

Personal meaning: van narratieve analyse tot geestelijke zorg

Ellen Oosting & Willem Marie Speelman*

Summary

The religious origins of medical care tell us that care is always also a manner of coping with the uncontrollable sides of life. Present day medical care, however, finds it difficult to deal with this manner of coping, because it is a very personal and individualized matter. On the other hand, the personal manner of coping – religiously, spiritually or other – is considered an important aspect of care practice. The (spiritual) counselor may have a special role in this process and develop special skills in order to assist it. This article investigates coping with the uncontrollable sides of life as a personal involvement in which meaning is generated. By a narrative analysis of the stories of three different persons involved in this process – the patient, her daughter and the physical therapist – we can follow how they are generating meaning together. Relying on powers of motivation, collecting or hoping for competences, the patient tries to realize a valuable situation, transforming an uncontrollable into a meaningful life event. The daughter and physical therapist, each one following their own program are helping the patient. The narrative approach of personal meaning may help the counselor to follow the manner in which a person copes with his or her situation, and to tune the programs of different persons involved in this situation to one another.

Zorg en de omgang met het onbeheersbare

Gezondheidszorg is tegenwoordig meer dan vroeger gericht op het functioneren van de patiënt in zijn dagelijks leven (Vloet 2011). Het is niet *alleen* om kosten te besparen dat de patiënt zo snel mogelijk uit het ziekenhuis ontslagen wordt. Ook om goede zorg te bieden is het zorgtraject er op gericht de patiënt als zelf regelend persoon te benaderen die, wanneer mogelijk, zijn of haar leven weer oppakt en het herstel thuis voortzet (Huber 2011). Het herstel

* Willem Marie Speelman is directeur van het Franciscaans Studiecentrum, verbonden aan de Tilburg School of Catholic Theology van de Tilburg University. Ellen Oosting is als fysiotherapeut en onderzoeker verbonden aan de afdeling fysiotherapie van het Ziekenhuis Gelderse Vallei in Ede.

is immers uiteindelijk het werk van de patiënt zelf. En laten we niet vergeten dat de zorg oorspronkelijk thuiszorg is. Om de terugkeer naar het leven thuis vloeiend te laten verlopen maakt de zorg gebruik van mantelzorg, waarin het thuisfront actief bij het zorgtraject betrokken wordt.

Om dit alles heen hangt een zweem van beheersing en controle. En dat is weer niet *alleen* om de kosten in de hand te houden. Zorg is altijd een praktijk geweest van bezorgdheid, nauwkeurigheid en bijzondere aandacht; want zorg is in wezen omgang met het onbeheersbare, oncontroleerbare. Niemand weet wanneer hij ziek wordt of een ongeluk krijgt, niemand kan zich volledig afschermen van de risico's van het bestaan. Vandaar dat het ziekenhuis ook een religieuze oorsprong heeft in de tempels van Asklepios en Hygeia: hoe hard Hippocrates ook probeerde de ziekten van zijn tijd onder *medische* controle te krijgen, de cultus van magie en ritueel bleef bloeien.¹ En die strijd tussen religieuze en medische zorg, die toen begon en tot in onze tijd duurde, is uiteindelijk beslecht in het voordeel van de medisch-wetenschappelijke benadering (Grmek 2002). Maar met de overgang van religieus gemotiveerde naar wetenschappelijk gestuurde zorginstellingen, van 'zusters' naar 'verpleegkundigen', is het zorgstelsel de religieuze vormen van de omgang met het onbeheersbare kwijtgeraakt. Natuurlijk, er wordt nog gebeden aan ziekbedden, en ook de ziekenzalving wordt nog toegediend. Maar dat gebeurt eerder in de marge dan dat het opgenomen is in het reguliere zorgtraject.

Dit proces is historisch en onomkeerbaar. Toch lijkt het nodig nieuwe vormen te ontwikkelen, waarbij de focus – zoals het in deze tijd past – gericht zal zijn op de persoonlijke omgang met het onbeheersbare op weg terug naar de huiselijke omgeving. En nu denken wij aan iets anders dan risicomangement, dat de rol van het onbeheersbare zoveel mogelijk probeert te verkleinen (Horstman 2000). Eerder denken wij aan een zorg die aansluit bij het persoonlijke vermogen van de patiënt om zijn of haar levensuitdagingen een plaats en een betekenis te geven (Huber 2011). We zullen betogen dat een geestelijk verzorger juist op dit terrein een bijzondere rol kan vervullen, vanwege zijn of haar vaardigheid zich te verhouden tot het onbeheersbare. En we zullen dit doen tegen de achtergrond van een willekeurige casus uit de fysiotherapeutische praktijk (Oosting 2017). We kiezen ervoor geen gebruik te maken van de term 'spiritualiteit', hoe belangrijk dit terrein ook is (De Jager Meezenbroek 2012; Zinnbauer & Pargament 2000), omdat de term te onduidelijk is (Reinert & Koenig 2013)² en door de koppeling van spiritualiteit en religie belemmerend kan werken voor zowel de therapeut als de patiënt.³ Toch willen we dit terrein wel degelijk beschrijven, maar dan wel zo dat zowel diep religieuze verhalen als wereldse verhalen als het onze in een *zelfde* benaderingswijze

beschreven kunnen worden. Daarom kiezen wij ervoor aan te sluiten bij het onderzoek naar ‘personal meaning’, waarin geprobeerd wordt het terrein van de spiritualiteit op een brede, al dan niet religieuze en levensbeschouwelijke manier te ontsluiten (Wong 1998). Dit is geen waardenvrije benadering (cf. de kritiek van Zinnbauer & Pargament 2000), maar zoals we zullen zien juist een benadering die de waarden probeert te beschrijven.

***Personal meaning*: een nieuwe benadering van de gezondheidszorg**

Met het woord *personal meaning* is het niet de bedoeling nog eens een ongedefinieerd en ondefinieerbaar begrip toe te voegen aan de reeks van zingeving, spiritualiteit en levensbeschouwing. En het gaat ons ook niet om het woord, dat wat ons betreft prima vertaald kan worden als persoonlijke zingeving. Maar door het terrein *persoonlijk* te maken en te benaderen als zingeving of liever *betekenisvormgeving*, wordt het mogelijk het terrein in alle openheid en toch precies te beschrijven. Dit gesteld hebbende, zullen we meteen aangeven hoe wij dit brede terrein willen toespitsen.

Hoewel *personal meaning* in wezen alle betekenisvormgeving betreft, zullen wij ons richten op de betekenis van levenssituaties die ook gekenmerkt worden door het onbeheersbare. Denk bijvoorbeeld aan *major life events* zoals een operatie, waarin de patiënt zelf geen regie kan voeren. De ervaring van onmacht in het persoonlijke leven wordt in het algemeen gevoeld uit het meer omvattende ‘global meaning’ – waaronder grotere, al dan niet religieuze tradities. In onze benadering krijgt deze ‘global meaning’ zijn waarde echter doordat het persoonlijk wordt herkend en/of toegepast in de eigen levenssituatie (Park & Folkman 1997; Reker & Wong 1998).

