

IEDEREEN ANDERS

HET BESEF IS ER, NU DE PRAKTIJK NOG

Geerdt Magiels

Dit is de persoonlijke neerslag van een workshop en een panelgesprek van VUB Crosstalks in de reeks *Shake the disease*.

De workshop vond plaats in het Guislain Museum in Gent op 19 april 2023 onder de titel *Neurodiversiteit als norm, niet als label*. **Kirsten Catthoor** (psychiater in Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg en voorzitter van Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie) leidde de workshop in met een bevlogen pleidooi tegen stigma. Zij was de opmaat voor de keynote van **Rachel Elliott**, professor in gezondheidseconomie aan de universiteit van Manchester, met een frisse kijk op de therapeutische interventies en hun effecten op de geestelijke gezondheid. Haar verhaal werd uitgediept in vijf getuigenissen van ervaringsdeskundigen: **Leonie Delay** over dyslexie, **Evangeline Agape** over kunst en haar mentale worstelingen, **Ann Ceurvels** en **Tania Poppe** met een samenvatting van hun theaterperformance **BEN**, **Els Van Beneden** over haar autisme en professionele loopbaan en **Inke Gieghase** over taal, poëzie en queer-zijn.

Het panelgesprek 'Minderheidsstress. Discriminatie is ziekmakend' was slechts één sessie in een goedgevuld dagprogramma op het symposium Medische Wereld, dat plaatsvond op 22 april 2023 aan de faculteit geneeskunde en farmacie aan de VUB in Jette. Jurist, kunstenaar, schrijver en activist **Olave Nduwanje Basabose** leidde de sessie in goede banen. In het panel zaten **Ama Kissi** (klinisch psycholoog en onderzoeker UGent), **Veerle Soyez** (psycholoog, therapeut en onderzoeker verbonden aan BRussels University Consultation Centre) en **Kimberley van Megen** en **Marjon Melissen** (*fat activists* van Stichting Dikke Vinger). Zij gingen met elkaar en de zaal in gesprek na een korte videoboodschap van **Steven Laureys** (neuroloog aan Laval University Canada).

Normaal?

Wat is 'normaal'? Iedereen heeft wel een idee over wat normaal of niet normaal is, maar als we het precies zouden moeten definiëren, blijkt al gauw dat het begrip niet zo vanzelfsprekend is. Het is zelfs nog erger, het is een problematisch concept dat meer kwaad dan goed doet. Zo blijkt uit het recente boek *Ben ik normaal?* van historica Sarah Chaney, onderzoeker aan het Londense Centre for the History of Emotions.

De geneeskunde is doordrongen van het idee 'normaal', en wat afwijkt van de norm dient behandeld te worden. Bij manifeste schade zoals een gebroken bot, een gescheurde pees of een hersenbloeding is medisch ingrijpen een therapeutische handeling om het functioneren te herstellen. Bij bloeddruk of lichaamsgewicht is veel minder duidelijk wat de normale toestand is die zou hersteld moeten worden. Bloeddruk of BMI kunnen weliswaar objectief gemeten worden, maar zijn slechts waarden in een breed spectrum waarop een

afkappingspunt redelijk arbitrair wordt gemarkeerd. Dat punt bevindt zich in een grijze zone waarin mensen niet zeker of gezonder zijn dan mensen die net wat meer of minder mmHG of grammen laten registreren. Standaarden in de geneeskunde hebben hun nut bewezen, maar veroorzaken ook onnodig leed (door de angst en de onzekerheid en door de bijwerkingen van de behandelingen).

Het wordt pas echt penibel als we normaal van abnormaal gedrag willen onderscheiden, zoals in de geestelijke gezondheid of seksuele beleving. Er zijn geen objectieve biomarkers voor psychose, verslaving, lichaamsbeleving, depressie of bipolaire stoornis. Homoseksualiteit werd daardoor nog niet zo lang gelden als een psychiatrische stoornis gebrandmerkt. Veel psychiatrische symptomen komen in meerdere of mindere mate bij iedereen voor. Pas als ze extreme vormen aannemen en de leefbaarheid en interactie met anderen en de wereld verstoren wordt gesproken van een stoornis en gezocht naar een diagnose. Die komt dan meestal met bijbehorend label. Ook die labels zelf kunnen bijwerkingen hebben.

