebben.

ZIN VAN HET LEVEN geen zin

Het leven heeft geen intrinsieke zin.

ZIN VAN HET LEVEN zin

Het leven heeft intrinsiek zin.

ZIN VAN LIJDEN onderdeel van het leven, contrast verdriet/geluk

Het lijden is zinvol omdat het een contrast oplevert met mooiere tijden

ZIN VAN LIJDEN zinloos

Het lijden is zinloos

ZIN VAN LIJDEN zinvol

Het lijden is intrinsiek zinvol

ZINGEVING aspecten

Wanneer er over zingeving, of zingevingselementen gesproken wordt.

Bijlage 3 – Codelijst na fase 3: toevoegen theoretische codes

ATTITUDE

De houding ten opzichte van het leven

BEHANDELAAR

Wanneer er over hulpverleners/behandelaars wordt gesproken.

BEHANDELAAR empathie

Een empathische benadering van de behandelaar naar de cliënt

BEHANDELAAR genezing

Wanneer het over de therapie met als doel genezing gaat

BETEKENISGEVING

Het geven van betekenis aan gebeurtenissen, gedachten of gevoelens in het leven.

BETEKENISGEVING context depressie

Het geven van betekenissen die gekleurd worden door de depressieve stoornis.

BETEKENISGEVING creëren

Het verzinnen, maken of creëren van betekenis voor gebeurtenissen in het leven

BETEKENISGEVING kritiek

Kritiek op betekenisgeving

BETEKENISVINDING

Het vinden van betekenis voor gebeurtenissen, gedachten of gevoelens in het leven.

Bio-Medische benadering

De bio-medische benadering / verklaring voor psychiatrische stoornissen

CONTROLE

Behoeftte voor controle of het uitoefenen van controle op het leven.

DEPRESSIE EN LIJDEN onderscheid

Over het al dan niet bestaan van het onderscheid tussen depressie en lijden.

DEPRESSIE symptomen

Opmerkingen over symptomen van depressie en wat depressie precies inhoudt.

DEPRESSIE wat levert het op

Wat de depressie (maar ook lijden) in positieve zin opgeleverd heeft tijdens of na afloop van de depressie

DIAGNOSE / DSM kritiek

Kritiek op het huidige systeem van diagnosticeren en het gebruik van de DSM

EMDR

In Vivo

HELPEN

Anderen willen helpen.

HOOP

In vivo

INVOELEND VERMOGEN

Invoelend vermogen voor andere mensen met een bepaalde psychologische kwetsbaarheid, die leidt tot een goed begrip

en mogelijkheid tot steun bieden aan de ander.

INZICHT

Inzicht in het eigen leven: persoonlijkheid, relaties, ambities, verlangens en wensen.

KENNISVERGARING

Het leren kennen van het zelf door middel van theoretische kennisvergarings, bijvoorbeeld over het verloop van de depressieve stoornis en bestaande behandelingen daarvoor.

LIJDEN

In Vivo

LIJDEN als reactie op een externe gebeurtenis

Als het lijden wordt verstaan als een belangrijke reacties op een externe gebeurtenis

LIJDEN definitie

De definitie die wordt gegeven door zowel cliënt als hulpverlener, voor lijden

LIJDEN intern onafhankelijk van externe gebeurtenis

Lijden dat zich intern afspeelt onafhankelijk van externe gebeurtenissen

MINDFULLNES

In Vivo

MYSTERIE

In Vivo

ONTWIKKELING

Ontwikkeling in het leven (op verschillende niveaus: arbeidsmatig maar ook ontwikkeling van de persoon)

OOGSPECIALIST ontdekken van zin

Wanneer de hulpverlener de cliënt helpt zin te ontdekken

PRESTATIESAMENLEVING

Wanneer er naar de maatschappij als een succesvolle wordt verwezen, met druk op presteren en mee moeten doen. Daarnaast wanneer er gesproken wordt over falen met betrekking tot arbeid.

RELIGIEUZE duiding

Wanneer het over religiositeit, levensbeschouwelijkheid of spiritualiteit gaat met betrekking tot lijden of zingeving.

RELIGIEUZE duiding kritiek

Kritiek op religieuze duiding

ROUW

Vanuit de behandelaar gezien. Rouw als onderliggend probleem of oorzaak voor depressie. Rouw om het verlies van iets belangrijks in het leven. Dit kan zijn een persoon, maar ook een deel van de identiteit, overgang naar een andere levensfase, etc.

SYSTEEM / relaties vrienden familie

Systeem is het netwerk van familie en vrienden waar een individu zich in bevind en het belang hiervan.

TRANSCENDENTIE

Een transcendente ervaring hebben.