Een andere toespitsing betreft de persoonlijke betekenis als resultaat en als proces. Tot nog toe wordt *personal meaning* vooral beschreven vanuit kwantitatief onderzoek, waarin een patiënt bijvoorbeeld aangeeft hoe religieus hij is, en hoe belangrijk lichamelijk welbevinden voor hem is (Delle Fave 2013). In een dergelijke benadering kan de indruk ontstaan dat betekenis ‘iets’ is dat iemand als een kant en klaar medicijn tot zijn of haar beschikking heeft om in te zetten bij ziekte of verlies.⁴ Maar persoonlijke betekenis(vormgeving) is *altijd* een proces,⁵ waarin de individuele persoon leert zijn of haar situatie een plaats te geven in zijn of haar leven. Een onderzoeksvraag als “bent u religieus?” of “bent u spiritueel?” heeft maar een zeer beperkte zin. Alleen zeggen dat je katholiek bent zal je niet veel helpen met het afstemmen op je situatie van hulpeloosheid; dat gebeurt alleen als je jouw geloof betreft bij het proces

van betekenisvormgeving, als bijvoorbeeld God en de kerk een rol gaan spelen in dit proces. Vanzelfsprekend kunnen dit ook andere vormen van 'global meaning' zijn. Daarom is het beter te onderzoeken hoe het geloof of het ongehoof deze persoon in deze situatie volgens zijn of haar eigen verhaal verandert. Een ander, bijvoorbeeld een geestelijk verzorger, kan de persoon om wie het gaat begeleiden in dit proces.

Om de persoonlijke betekenis te kunnen beschrijven zullen we haar benaderen in het licht van persoonlijke betrokkenheid – aan de hand van de spiritualiteitsleer van Kees Waaijman (2001) – en als generatief proces van betekenisvormgeving – aan de hand van de semiotiek van Algirdas Julien Greimas (Greimas & Courtés 1979). Waaijman beschrijft spiritualiteit als een godmenselijk betrekkingenbeuren waarin beide polen van deze betrekking – dus zowel God als de mens in kwestie – wederzijds tot gestalte komen (2001, 424). Deze definitie is zeer bruikbaar gebleken in de beschrijving van theïstische levensbeschouwingen, maar lijkt een probleem op te leveren in 'spiritualiteiten zonder God'. Echter, in de beschrijving van Waaijman is het *betrekkingenbeuren* de activiteit die de polen gestalte geeft. Daarom kan in het algemeen gezegd worden dat betrokkenheid tot wederzijdse verandering, meer bepaald tot onderlinge afstemming van de betrokkenen leidt. Zo leidt ook de persoonlijke betrokkenheid op een levenssituatie, bijvoorbeeld een blijvende handicap, ertoe dat zowel de persoon als de situatie veranderen. In dit omvormingsproces, of betrekkingenbeuren, gaat de mens op een positieve manier om met het onbeheersbare: terwijl de persoon de situatie niet naar believen kan veranderen, verandert hij of zij zichzelf *en* de situatie ten minste zo dat zij op elkaar afgestemd zijn. Als de persoon en zijn of haar levenssituatie in onderlinge betrokkenheid veranderen, ontstaat er betekenis. En het ontstaan van betekenis is te beschrijven. Greimas en zijn Parijse School ontwikkelden een methode om het ontstaan van betekenis in verhalen te beschrijven. We zullen straks nader ingaan op deze methode, of althans dat deel ervan dat wij hier gebruiken.

De overgang van de vanwege zijn onduidelijkheid moeilijk operationaliseerbare term 'spiritualiteit' naar 'personal meaning' heeft ons inziens als voordeel dat deze laatste term breed toepasbaar is – ook bij mensen die zich niet als spiritueel beschouwen –, dat hij toch het terrein van de spiritualiteit kan beschrijven – namelijk als een betrekkingenbeuren dat de nieuwe levenssituatie gestalte geeft –, en dat hij semiotisch ontsloten kan worden.

Het onderzoek naar personal meaning in de zorgpraktijk

We zullen ons hier richten op personal meaning als proces, en in hoeverre de patiënt het vermogen heeft dit proces te voltrekken. Allereerst gaat het natuurlijk om de patiënt zelf, en in hoeverre zij in staat is haar gebrekkige gezondheid betekenis te geven in haar leven. Vervolgens is personal meaning nooit 'iets' van een geïsoleerd individu, maar spelen verschillende mensen en instanties er een rol in; i.c. de mantelzorger en de therapeut, de thuissituatie en het gezondheidsinstituut. Overigens ontbreekt in onze casus de geestelijk verzorger en het levensbeschouwelijke instituut; maar dat ontbreken geeft ons juist inzicht in de rol die hij of zij zou kunnen spelen. Tenslotte speelt in de personal meaning het hele persoon-zijn van de betrokkenen mee: het lijdende lichaam zowel als de psychische gesteldheid, het dagelijks leven zowel als het zelfbeeld (Oosting 2017).

Personal meaning veronderstelt de ontwikkeling van een persoonlijkheid, die Dan McAdams “an emerging narrative identity” en “a redemptive self” noemt (McAdams 1998). Deze narratieve identiteit beleeft zijn situaties in het verhaal dat hij of zij erover vertelt. In dat vertellen schikt dat “redemptive self” (van *redimo*: vrijkopen, schikken, weer goedmaken) zijn situatie zo dat hij er zinvol mee kan leven. Persoonlijke betekenis kan daarom benaderd worden in het verhaal, waarin de mens, samen met anderen en tegen de achtergrond van al dan niet religieuze verhalen,⁶ alles wat hem of haar overkomt narratief organiseert, schikt en weer goedmaakt. Greimas heeft aangetoond dat de narratieve organisatie de gebeurtenis vertelt als een narratief programma waarin een motivatie (willen, moeten), een competentie (kunnen, weten hoe), een handeling (doen) en een evaluatie (beoordelen) verondersteld wordt. De actie wordt beschreven als de realisatie van een of meer waarden (Greimas & Courtés 1979).⁷