Zijn of moeten

'Normaal' begon in de negentiende eeuw (met dank aan de Belg Adolphe Quetelet) als een statistisch begrip, een wiskundige benadering van de variatie in de werkelijkheid, die aanvankelijk alleen in de natuurwetenschappen werd gebruikt. De 'norm' was het resultaat van een rekenkundige methode om in een veelheid van licht afwijkende meetresultaten de werkelijke waarde zo goed mogelijk te benaderen. Die wiskundige norm werd echter gaandeweg doorgetrokken naar een sociale of ethische norm, een misleidende stap van 'zo is het' naar 'zo hoort het'. Dit normatieve begrip van wat normaal is heeft grote potentie om mensen van elkaar te vervreemden, en wie afwijkt uit te sluiten en te stigmatiseren. Sarah Chaney verkent in haar onderzoek de vele aspecten van dit problematische begrip op het kruispunt van geneeskunde, biologie, sociologie en filosofie met als conclusie: 'normale mensen' bestaan niet, variëteit is normaler dan het gemiddelde. Als het normale tot standaard wordt verheven, wordt alles wat daarvan afwijkt gestigmatiseerd tot het abnormale.

Getekend

Voor Kirsten Catthoor is stigma, het brandmerk van het afwijkende, een terugkerend thema in haar werk als psychiater en haar gedreven ambassadeurschap voor de psychisch kwetsbaren in onze samenleving. Stigmatisering is een destructief fenomeen dat veel schade aanricht. Het veroorzaakt

verdriet, schuld en schaamte, het is de reden dat mensen zich terugtrekken en vereenzamen. Stigma is niet beperkt tot de psychiatrie. Mensen met psoriasis of andere (lichamelijke, zichtbare) afwijkingen, obesitas, aids of (voorheen) melaatsheid krijgen de stempel van onrein, besmettelijk of gevaarlijk. Mensen die kanker overleefden worden als niet meer volwaardig beschouwd, over mensen in een rolstoel wordt overheen gepraat, net als over mensen op leeftijd, ook zonder dementie of parkinson. Mensen in armoede krijgen minder kansen, het is zozegd hun eigen schuld.

Stigma woekert op vier niveaus. Het brede publiek wordt, mee onder invloed van de media, doordrongen van negatieve stereotypen. Individuen internaliseren het stigma: zelfstigma met de gedachte ongewenst of minderwaardig te zijn. Stigma zorgt voor sociale vervreemding: mensen die een band hebben met een gestigmatiseerd individu delen in de vooroordelen. Stigma wordt bovendien structureel: ongelijkheid zit verankerd in wet- en regelgeving, onderzoek naar gebrandmerkte gebieden (zoals geestelijke gezondheidszorg) wordt minder gefinancierd, mensen die in de ggz werken krijgen minder loon en waardering.

Stigmatiserende labels treffen mensen op alle leeftijden en op vlakken van het leven. Het heeft negatieve effecten op opleiding, werk, woonst en zorg. Gestigmatiseerden worden negatief bejegend op juridisch en verzekeringsvlak. Zij krijgen ook minder zorg ('eerst vermageren of afkicken voor we iets aan die knie doen') en minder goede zorg. Ze worden minder goed onderzocht en krijgen minder en slechtere behandelingen. Hun levensverwachting is dan ook minder hoog. Mannen met integrale zorgbehoeften (voorheen EPA, Ernstige Psychische Aandoening) leven gemiddeld 20 jaar korter, vrouwen 15 jaar. Een psychische aandoening is nog dodelijker dan armoede. (Die haalt gemiddeld een tiental jaren af van iemands levensverwachting.) Migrantenvrouwen krijgen het nog erger te verduren, zij cumuleren een psychopathogene leefomgeving met de discriminatie als buitenstaander in een cultuur die de hunne niet is, met een taal die ze vaak niet machtig zijn, met een laag inkomen.

Mentale problemen en armoede gaan hand in hand. Driekwart van mensen in armoede hebben psychische problemen. Het een werkt ook het ander in de hand, de twee versterken elkaar. Er is echter een sprankel van hoop: deze problematiek, al jaren aangekaart door VN en WHO, krijgt steeds meer aandacht, zowel in de professionele hulpverlening als op beleidsniveau en in de media. Maar aandacht alleen is natuurlijk niet genoeg.