VERMOGEN TOT LIJDEN

Alles dat refereert aan het omgaan met het lijden

VERMOGEN TOT LIJDEN achteraf

Wanneer nadat het lijden voorbij is, of is verlicht, wordt omgegaan met het lijden

VERMOGEN TOT LIJDEN kritiek

Kritiek op omgaan met lijden

VERMOGEN TOT LIJDEN normen en waarden kader

Het hebben van een criterium, een kader van normen en waarden waaraan de cliënt zich vasthoudt ten tijde van het lijden, om zodoende ermee om te gaan.

VERMOGEN TOT LIJDEN steun

Steun voor omgaan met lijden

ZIN VAN HET LEVEN geen zin

Het leven heeft geen intrinsieke zin.

ZIN VAN HET LEVEN zin

Het leven heeft intrinsiek zin.

ZIN VAN LIJDEN onderdeel van het leven, contrast verdriet/geluk

Het lijden is zinvol omdat het een contrast oplevert met mooiere tijden

ZIN VAN LIJDEN zinloos

Het lijden is zinloos

ZIN VAN LIJDEN zinvol

Het lijden is intrinsiek zinvol

ZINGEVING aspecten

Wanneer er over zingeving, of zingevingselementen gesproken wordt.

ZINGEVING begrijpen

Zingeving halen uit het begrijpen van zichzelf of de wereld om zich heen

ZINGEVING controle / beheersen / efficacy

Gevoel van controle hebben over het leven

ZINGEVING definitie

De definitie van zingeving

ZINGEVING doelgerichtheid/ toekomst

Het actueel handelen richt zich op een doel in de toekomst

ZINGEVING menselijke relaties

Bespreken van betekenisvolle relaties met anderen

ZINGEVING moraliteit

Het handelen is moreel juist of 'goed'.

ZINGEVING verbondenheid / transcendentie

Een gevoel van verbondenheid of engagement die het individu overstijgt

ZINGEVING werk

Arbeid of een creatieve prestatie

Bijlage 4 – Topiclist voor behandelaars in de GGZ

Introductie lijden en zingeving

- Wat roept het bij u op?
- Wat is lijden?
- Wat is zingeving?
- Is er een verschil tussen pathologisch lijden en andere vormen van lijden?
- Welke plek neemt lijden in onze samenleving / wat is de rol van het lijden in onze samenleving/ hoeveel aandacht krijgt het lijden in onze samenleving?

Vermogen tot lijden in de behandeling

- In hoeverre maakt het vermogen tot lijden onderdeel uit van uw behandeling?
 - Waarom wel / niet? Hoe?
- Zouden mensen kunnen profiteren van het activeren van het vermogen tot lijden?
- Kunt u voor zich zien hoe dit vorm zou kunnen krijgen?

De zingevende component van lijden

- In hoeverre is lijden zingevend?
 - Ja, hoe?
 - Nee, waarom niet?

Bijlage 5 – Topiclist voor ervaringsdeskundige

Lijden in het algemeen

- Wat is volgens u (psychisch) lijden?
- Is er een verschil tussen lijden gelinkt aan een depressie en andere vormen van lijden?
- Hoe kijkt de maatschappij aan tegen lijden volgens u?
- Op wat voor manier bent u om gegaan met het lijden ten tijde van uw depressie?
- Bent u in behandeling geweest voor uw depressieve klachten?
 - Bij wat voor hulpverlener was dit?

Is lijden zingevend?

- Heeft u het idee gehad dat uw lijden niet voor niets is geweest?
- Denkt u dat er een reden was dat u geleden heeft?
 - Zo ja: Kunt u voorbeelden geven van of het lijden u iets heeft opgeleverd?
 - Zo nee: had het u geholpen om op een actieve manier naar uw lijden te kijken? Had het u geholpen om betekenis aan het lijden te geven? Had het u geholpen als er wel een reden zou zijn? Zo ja, welke? Zo nee, waarom niet?
- Bent u anders naar uzelf gaan kijken tijdens of na de depressie?
- Wat verstaat u onder zingeving?

Aandacht voor lijden in de behandeling

- Is er aandacht geweest voor uw lijden in de behandeling?
 - Zo ja, hoe zag dit eruit?
 - Was dit gericht op vooruitgang / ontwikkeling?
 - Werd er geprobeerd zin te geven aan het lijden? Hoe?
 - Waar lag de nadruk op?
 - Zo nee, wat had je graag gezien? Heeft u tips voor behandelaars over hoe om te gaan met het lijden?
- Hoe ziet u dit zelf? Moet het lijden z.s.m. verholpen worden of zou u er mee moeten leren omgaan?
- Wat vindt u van het idee om tijdens behandeling van mensen met een depressie hulp te bieden voor het geven van betekenis aan het lijden? Waarom wel / niet? Op welke manier?
- Heeft u tips voor uw behandelaar omtrent het omgaan met lijden?