In dit licht stellen wij een kwalitatieve onderzoeksmethode voor, meer bepaald een narratieve (Speelman 2011; 2013; 2017; Oosting 2017) om de rol van persoonlijke betekenis in de zorgpraktijk te onderzoeken. We zullen dieper ingaan op de methode op het moment dat wij haar zullen gebruiken. Allereerst hebben we een persoonlijk verhaal nodig van iemand die zich moet afstemmen op haar levenssituatie, die de reguliere zorg maar ten dele kan beheersen. Dit hoeft geen bijzondere casus te zijn, maar het moet wel het *eigen* verhaal zijn, zo spontaan mogelijk geformuleerd. De veronderstelling is dat persoonlijke betekenis zich – al is het maar door een detail – toch wel laat kennen in het spontane verhaal; tegelijk laat de verteller allerlei informatie onvernoemd, hetgeen een eigen rol speelt in het proces van betekenis-

vormgeving.⁸ Ook wat iemand *niet* zegt is immers betekenis. Omdat het persoonlijke verhaal echter uitdrukking is van een sociaal proces zijn we niet alleen geïnteresseerd in het verhaal van de patiënt, maar ook in die van de direct betrokkenen in deze casus. De algemene vraag is dan hoe de betrokkenen zich afstemmen op de zorgsituatie waarin zij zich bevinden en met elkaar te maken hebben: waar halen zij hun motivaties vandaan, lukt het hen om de competenties te verwerven om te doen wat zij willen doen, wat doen zij in feite en hoe beoordelen zij dat? Deze vragen sluiten nauw aan bij de narratieve analyse van de school van Greimas, en geven inzicht in de wijze waarop deze personen zich verhalend afstemmen op de nieuwe levenssituatie van de patiënt en deze aldus een plaats en zin geven. Zo kunnen we inzicht krijgen in de persoonlijke betekenis binnen de complexe situatie (huis, ziekenhuis) waarin zij vormgegeven wordt.

We hebben een patiënt, haar dochter en haar fysiotherapeut gevraagd een kort verhaal te schrijven dat verbonden is met de casus. We hebben geprobeerd dit verhaal zo spontaan mogelijk te laten ontstaan. Het gaat om een vrouw die in de voorbereiding van een heupoperatie een training volgt om de kans van een snel post-operatief herstel te vergroten. Haar is gevraagd hoe het met haar gaat in het zorgproces, en wat ze hoopt te bereiken. Omdat ze problemen had met schrijven is haar verhaal in de vorm van een interview opgetekend. Aan de dochter en de fysiotherapeut is dezelfde vraag gesteld. Van de fysiotherapeut moet gezegd worden dat zij weinig persoonlijke informatie over zichzelf losliet, en zich eigenlijk beperkte tot een verslag van de casus. Van de dochter geldt juist het omgekeerde; dat ging vooral over zichzelf in relatie tot haar moeder. Wellicht waren wij in een interview geneigd geweest deze beperktheid te corrigeren. Maar zo wordt meteen duidelijk waarom het eigen verhaal de beste bron is. De wijze waarop deze mensen de vraag verstaan hebben, zegt namelijk iets over hun positie in het zorgproces: de dochter spreekt in de context van het huis, de fysiotherapeut in de context van het gezondheidsinstituut; en zo klinken inderdaad hun verhalen, die ook betekenis genereren door iets te verzwijgen. De gedachte achter het analyseren van deze verhalen is, dat iedere participant zijn of haar eigen programma volgt dat tot betekenis leidt, en dat in het totale zorgprogramma deze verschillende processen zich – harmonisch of dysharmonisch – tot elkaar verhouden.

We hebben de verhalen geanalyseerd met behulp van een narratieve methode (Speelman 2011). Deze methode bestaat in het navolgen van de structuur van bovengenoemde narratief programma, dat we hier nog eens in schema zetten:

1. motivatie	iedere handeling is gemotiveerd, in gang gezet: met een technische term <i>destination</i> → we zoeken sporen van motivatie in de verhalen: waarom zegt iemand dat zij doet wat zij doet?
2. competentie	iedere handeling veronderstelt de volledige competentie tot haar uitvoering → hoe zegt het verhaal dat iemand zich toerust tot het uitvoeren van een handeling? Moet zij, wil zij, kan zij, weet zij hoe?
3. handeling	de structuur van de handeling zelf is een transitie van een oude naar een nieuwe toestand, waarin waarden worden gerealiseerd die de inhoud vormen van de persoonlijke betekenis → wat probeert men te bereiken, en wat betekent het als men dat bereikt heeft?
4. evaluatie	iedere handeling veronderstelt een terugkoppeling, en een oordeel van de <i>destinator</i> → is het gelukt, is men tevreden, en wie is tevreden?
Narratief schema	

In het programma van het verhaal komt dus aan het licht wie nu eigenlijk actief is, waar de al dan niet motiverende krachten vandaan komen, welke competenties er zijn of gemist worden, welke betekenis (in de vorm van waarden) gerealiseerd wordt en in hoeverre dit gelukt is en gewaardeerd wordt. Omdat de drie verhalen op elkaar betrokken worden, wordt zo duidelijk hoe de één een rol speelt in het verhaal van de ander, en in hoeverre hun trajecten op elkaar zijn afgestemd. Vooralsnog is alleen de vraag gesteld hoe de persoonlijke betekenis functioneert in de zorgpraktijk, niet de vraag hoe dit functioneren kan worden verbeterd. Maar op die vraag zullen we aan het eind wel ingaan, omdat wij daar een rol voor de geestelijk verzorger in vermoeden. We zullen nu de verhalen (iets verkort) noteren, en daarbinnen *exemplarisch* – want er zijn er altijd vele – sporen aanwijzen van motivatie, competentie, handeling en evaluatie.

Case report

Het verhaal van de patiënt

(*De fysiotherapeut was langsgelkomen ...*) We hebben eigenlijk eerst een half uur zitten praten en toen wou ze nog gaan lopen, maar toen heb ik gezegd dat doen we niet meer (*de patiënt bepaalt, en is dus de uiteindelijke motiverend kracht*). Ja je kunt hier lopen en nu ben ik best wel actief, nou voor mijn doen, actief geweest. Ik heb zelf de boodschappen gedaan voor mijn verjaardag (...) Dat heb ik toch maar gedaan en dan ben ik wel trots op mezelf hoor (*evaluatie*). Maar dan ben ik helemaal gevloerd de volgende dag (*negatief spoor van competentie*). Dan heb ik zo'n pijn, ja, dat heb ik er niet altijd voor over, maar nu moest ik wel. Ik had A gezegd en toen moest ik ook B zeggen, maar ja, pijn in de heup, maar ook in het hele lijf en dood en dood moe, maar vooral ook mijn heup hoor, in de lies en mijn bovenbeen. Ik wilde ook niets meer, dan kan ik helemaal niet meer in en uit