De stress van uitsluiting

Over de chronische en daardoor toxische stress van mensen in armoede had Steven Laureys het niet in zijn videoboodschap. Hij liet wel zien hoe meditatie sporters, ondernemers en beroepsboeddhisten helpt om hun piekernetwerk tot rust te brengen en zich beter te concentreren. Het is wrang te beseffen dat die 'luxemeditatie' intussen niet is weggelegd voor de zovelen die gebukt gaan onder de funeste effecten van de nooit-wijkende stress – zoals bij mensen die uitgesloten of gestigmatiseerd worden. Die stressreactie is weliswaar een oeroud en levensnoodzakelijk biologisch systeem waarmee levende organismen momenten van dreiging weten te omzeilen of overleven. Maar het wordt een lichamelijk en geestelijk ondermijnende factor als het stressalarm constant aanstaat. Dat is wat er gebeurt als mensen in permanente onzekerheid leven, bedreigd of uitgesloten, scheef bekeken of veroordeeld worden. Zij voelen zich geviseerd, omwille van hun vermeende 'anders' zijn. Ze krijgen minder kansen, slechtere zorg en worden denigrerend behandeld. Ze worden gebrandmerkt als minderwaardig en dat dwingt hen in een staat van voortdurende alertheid, doordesemd van schuldgevoelens en een minderwaardig zelfbeeld, waardoor de mentale bandbreedte versmalt, en cognitieve, emotionele en executieve capaciteiten afnemen.

Op die manier maakt stress ziek. Die stress heeft vele gedaantes en een daarvan is 'minderheidsstress', de specifieke chronische stress die individuen binnen gemarginaliseerde, gestigmatiseerde en gediscrimineerde groepen ondervinden. Denk aan sekswerkers, mensen van kleur of met een 'vreemde' naam, mensen die in armoede leven, mensen met een beperking, vluchtelingen, lgbtqia+-ers, vrouwen, ouderen, mensen met overgewicht etc. Niet toevallig zijn dit mensen die disproportioneel te kampen hebben met psychische stoornissen en chronische ziekten. Het zijn ook groepen die het vaakst melding maken van discriminatie en gebrekkige communicatie in de behandelkamer.

Stemmen uit het stigma

De diverse ervaringsdeskundigen getuigen van hoe het voelt om aan de andere, minderwaardige kant te staan. Ze stuiten op een systemisch falen van de medische professie. Dikke mensen krijgen voortdurend de boodschap dat ze eerst moeten vermageren, de geneeskunde wil hen eerst dun maken. Mensen met verstoord eetgedrag moeten eerst 'normaal' eten voor er naar hun psychische troebelen zal gekeken worden. Een moeder van kleur geeft toe dat ze blij is dat haar

zoontje (met een witte vader) licht van kleur is, wetend tegen welke hinderpalen zij zelf is aangelopen door haar huidskleur. Langdurig zieken, mensen met migratie-achtergrond, jongeren uit de jeugdhulp, mensen met een beperking, ... stoten voortdurend op (onzichtbare en onuitgesproken) drempels. In de jeugdhulp ziet men dat jongeren (en hun families) vaak zoeken naar een diagnose om herkenning te krijgen (want die is gekoppeld aan zorg). Het is tragisch dat ze soms zoeken tot ze ergens erkenning vinden, ook als de diagnose en bijbehorend label niet perse de juiste is.

Uit alle verhalen klinkt keer op keer de vertwijfeling. Drie kwart van dikke mensen (zo noemen ze zich zelf ongegeneerd bij Dikke Vinger) heeft slechte ervaringen met de zorg, tachtig procent vermijdt de zorg – ze weten intussen dat ze toch worden weggestuurd om eerst af te vallen. Hun lichaamsgewicht wordt hun ook verweten, alsof het hun eigen schuld is. Hadden ze maar wat minder moeten snoepen. Hoe cultureel bepaald dit allemaal is blijkt uit de getuigenis van een Afrikaanse vrouw die, terug op familiebezoek in het thuisland, bij de begroeting complimenten krijgt omdat ze 'dikker is geworden'. Ook in Rubens' tijd was een voluptueus lichaam de norm voor schoonheid.

Op school krijgen dikke kinderen een lager schooladvies, en die neerwaartse appreciatie zet zich later door in opleiding en werk. Ze krijgen een lager salaris. Dikke vrouwen krijgen bovendien een lager salaris dan dikke mannen.

Een gelijkaardig scenario speelt zich af met kinderen met lagere socio-economische status (SES) en van kleur. Zij krijgen minder kansen en zakken af op de sociale ladder. Zij moeten zich meer bewijzen dan hun leeftijdgenoten met hoge SES of witte huid. Net zoals mensen in armoede zichzelf maar eens bij elkaar zouden moeten rapen, beter op hun budget zouden moeten passen en werk zouden moeten zoeken.