bed komen. En toen ben ik elke middag een paar uur op bed gegaan. (...) Maar ja, ik zak erdoor, ik loop niet meer, ja ook in huis, ik durf niet meer. (...) Ik heb iemand die voor mij de boodschappen doet, mijn 89-jarige buurman (*competentie*). (...) En dan heb ik een hoop in die kar zitten en dan denk ik: wat doe je toch alleen met al die spullen. Ja, en hoe het allemaal na die tijd moet, daar ben ik natuurlijk ook mee bezig. En ik heb geen zin om te revalideren. Want als je gaat revalideren kom je in een bejaardentehuis te zitten of in zo'n revalidatiedinges als ONO, alles is krakkemikkig en oud, nou... ik ben wel oud, ik ben 76 geworden, maar ik voel me niet echt oud. (*Telefoon gaat en mevrouw maakt een afspraak, ze zet die in de agenda*) ...hij is vol voor vandaag! Allemaal leuke dingen, fysiotherapie staat er bij, koffie schenken moet ik zo meteen doen en vanavond ga ik spelen, dobbelen (*andere motiverende kracht, van anderen, maar ook van handeling en zelfs van evaluatie bij voorbaat*). (...) En nu doe ik weer dingen. Morgenavond ga ik met 2 vriendinnen, 2 mensen van hierboven, daar was ik pas en toen zei ze: kom nou eens een keer koffiedrinken, ok, ze is 89, een ontzettend leuk gezellig mens. Ja ik mis het zo, zei ze, eens een keer naar een voorstelling of theater of een keer uit eten, dat doe ik nooit meer. Dus ik zei: nou dan gaan we samen uit eten, dat gaat morgen gebeuren. En we hebben er nog iemand bij gevraagd, dus we gaan met z'n drieën (*spoor van handeling*). (Vraag: "En wat verwacht u van de fysiotherapeut?") Nou ik ben deze week toch wat meer gaan lopen, ook hier in huis, dan zijn het allemaal wel rechte vloeren, maar zo kan ik wel lopen. Maar ik moet er op letten dat ik mijn schouders laat zakken, kijk ik zit zelfs met de schouders omhoog, gespannen. En dat is natuurlijk ook niet goed voor de hele narigheid (*spoor van fysiotherapeut als competentie-verschaffer*). Maar ik heb nooit een slecht humeur, maar ik ben wel eens verdrietig. En als het dan helemaal niet wil... daar heb ik moeite mee. Dat je niet kunt fietsen. Oja, de fysiotherapeut zei: ik krijg je weer op de fiets (*fysiotherapeut probeert de anti-competenties of hindernissen weg te nemen*). Ik ben vorig jaar voor het laatst geweest. Ik durf niet. En ik heb een elektrische fiets en dat heb ik pas 30 km gedaan, ja dat is zonde natuurlijk, ik kan het goed gebruiken, maar als dat zou lukken zou heel mooi zijn. Dan kan ik ook op de fiets naar het dorp. (...) En dan ben ik bij mijn dochter: o mam, ik ben zo moe, vind je het goed dat ik even plat ga. En ik zeg: ja natuurlijk meisje en ik denk: o je moest eens weten. Dan ben ik bij de kleintjes en dan gaat zij even op bed liggen. 4 kinderen, groot huis en dan nog 2 dagen werken, ja... dat is dan een andere soort moeheid (*mevrouw competentie-verschaffer voor haar dochter*). Ja, bij mij is het ook 2 soorten moeheid, het is de letterlijke moeheid, maar ook de moeheid in mijn kop, dat je je zo moet inspannen om wat te gaan doen. Het wil niet. Ik hoop zo dat ik na deze operatie, dat ik dan: we gaan, hup, jas aan, en naar buiten en dan zonder rollator of zonder krukken of weet ik veel wat. Ja maar ja... (*spoor van competentie, "hoop doet leven"*) En ik ben naar Den Haag geweest! Met de trein. Met krukken, maar ik ben er toch gekomen en alleen weer terug gegaan. (...) Ik ben trots dat ik ben gegaan (*handeling en evaluatie*), ik had al gezegd dat ik niet zou komen, mijn zusje was er zelf al over begonnen: ik weet dat je helemaal niet van verjaardagen houdt. En

haar verjaardagen zijn toch wel speciaal, want ze is griffier op de rechtbank geweest dus er loopt van alles van dat spul rond. Ze zijn allemaal wel met pensioen, maar toch. En ik ken de meesten wel. En dan moet je toch wel een keer je best doen (*spoor van externe motivatie*). Maar ik denk ik ben gek, mijn zus is jarig en ik ga! (*eigen motivatie*). Ik ben toch wel blij dat ik ben geweest (*spoor van handeling en evaluatie*). Ja maar dan denk ik, ik moet er wel voor betalen, maar ok, dat moet dan maar. En dat kan dan in mijn situatie. Als je, zoals u, elke dag werkt, dan moet je de volgende dag toch weer aan het werk, dat heb ik dus niet. Ik heb dan de tijd aan mezelf (*competentie*).

Voor wat betreft de motivatie is het opvallend dat mevrouw A. zelf de belangrijkste motiverende kracht achter haar programma is. En dat programma is vooral een normaal actief leven te leiden, waarin ze bezig kan blijven en zonder al te veel moeite gezellige dingen kan doen. Haar angst om te vallen, de pijn en fysieke beperkingen werken dit tegen. Daarom is ze naar de orthopedische chirurg en de fysiotherapie gegaan. Na de operatie hoopt ze weer, zonder wandelstok of rollator en zonder revalidatie, leuke dingen te kunnen gaan doen. Dit zijn sporen van *verhoopte* (nog niet gerealiseerde) competentie. Behalve de chirurg en de fysiotherapie, en de wandelstok en rollator die ze nu gebruikt, is ook een buurman een competentieverschaffer: hij helpt haar met het doen van boodschappen. Met deze hulpbronnen lukt het haar om inderdaad een actief leven te leiden: “[Mijn agenda] is vol vandaag! Allemaal leuke dingen. Ik zal straks koffie schenken, en vanavond gaan we spelletjes spelen.” Ze evalueert dat zelf met een gevoel van trots. Maar na afloop van zo’n dag is er wel steeds pijn en uitputting. Het ontbreekt haar dus aan voldoende competentie om haar programma – een normaal actief leven leiden – uit te voeren. Het succes van haar programma hangt af van een onbeheersbare kracht, die zij echter niet rechtstreeks aanspreekt: dat de operatie mag slagen. We horen hier geen vrouw die patiënt is, bezig met haar revalidatie; deze vrouw wil niets anders dan de competentie om zelf een actief leven te leiden. In haar nieuwe levenssituatie probeert zij waarden te realiseren als /onafhankelijkheid/, /gezelligheid/, /moeiteloos/ en /bezig blijven/. Die geven haar leven zin.

Het verhaal van de fysiotherapeut

Als ik aan kom lopen, staat ze al op de gang te wachten vergezeld door haar kat. Ze loopt met een kruk. Het is een slimme goed ontwikkelde vrouw, weduwe. Ze spreekt met veel liefde over haar overleden man. Hij had veel humor en samen lachten ze veel. Ze mist hem, al wil ze hem niet op speciale dagen herdenken. Ze gaat ook nauwelijks naar zijn

graf, dat is tenslotte maar een steen. Ze herdenkt hem wanneer het haar zo uitkomt (*spoor van competentie? Persoonlijke relatie helpt de fysiotherapeut om te helpen*).

Mevrouw wil graag meewerken aan het onderzoek en is zeer gemotiveerd om te trainen. Ze wil namelijk niet naar een verpleeghuis. Mevrouw gelooft dat ze thuis veel sneller herstelt (*spoor van motivatie: mevrouw, haar geloof, is eerste motiverende kracht*).

Mevrouw wil eigenlijk alles proberen, bij het afnemen van de DEMMI moet er gesprongen worden. Ze vindt het raar dat het niet wil, begrijpt het niet. Dat moet toch kunnen. Uiteindelijk met steun van mijn handen maakt ze een sprongetje. “Zie je wel dat het lukt” (*spoor van motivatie: mevrouw zelf motiveerde het te blijven proberen*). Ook de 50 meter zonder loophulpmiddel wil ze proberen en het lukt haar ook nog in een flink tempo. Ik heb het gevoel dat ze het graag “goed” wil doen (*spoor van fysiotherapeut als motiverende kracht: mevrouw wil dat de fysiotherapeut vindt dat zij het goed gedaan heeft*).

Mevrouw oefent elke dag ondanks dat de pijn met 2 punten is toegenomen van 6 naar 8 nu ze meer belast. Mevrouw slikt 6 paracetamol op een dag en zou er dus nog twee mogen. Dit wil zij echter niet. Als excuus gebruikt ze de verdeling over de dag. Voordat ze goed en wel op is, is het 10:00 uur. Ze neemt er dan 2, 's middags 2 en voor het slapen gaan 2.

Mevrouw heeft elke dag 2-3x 150 m gelopen in een flink tempo, met BORG 13. Naast haar evt loopje naar het dorp. Mevrouw geeft echter aan dat ze het moeilijk vindt om dit aan te geven. En dat gevoel heb ik ook: zij scoort te laag. Op haar ademhaling en zwetend voorhoofd af te gaan denk ik dat het BORG 15 is.

Ze zou ook 3x daags 10x opstaan en gaan zitten, maar dat is ze vergeten (*sporen van (gebrek aan) competentie*).

De TUG vandaag getest met kruk en deze was 14,63, In het ziekenhuis was het 16,75. Er is dus al progressie. Ook trap gelopen, trap af is geen probleem, trap op kost veel moeite. Is ook pijnlijk maar neemt niet toe NPRS 8, Borg 15, HF 116. Ook deze BORG score is denkt ik te laag, ze was helemaal buiten adem; ik zou zelf BORG 17 geven (*sporen van handeling en evaluatie, maar door de technische termen ook van een andere motiverende kracht: het gezondheidsinstituut*).

Mevrouw wil graag na de operatie weer kunnen fietsen, ze heeft een fiets met lage instap. Nu lukt het niet om op te stappen omdat ze niet op haar linker been kan staan. Ik heb aangegeven dat we dit zeker na de operatie gaan oefenen en dat de kans groot is dat het lukt omdat de pijn dan waarschijnlijk weg is (*spoor van andere kracht, operatie, die competentie zal verschaffen*).

De fysiotherapeut bevestigt in haar verhaal dat de belangrijkste motiverende kracht mevrouw A. zelf is, haar onuitputtelijke wil. De motivatie van mevrouw A. motiveert de fysiotherapeute haar te helpen. Maar ze laat ook blijken dat de richtlijnen van het gezondheidsinstituut een sterke motivator

voor haar handelen zijn. Ze neemt de rol van helper op zich, om bij te dragen aan de competentieverwerving voor het programma van mevrouw A. In dat kader spreekt ze uitgebreid over de professionele competenties die haar als fysiotherapeut ter beschikking staan om deze hulp te bieden; allereerst de technische instrumenten en metingen die het gezondheidsinstituut haar oplegt – bijvoorbeeld hoe men de toestand van een patiënt behoort te beschrijven – maar vervolgens ook haar persoonlijke competenties – bijvoorbeeld wanneer ze twijfels houdt over een zgn. BORG score. Ten slotte noemt ze de aanstaande operatie als een instrument voor mevrouw A. om competentie te verwerven voor haar programma, in haar woorden “weer fit te worden”. De fysiotherapeut laat niet na te melden dat haar programma gelukt is: mevrouw A. gaat vooruit, en bovendien meldt ze dat mevrouw A. nog meer gemotiveerd is geworden. De waarden die de fysiotherapeut hoopt te realiseren zijn /fitheid/ en /kunnen/. Het succes van de fysiotherapeut is vooral afhankelijk van de kracht van de patiënt enerzijds, en het protocol anderzijds. Merk op dat in dit verhaal geen spoor van omgang met het onbeheersbare te vinden is (behalve ‘dat de kans groot is’): er heerst groot vertrouwen in het technische kunnen *en* in de motivatie van de patiënt.

Het verhaal van de dochter

Mijn man en ik zijn twee dagen samen uit geweest. Onze oudste twee kinderen (T. 13 en M. 15 jaar) hebben bij mijn moeder gelogeed. De oudste twee hebben de minste ruimte en de minste zorg nodig. Dus voor hen is het geen probleem om naar mijn moeder te gaan op de flat. Ze kunnen haar helpen met boodschappen doen en in huis hebben ze genoeg aan hun telefoon, laptop, of een boek. Ze voelen zich op hun gemak bij hun omi, alhoewel T. altijd wel bang is dat er iets met omi gebeurt, een val ofzo, en dat hij dan goed moet handelen. Ik heb hem uitgelegd dat hij niet verantwoordelijk is en dat hij meteen andere volwassenen er bij moet halen (*spoor van competentie, maar voor het programma van de dochter: mevrouw A. maakt haar uitje mogelijk*).

Het was heerlijk om voor het eerst in 15 jaar een paar dagen samen weg te zijn, maar het is ook weer fijn om iedereen bij elkaar te hebben (*evaluatie door dochter over haar handeling*). Mijn moeder is erg trots op de jongens. Ze hebben leuk geholpen met het koffieschenken tijdens het sjoelen wat mijn moeder elke maandagmiddag doet. T. heeft in huis geholpen met afruimen en het inruimen van de vaatwasser. M. heeft regelmatig een kaartspelletje gedaan met zijn omi. Mijn angst dat ze niet achter hun laptop vandaan te slaan zouden zijn die twee dagen blijkt dus ongegrond. Ook de jongens hebben leuke dagen gehad (*spoor van evaluatie en dus van motivatie: als moeder trots is, is zij de destinator oftewel motiverende kracht voor de dochter*).

We hebben chinees gehaald en dat eten we bij mijn moeder op. Haar vriend eet ook mee. Het is dan eigenlijk te druk in huis. De kinderen eten aan de salontafel, de volwassenen aan de eettafel. De kinderen worden wat onrustig, de oudste twee gaan steeds op hun laptop terwijl ik dat niet meer wil. De jongste twee zitten elkaar in de haren en eten bijna niets. Het toetje valt gelukkig wel in de smaak, zeker als het de zelfgemaakte kwatta-pudding van omi is met slagroom! Ik krijg dan het gevoel dat de drukte te veel wordt voor mijn moeder (of voor mij in deze kleine ruimte?) en dan wil ik snel naar huis. Dus na het eten gaan we naar huis (*evaluatie en motivatie komt van de dochter: over haar eigen programma, drukke kinderen zijn anti-competentie*).