Ook over pijn zijn de stigmatiserende vooroordelen en misvattingen springlevend. Pijn is evenwel een koploper bij chronische klachten. Het is ook een emotie waarvan de inkleuring en de betekenis sterk cultureel en contextueel bepaald is. Verschillende mensen beleven en uiten hun pijn anders. Een van de misverstanden is dat kinderen en jongeren minder pijn zouden voelen (nog niet zo lang geleden dacht men zelfs dat baby's geen pijn voelen en dus ook geen pijnstilling behoeft) waardoor ze niet ernstig genomen worden met hun pijnklachten. De pijn van zwarte mensen wordt stelselmatig als minder ingeschaald dan van witte mensen. (Hun huid zou, zo gaat het vooroordeel, dikker zijn dan die van witte mensen.) De helft van de artsen en van studenten geneeskunde gelooft dat er biologische verschillen zijn tussen zwart en wit.

Op dezelfde manier worden vrouwen minder ernstig genomen dan mannen. Het schrijnende gebrek aan medische belangstelling voor de overgang, voor menstruatiepijn of voor endometriose, en de onbekendheid van typisch vrouwelijke symptomen bij een hartaanval spreken in dezer boekdelen.

Niet één maat

Bovendien werden de onderzoeken naar het medische normaal door historisch-economische samenloop van omstandigheden uitgevoerd bij een kleine minderheid. Die subgroep van de menselijke populatie is de *weird*-populatie, een term naar de eerste letters van de woorden westers, *educated* (geleerd), *industrialised* (geïndustrialiseerd), *rijk* en *democratisch*. Nog geen 12 procent van de wereldbevolking maakt deel uit van deze weird-groep, maar in psychologische en medische onderzoeken voeren ze de boventoon met 96 procent van alle deelnemers. Klinisch geneesmiddelenonderzoek gebeurt daarenboven ook nog bijna uitsluitend op gezonde jonge mannen. En al die andere mensen, daar weten we dus eigenlijk weinig van.

Op die manier is het niet verwonderlijk dat niet iedereen meetelt en dat zoveel mensen buiten de 'norm' vallen. Want we passen niet allemaal in dezelfde maat. Dat impliceert helaas wel dat dikke mensen vaak niet in een stoel passen die gemaakt is met de gemiddelde heupbreedte als uitgangspunt, dat er geen bloeddrukmeter is die om hun bovenarm past, net zo min als een MRI-scanner. Het is een terugkerend verhaal: mensen in rolstoelen klagen al jaar en dag over de slechte toegankelijkheid van een wereld die geen rekening houdt met anders-mobiele mensen.

Intussen draaien voornamelijk witte, hoogopgeleide mannen met een dito inkomen aan de beleidsknoppen. Zij staan ver af van de echte wereld waarin zoveel mensen leven. Zeker ook van mensen die zich niet veilig voelen en die dromen van een wereld die veilig is voor iedereen,

zonder de micro-agressies die hen als 'anderen' te beurt vallen en die voor een constant 'wees op je hoede gevoel' zorgen, met alle stress- en gezondheidsperikelen van dien.

Diversiteitssensitief denken zou heel gewoon moeten kunnen worden, waarbij onderwijs en sensibilisering essentieel zullen blijken. Dat vergt oefening en dat kan beginnen bij nieuwsgierig zijn: stel open vragen over wat mensen willen en hoe ze willen bejegend, aangesproken of behandeld willen worden. Er is niet één regel die bepaalt wat je best doet of niet doet. Iedereen is daarvoor te anders.

Leven met en dankzij

Leven met dat anders-zijn zou gemakkelijker zijn als variatie gewoon normaal zou zijn en elk mens labelloos door het leven kon gaan. Voorlopig blijft dat een droom en moeten we het doen met de rolmodellen van talloze individuen die in hun eigenheid kracht of inspiratie vinden.

Evangeline Agape was als tiener depressief, maar verstoken van het juiste woord, concept of label, zodat ze niet wist wat haar scheelde, wat haar angst alleen maar aanwakkerde. Dankzij collages en ander creatief werk kon ze het vorm geven en delen met anderen. Zij schrijft nu gedichten en begeleidt creatieve sessies met kinderen. Ze deelt haar onzekerheden op instagram en krijgt daar reacties waaruit ze leert dat ze niet alleen is. Haar kunst leverde haar erkenning en verbinding. Ze waarschuwt echter ook voor een romantisch vooroordeel alsof een getroebleerde geest tot betere kunst zou leiden. Haar open vraag: zou ik nog een (goede) kunstenaar zijn zonder mijn angsten? Ze zijn slechts een facet van haar leven. Ze is ervan overtuigd dat het verdriet of het verlies dat we bij elkaar erkennen mensen dichterbij elkaar kan brengen.