Daarom ga ik het liefst alleen naar mijn moeder, of met 1 of 2 kinderen, maar liever niet met het hele stel! Dan vind ik het fijner dat ze bij mij komt zodat de kinderen de ruimte hebben en hun eigen gang kunnen gaan. Dan heb ik meer rust om gezellig te kletsen. Dus al met al kom ik niet zo vaak bij mijn moeder, maar komt zij doordeeweeks 1-2 keer bij mij. Ze vindt het fijn om me dan wat te helpen met de was, anders voelt ze zich niet nuttig! Voor mij gezellig en praktisch! (*spoor van het programma van de dochter, dat moeder zich nuttig voelt in een gezellig huis*).

Na de operatie zal ze een tijd geen auto mogen rijden en zal ik meer haar kant op gaan. Ik weet nu al dat ze zich dan bezwaard gaat voelen (*spoor van anti-competentie in het programma van de dochter*). Maar als ze zo goed opknapt na deze operatie als na de vorige heupoperatie, dan kan ze misschien weer wat meer ondernemen met de kleinkinderen en kunnen we ook weer eens gaan shoppen samen, want dat wil ze zo graag en dat gun ik haar van harte! (*spoor van de motivatie door de moeder*).

De dochter schrijft uitsluitend over haar familie, haar kinderen en de relatie met haar moeder. Haar verlangen en motivatie is om thuis een warme en kalme atmosfeer te creëren, waarin de familierelaties goed zijn. Vergelijkbaar met het programma van haar moeder staat ook bij haar de gezondheid van haar moeder in het teken van leuke gezamenlijke activiteiten. Maar in de uitvoering van dit programma lijkt haar moeder haar meer te helpen dan andersom. De hoop van de dochter in haar laatste zinnen zijn een spoor van een onafdwingbare kracht. De waarden die de dochter hoopt te realiseren zijn /harmonie/ en /connectiviteit/. En ze oordeelt zelf dat het een keer gelukt is, namelijk toen twee van haar kinderen een paar dagen bij oma hadden geloged. Je zou zelfs kunnen zeggen dat deze twee kinderen en oma (mevrouw A.) het programma van de dochter hebben uitgevoerd. En daar was de dochter trots op.

De drie programma's samen

	Mevrouw A.	Dochter	Fysiotherapeut
Motivatie	Verlangen naar een actief, moeiteloos, gezellig leven	Verlangen naar een goede sfeer in de familie met gezamenlijk activiteiten	Het verlangen van mevr. A., maar ook de richtlijnen van het gezondheidsinstituut
Competentie	Doet haar best om te trainen, hoopt op succesvolle operatie	Onvermogen vanwege druk eigen leven, hoopt op succesvolle operatie	Ontvangt competentie van de professionele richtlijnen om mevrouw A. competentie te verschaffen
Handeling	Probeert ondanks het ontbreken van competentie de verlangde waarden te realiseren	Probeert een gezellige en goede atmosfeer te creëren waarin haar moeder kan delen	Helpt mevrouw A. met de oefeningen, en motiveert haar
Evaluatie	Trots wanneer ze dat gedaan heeft	Trots dat haar twee kinderen dat gedaan hebben	Constaateert verbetering van TUG score, en ook de goede motivatie van mevrouw A.

Op het eerste gezicht vormen de drie afzonderlijke programma's een harmonisch geheel. De krachtigste motivator is de wil van mevrouw A. In het verhaal van de fysiotherapeut zijn weliswaar sporen van een tweede krachtige motivator: die van het gezondheidsinstituut dat eisen stelt aan de therapie. Maar in het verhaal van mevrouw A. wordt ook duidelijk dat zij zelf wil bepalen waar en hoe zij haar leven leidt. Omdat zij zo'n sterke motivatie heeft kan de fysiotherapeut vrij gemakkelijk de rol van de professionele hulpverlener op zich nemen. Mevrouw A. is wat men noemt 'een goede patiënt', en de fysiotherapeut bevestigt dat mevrouw A. "het goed wil doen." De rol van de dochter als mantelzorger komt niet uit de verf, vreemd genoeg *juist* omdat zij aansluit bij het programma van haar moeder, om weer snel te herstellen om gezamenlijk leuke dingen te gaan doen. Zij zorgt daar niet voor, maar hoopt met moeder mee.

Discussie

Dat spiritualiteit, het terrein dat wij met het begrip personal meaning willen ontsluiten, een rol speelt in de zorg is wel aangetoond (Kashdan 2012; De Jager Meezenbroek 2012). Vaak wordt dit onderzocht middels vragenlijsten, waarin betrokkenen bijvoorbeeld aanvinken of zij relaties belangrijk vinden. Wij willen echter beschrijven *hoe* spiritualiteit in de vorm van personal meaning in de zorg functioneert. We kozen daartoe een kwalitatieve benadering, meer

bepaald een narratieve beschrijving van de verhalen van de betrokkenen in de zorgpraktijk. In plaats van een vragenlijst in te vullen, laten de betrokkenen – zonder zich er precies van bewust te zijn – in hun verhalen zien wat zij wel en niet belangrijk vinden. Door hun verhalen nauwkeurig te analyseren op sporen van motivatie, competentie, handeling en evaluatie zijn wij in staat de belangrijkste waarden te beschrijven. Daarmee kunnen we niet alleen te weten komen *wat* de betrokkenen belangrijk vinden, maar ook waarom en in welke context, i.c. die van hoop. Bovendien ‘verraden’ de verhalen waar zij deze waarden vandaan denken te kunnen halen, welke krachten er worden aangesproken. Wij menen dat wij hebben laten zien dat deze benadering ten minste een aanvulling is op de gangbare kwantitatieve. We zullen onze bevindingen hieronder beschrijven als een casus van personal meaning in proces.

In de casus die wij beschreven is sprake van sterke motivatie om zonder al te veel tegenwerking een goed leven te leiden in goede relaties. Personal meaning, in dit geval in de vorm van wil en hoop, heeft dus een motiveerende kracht. Maar ook een duidende, want in de verhalen krijgen de aan-doening respectievelijk gezondheid een betekenis: in dit geval dat een slechte gezondheid de vrouw afhoudt van het goede leven, en dat goede gezondheid (/fitheid/) haar een goed leven mogelijk maakt. Gezondheid is in deze casus dus niets anders dan een competentie een goed leven te leiden; aldus bevestigen deze verhalen de definitie van gezondheid volgens Machteld Huber: ‘the ability to self manage and to adapt’ (2011). Het thuisfront en het ziekenhuis, in de persoon van de dochter respectievelijk de fysiotherapeut sluiten in een bepaalde mate aan op het hoofdprogramma, i.e. het programma van de patiënt. In hun samenwerking worden onder meer de waarden /onafhankelijkheid/, /gezelligheid/, /moeiteloos/, /bezig blijven/, /fitheid/, /kunnen/, /goed/ en /connectiviteit/ gerealiseerd. Deze waarden vormen de inhoud van de personal meaning, zoals die een rol speelt in deze casus. Door de zorg te richten op de personal meaning wordt meer zicht verkregen op de persoon van de patiënt in haar geheel, dat wil zeggen in haar betrokkenheid op de mensen die zij tegenkomt in het zorgtraject. Ook wordt helder gemaakt dat deze participanten, i.c. de fysiotherapeut en de mantelzorger, een bemiddelende rol in de zorgpraktijk hebben. Zij moeten namelijk twee werkelijkheden zien te combineren, en zaken van de ene zien ‘om te zetten’ naar de andere werkelijkheid. De fysiotherapeut bemiddelt tussen het gezondheidsinstituut en de patiënt, de mantelzorger tussen het huis en de patiënt.

Een taak voor de geestelijke verzorger?

We hebben in ons onderzoek drie verhalen met elk hun eigen narratieve programma beschreven, en de beschrijvingen naast elkaar gelegd. In de beschrijving zelf moet een oordeel over hoe de betrokkenen op elkaar betrokken *zouden moeten* zijn vermeden worden. Dit wil niet zeggen dat zo'n oordeel geen rol zou kunnen spelen in de verbetering van de zorg. We hebben gezien dat in dit geval de zorgverlener en de mantelzorger een bemiddelende rol vervullen. Dat doen zij vanuit hun verbondenheid met een instituut, i.c. het ziekenhuis respectievelijk het thuisfront. Ook een geestelijk verzorger is vaak verbonden aan een instituut, meestal of althans in oorsprong een religieus of levensbeschouwelijk. Vanuit deze levensbeschouwelijke setting stelt zich de vraag welke bemiddelende rol de geestelijk verzorger heeft. Wij kunnen ons voorstellen dat deze rol gericht is op het verbinden van verschillende verhalen, i.c. verschillende narratieve programma's, meer bepaald: de patiënt ondersteunen in het verhelderen en afstemmen van deze verschillende programma's.

Het is in deze context niet nodig dat een patiënt eerst moet aanvinken of hij of zij religieus is. In sommige gevallen kan het goed zijn te weten welke religie hij of zij aanhangt, omdat de patiënt dan kan worden aangesproken in het eigen religieuze discours over leven met ziekte en gezondheid (Rambaran 2015). Maar een kwalitatieve benadering van personal meaning van de patiënt geeft een geestelijk verzorger de mogelijkheid hoe dan ook in te gaan op het verhaal van de patiënt. In onze casus, bijvoorbeeld, speelde religie of spiritualiteit nauwelijks een rol, wel geloof en hoop. Daar kan een geestelijk verzorger op ingaan. Maar het is ook heel goed mogelijk om met dezelfde benadering een casus te beschrijven waarin religieus geloof en spiritualiteit een belangrijke rol spelen. Op het eerste gezicht zal dit een motiverende rol zijn, of eventueel een competentieverlenende. We hoeven zelfs, strikt methodisch gesproken, niet uit te sluiten dat een transcendente kracht een handelend subject wordt dat de patiënt 'wonderbaarlijk' geneest. We kunnen ons voorstellen dat een specialist daar 'niets mee kan', en vervolgens zwijgend overgaat tot de orde van de dag. Maar een geestelijk verzorger die het verhaal van de patiënt serieus neemt zou zonder blozen kunnen zeggen: "Gefeliciteerd. Het ga je goed." Ook als hij zelf niet in wonderen gelooft, dan nog is het zijn taak het geloof en de hoop van de patiënt te verhelderen en af te stemmen op diens levenssituatie.

Alles wat er in een mensenleven gebeurt krijgt betekenis in een verhaal. Alisdair McIntyre noemt mensen 'story-telling animals' (MacIntyre

1984, 216). Mensen zien zichzelf en elkaar als rollen in hun verhalen. Net als kinderen die opgaan in hun spel: “En toen was ik de prinses, en toen moest jij vechten, tegen de draak ...” Via die rollen verhouden de mensen zich tot elkaar, zoeken en ondervinden zij krachten (virtues, competenties) bij zichzelf en bij elkaar, en in dat krachtenspel komen zij wederzijds tot gestalte. Soms zijn de gezochte krachten niet beheersbaar. Dan wordt de vraag een soort gebed of een aanklacht. Eigenlijk sluiten de persoonlijke verhalen altijd min of meer aan bij de grotere culturele verhalen, bijvoorbeeld over het gelukkige leven (Park & Folkman 1997). Omdat de verhalen zelf, als voorbeelden, competenties verschaffen komen er uit die verhalen krachten vrij (Reker & Wong 1998). Ze leveren in ieder geval een geadresseerde en een model van handelen. We zien daar sporen van in onze casus: het protocol van de fysiotherapeut, en het ‘gelukkige familie’ verhaal van de dochter. De mensen van onze verhalen proberen zo goed mogelijk een rol te vervullen in een gezamenlijk gemaakte variatie op het grotere verhaal van de goede zorg. Zo laat een personal meaning benadering zien hoe mensen, geconfronteerd met het onbeheersbare, zich toch, in wederzijdse betrokkenheid, afstemmen op hun nieuwe levenssituatie.

Noten

- 1 <http://www.greekmedicine.net/mythology/asclepius.html>. De spanning tussen religieuzen en wetenschappelijke zorg is al herkenbaar in de figuur van Asklepios, die volgens de Iliad van Homerus een arts en soldaat was, maar in Hippocrates' tijd verheven tot de status van een god.
- 2 In de spiritualiteitswetenschap wordt geen enkele definitie van de spiritualiteit door allen gedeeld (Hense 2014); en vaak wordt de term dan ook helemaal niet gedefinieerd (Speelman 2013b). In de zorg is veel geschreven over spiritualiteit, maar ook doorgaans zonder enige definitie, zoals in een review van artikelen over spiritualiteit tussen 1961 en 2011 wordt opgemerkt (Hermanns 2012, 201).
- 3 Enerzijds kan de eigen, bijvoorbeeld monotheïstische, religie een belemmering zijn (De Jager Meezenbroek 2010), anderszijds kan juist het ontbreken van een eigen religie een belemmering voor goede zorg zijn (Zinnbauer & Pargament 2000).
- 4 In de betrokkenheid van de menselijke persoon met zijn natuurlijke en sociale omgeving zijn krachten werkzaam, die de mens waardeert, en vervolgens vermijdt of zoekt. Die krachten zijn verbonden met de praktijk of het verhaal waarin de mens zich bevindt (MacIntyre 1984), en zij veranderen zowel de persoon als zijn of haar omgeving in de zin dat zij onderling op elkaar afstemmen.
- 5 Vgl. de beschrijving van de werking van de hersenen door Antonio Damasio, waarin de hersenen geen voorraad betekenissen opgeslagen hebben, maar eerder procedures om die betekenissen iedere keer weer opnieuw te maken. “Voorstellingen zijn instant-constructies, pogingen tot reproductie van eerder ervaren patronen” (Damasio 1998, 121).