Leonie Delay heeft een leesstoornis en heeft het moeilijk om te lezen wat er staat. Het vergt minuten om teksten te decoderen. Dat heeft voor- en nadelen. Taalvaardig is ze wel, in verschillende talen, maar lezen en schrijven zijn een opgave. Op school werd ze beschouwd als 'niet intelligent genoeg' waardoor ze in het bijzonder onderwijs terecht kwam. In de praktijk was ze wel mondig en sterk zodat ze uiteindelijk wel de hogeschool haalde, ook al moest ze daarvoor twee keer zo hard werken dan de rest en deed ze een paar jaar langer over haar studies. Haar diagnose zat haar daarbij vaak in de weg want die legde telkens weer de nadruk op wat ze niet kon. Liever had ze het gehad over waar haar sterktes dan wel lagen en hoe ze die kon laten floreren.

Els 'aut of office' Van Beneden leeft al heel haar leven met autisme, maar nog niet heel haar leven met het label. Dat label kreeg ze pas acht jaar geleden, na een lange loopbaan in de administratie. Na twintig jaar liep ze daar vast in een burn-out, als gevolg van de botsing tussen haar atypische neuroconstellatie en een nieuwe leidinggevende. Het bracht haar bij een psycholoog en psychiater voor wie de diagnose snel duidelijk was. Haar leven veranderde ten goede. Ze wist nu waarom ze anders in de wereld stond. Met haar ultraprecieze geest had ze haar eigen manier om met een onzekere wereld om te gaan. Inzicht in hoe de hersenen werken, als een voorspellingsmachine, hielp haar om de kwaliteit van haar leven te verbeteren. Of zoals ze het zelf zegt: "...er is bij mij een

hoek af, maar daardoor heb ik twee (zachte) hoeken waar anderen er maar één hebben. Ik heb wel minder oppervlak waardoor ik sneller moe of overprikkeld ben.” Daardoor was ze buiten haar werk voortdurend uitgeteld. Ze pleit voor een ‘neuroharmonische’ wereld waarin verschillende neurotypes ieder op hun manier samenleven. Dat is de bestaansreden van LAVA!, een lees- en adviesgroep over autisme waar ze actief is. Het is een onderdeel van Leuven Autisme Research, waar ervaringsdeskundigen meedoen met onderzoek, zodat dat onderzoek zonder verlies van wetenschappelijkheid geïnspireerd wordt door de reële ervaring en noden van autisten. Met hun ‘therapeutische’ theaterinterventie pleiten Ann Ceurels (neurodiverse zoon en partner) en Tania Poppe (superdruk gezin en man met burn-out) voor meer aandacht voor ontwikkelingsproblematieken en overlevingspatronen. Wat zit er achter het gedrag van hun fictieve hoofdpersoon Ben, waarvan gezegd wordt ‘dat is toch niet normaal?’. BEN is een acroniem voor Brein (kennis van de werking van de hersenen kan veel stigma weghalen, want begrijpen leidt tot begrip), Eigen verhaal (het narratief van hoe iemand in leven en samenleving staat maakt vaak veel los) en Norm (is normaal wie sociaal aanvaard gedrag vertoont? of wie perfect is?). Wat niet past of schuurt wordt al snel ervaren als bedreigend of onveilig, terwijl dat meestal slechts gaat om de buitenkant. Als we daar minder snel over zouden oordelen, wordt luisteren naar de verhalen misschien wel helend.

Inke Gieghase wil als non-binair activist aantonen dat de wereld niet zo zwart-wit is als we soms denken. Meer en correcte berichtgeving over de holebi- en transgemeenschap is broodnodig en daarom werkt Gieghase mee aan vormingen en consultancy rond gender en geaardheid, rond inclusief schrijven voor journalisten en het regenboogvriendelijk(er) maken van werk- of schoolomgevingen. In spoken word performances kan hun kunst taboes doorbreken en het onuitsprokene bespreekbaar maken: “poetry is not a luxury ... a way of giving names so things can be thought.”

Helpt het? En hoeveel mag dat kosten?

De geestelijke en lichamelijke gevolgen van uitsluiting zijn groot. Aangezien ze het gevolg zijn van contextuele factoren zal therapie die uitsluitend op individuele symptomen mikt nooit een afdoende oplossing zijn. (Een slaappilletje helpt iemand niet beter te slapen als die wakker ligt van het nachtlawaai in een gevaarlijke buurt of van het piekeren over schulden.) Maar wat werkt dan wel en welke herstelbevorderende benaderingen zijn wel effectief?

Rachel Elliott is opgeleid als apotheker en werkte lang op in-

tensieve zorgen tot ze gezondheidseconoom werd, met de bedoeling meer zicht te krijgen op de effecten van specifieke ingrepen of maatregelen in de gezondheidszorg: wat is het rendement op de investeringen die gemaakt worden in de zorg? Welke winst (in gezondheidstermen) leveren al die vele en dure inspanningen in de zorg op? Ze stelde twee onderzoeksprojecten voor die dat illustreren. (En die nog niet helemaal afgerond zijn en waarvan dus ook nog geen definitieve resultaten beschikbaar zijn.)

NEON (Narrative Experiences Online) is een online interventie zonder klinische insteek voor mensen die zichzelf identificeren met een geestelijk gezondheidsprobleem. RECOLLECT staat voor Recovery College Characterisation and Testing, een programma dat mikt op psycho-educatie in gezondheidszorg-, gemeenschaps- of forensische omgevingen.

NEON wil uitzoeken hoe effectief narratieve benaderingen zijn in het herstelproces van mensen met mentale problemen. Die narratieven kunnen velerlei vormen aannemen. In woord en beeld doen mensen hun (soms rauwe, maar ook hoopvolle) herstelverhalen, zoals in *Beyond the storms* op recoverydevon.ac.uk. Voor mensen met psychose of andere niet-psychotische symptomen blijken deze verhalen zowel positieve als negatieve effecten te kunnen hebben. Wat voor de een ondersteunend is en herstellend werkt – door zich niet alleen te voelen waardoor het zelfstigma vermindert – kan voor een ander een confrontatie zijn met gevoelens van onmacht of waardeloosheid. Het lijkt er wel op dat deze methode mensen met psychose bereikt die op andere manieren moeilijk te bereiken zijn. Ook met deze hulpvorm moet verder worden uitgezocht wat voor wie werkt, en welke vorm het beste werkte. Naast het zoeken van antwoorden op vragen zoals: hoe meten we de effecten ervan (er zijn geen biomarkers voor herstel) en wie moet deze hulp- of zorgvormen opzetten en financieren?

RECOLLECT is een vorm van herstelacademie waarin ervaringsdeskundigen en professionals samenwerken, als co-studenten in psycho-educatie. Er zijn in deze academie geen patiënten, iedereen is leerling. (In het VK zijn inmiddels al 88 herstelacademies, in België 14.) Het RECOLLECT-onderzoek probeert de effecten en de kosteneffectiviteit van herstelacademies te meten. Maar hoe meet je het effect van mensen die hun zelfwaarde en eigen kracht hervinden waardoor ze hun leven weer kunnen opnemen? Hoe kan je de mogelijke winst (voor individu of gemeenschap) in economische termen vangen en meten? Hoe past dit in andere gezondheidszorgbudgetten? En aan wie moet je de nodige fondsen toewijzen? Ondertussen krijgen deze narratieven wel een plaats. En wat verteld wordt, kan gehoord worden.

Iedereen zichzelf, samen

De vele en veelzijdige verhalen ontlokten bij de aanwezigen de opmerking: dertig jaar geleden zouden we deze bijeenkomst niet kunnen gehad hebben. Veel meer is nu bespreekbaar, kwetsbaarheid in zijn vele vormen wordt tegenwoordig benoemd en erkend.

Inclusief is de samenleving echter nog niet geworden. Maar terwijl de onverdraagzaamheid hier en daar lijkt te verharderen,

is de diversiteit en de plaats die zij krijgt in nog veel sterkere mate toegenomen.

Neurodiversiteit is een begrip dat iedereen raakt, het betreft meer dan alleen mensen met autismespectrum- of aandachtsstoornis. Het bestrijkt net zo goed psychosegevoeligheid, gender, depressie of bipolaire kenmerken, in een verbluffend veelkleurig spectrum. We leren nog dagelijks met zijn allen hoe beter met die veelheid om te gaan. We zijn allemaal op onze eigen manier 'anders' en dat is nog wennen.