- 6 Religieuze verhalen staan de mens ter beschikking om wat hem overkomt een transcendentale - of eeuwigheidshorizon te geven. Maar de religieuze *figuren* beginnen al veel eerder een rol te spelen, namelijk wanneer de patiënt vertwijfeld uitroept: “Waarom moet mij dit nou overkomen?” of verzucht: “Heer, geef mij kracht.” De afstandelijke vraag of de persoon die dit zegt ook gelooft in het bestaan van een Heer is een spelbreker: de verzuchting *is* zijn of haar geloof.
- 7 De Franse termen van het narratieve schema zijn *destination*, *compétence*, *performance* en *sanction*. De waarden heten *valeurs*. Het voert te ver om de school van Greimas hier te introduceren. Wij maken gebruik van de Nederlandse uitwerking door SEMANET, een afkorting van SEMiotische Analyse door Nederlandse Theologen (Lukken 1987) en Speelman (1995).
- 8 Dit is een belangrijke veronderstelling in de Greimassiaanse semiotiek, die daarom de bron van het onderzoek strikt beperkt tot het verhaal zoals het geschreven is (*énoncé*), en vanaf dat moment losgekoppeld (*débrayage*) van de schrijver (*énonciateur*) bestaat (Greimas & Courtés (1979).

Literatuur

- Damasio, A. R. (1998),
De vergissing van Descartes. Gevoel, verstand en het menselijk brein, Amsterdam: Wereldbibliotheek.
- De Jager Meezenbroek, E. et al. (2012),
 Measuring Spirituality as a Universal Human Experience: A Review of Spirituality Questionnaires, in: *Journal of Religion and Health*, 51, 336-354.
- Delle Fave, A. et al. (2013),
 Sources and motives for personal meaning in adulthood, in: *Journal of Positive Psychology*, 8 (6), 517-529, DOI: 10.1080/17439760.2013.830761.
- Greimas, A.J. & J. Courtés (1979),
Sémiotique. Dictionnaire raisonné de la théorie du langage. Tome 1, Paris: Hachette.
- Grmek, M. D. (ed.) (2002),
Western Medical Thought from Antiquity to the Middle Ages, Harvard University Press.
- Hense, E. (2014),
 Present-day spiritualities in confessional, popular, professional and aesthetic contexts: contrasts or overlap? Introduction, in: Hense, E. et al., *Present-Day Spiritualities. Contrasts and Overlaps*, Leiden: Brill, 1-17
- Hermanns, M. et al. (2012),
 Biopsychosocial and Spiritual Aspects of Parkinson Disease: An Integrative Review, in: *Journal of Neuroscience Nursing*, 44 (4), 194-202, DOI: 10.1097/JNN.0b013e3182527593.
- Horstman, K. (2000),
 Pleidooi voor een publieke ethiek van voorspellende geneeskunde, in: Lange, Frits de (red.), *De nieuwe mens: maakbaarheid van lijfen leven*, Kampen: Gooi & Sticht, 59-76.

- Huber, M. et al. (2011),
How should we define health?, in: *British Medical Journal*, BMJ.2011;343:d4163.
- Kashdan, T.B. (2012),
Whether, When, and How Is Spirituality Related to Well-Being? Moving Beyond Single Occasion Questionnaires to Understanding Daily Process, in: *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38 (11), 1523–1535. DOI: 10.1177/0146167212454549.
- Lukken, G.M. (1987),
Semiotiek en christelijke uitingsvormen. De semiotiek van A.J. Greimas en de Parijse school toegepast op Bijbel en liturgie, Hilversum: Gooi & Sticht.
- MacIntyre, A. (1984),
After Virtue. A Study in Moral Theory, (second edition), Indiana: University of Notre Dame Press.
- Oosting, E. et al. (2017),
Personal meaning in relation to daily functioning of a patient in physical therapy practice: narratives of a patient, a family member, and physical therapist, in: *Disability and Rehabilitation*, DOI: 10.1080/09638288.2017.1290153.
- Park, C. & S. Folkman (1997),
Meaning in the Context of Stress and Coping, in: *Review of General Psychology*, 1 (2), 115-144.
- Rambaran, H. et al. (2015),
Handboek geestelijke verzorging voor Hindoes, Almere: Parthenon.
- Reinert, K.G. & H.G. Koenig (2013),
Re-examining definitions of spirituality in nursing research, in: *Journal of Advanced Nursing*, 69 (12), 2622–2634. doi: 10.1111/jan.12152.
- Reker, G.T. et al. (2012),
Personal meaning in life and psychosocial adaptation in the later years, in: Wong, P.T. (ed.), *The human quest for meaning: Theories, research, and applications*, (2nd ed.), London: Routledge, Taylor & Francis Group, 433–456.
- Speelman, W.M. (1995),
The generation of meaning in liturgical songs, Kampen: Kok Pharos.
- Speelman, W.M. (2011),
A spiritual method for daily life practices, in Hense, E. & F. Maas (eds.), *Towards a theory of spirituality*, Leuven: Peeters, 55–71.
- Speelman, W.M. (2013a),
Levende franciscaanse spiritualiteit. Een spirituele methode, Heeswijk: BerneMedia.
- Speelman, W.M. (2013b),
Vrije spiritualiteit? Een zware last, in Groot, Kees de et al. (red.), *Zelf zorgen voor je ziel. De actualiteit van christelijke spirituele centra*, Almere: Parthenon, 135-152.

- Speelman, W.M. (2017),
Half Her Knee. Description of the Spiritual Dimension of a Physiotherapeutic Case,
in: Hense, E., Ch. Hübenthal & W.M. Speelman (eds.), *The Quest for Quality of Life. Approaches, concepts and images with a special focus on the Netherlands*, Munster: Aschendorff, 79-93.
- Vloet, L., S. van den Hof & I. Marttin (2011),
Ontslaggericht werken: winst voor patiënt en ziekenhuis, in: *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 6, 55-61.
- Waaijman, K. (2001),
Spiritualiteit. Vormen, grondslagen, methoden, Kampen: Kok.
- Wong, P.T.P. (1998),
Implicit theories of meaningful life and the development of the Personal Meaning Profile (PMP), in: Wong, P.T.P. & P. Fry (eds.), *The human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical application*, Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 111-140.
- Zinnbauer, B., Pargament, K. (2000),
Working With the Sacred: Four Approaches to Religious and Spiritual Issues in Counseling, in: *Journal of Counseling & Development*, 78 (2), 162-171.